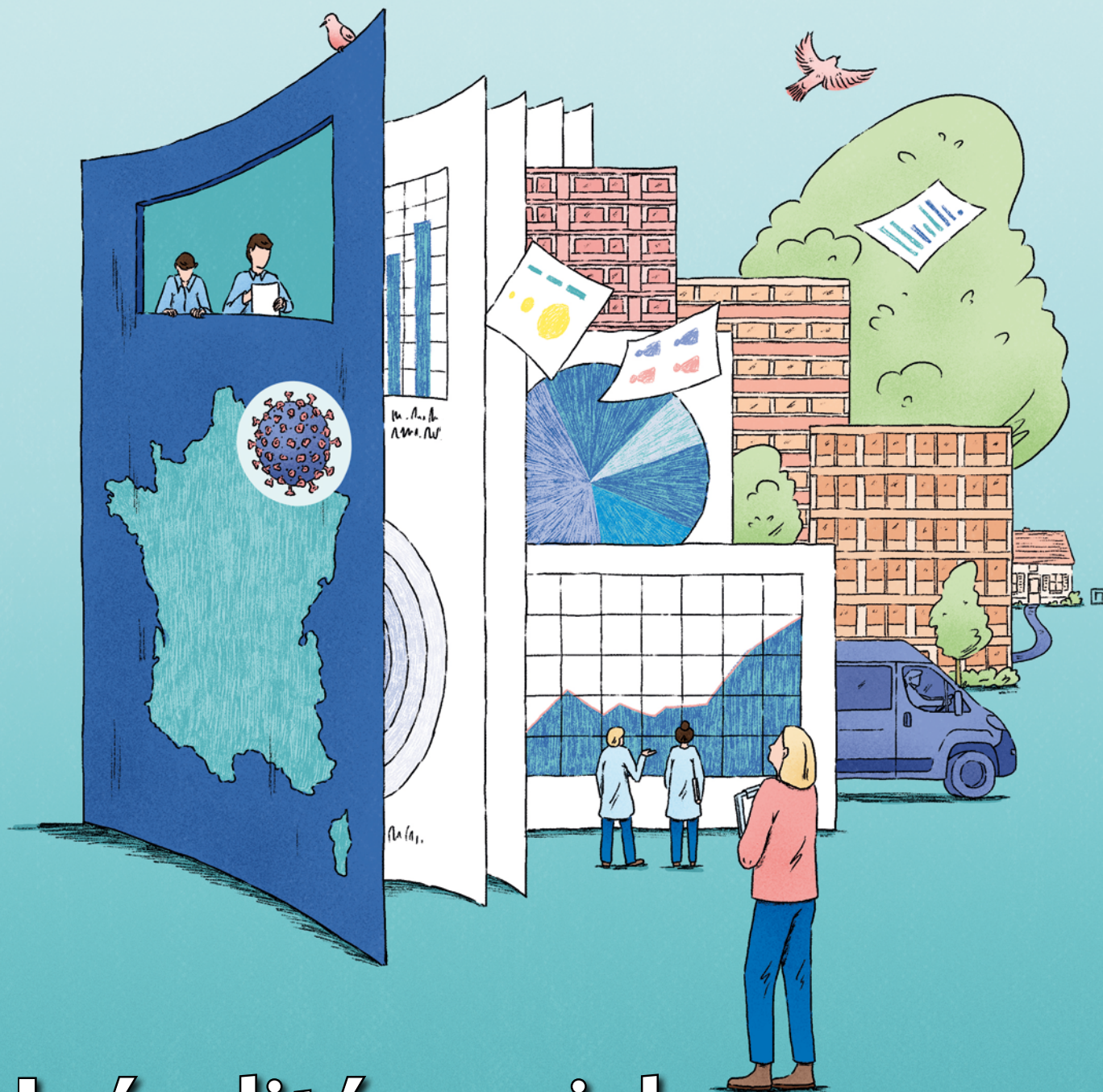


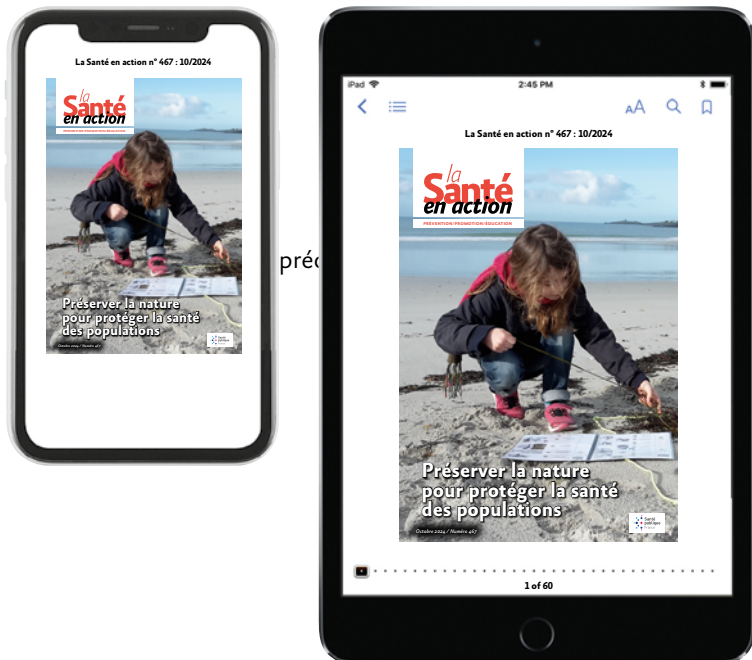
la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION



Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :

Yann Le Strat

RÉDACTION

Rédactrice en chef :

Nathalie Quéruel

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

ILLUSTRATIONS :

Illustration de couverture et sommaire p. 3, pages 13, 18, 22, 27, 37, 39, 45

© Marine Coutrotsios / <https://marine-coutrotsios.com/>

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Christelle Lernet (01 71 80 16 40)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2025

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

INÉGALITÉ SOCIALES DE SANTÉ : LES LEÇONS DE LA CRISE COVID

Dossier coordonné par

Stéphanie Vandentorren,
médecin épidémiologiste,
coordinatrice du programme Inégalités
sociales et territoriales de santé,

Barbara Serrano,
coordinatrice Ouverture et dialogue
avec la société,
Direction scientifique et international,
Santé publique France,

Cyrille Delpierre,
épidémiologiste,
Institut national de la santé
et de la recherche médicale,

Patrick Simon,
socio-démographe,
Institut national d'études démographiques,

Émilie Council,
épidémiologiste,
Institut national d'études démographiques,

Ève Robert,
directrice générale adjointe,
pôle Solidarité,
Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis.

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

4 _ Stéphanie Vandentorren,
Barbara Serrano, Cyrille Delpierre,
Émilie Council, Patrick Simon

COVID-19 ET INÉGALITÉS DE SANTÉ : UN CONSTAT TRÈS TÔT DOCUMENTÉ

Le visage social contrasté de la pandémie de Covid-19

5 _ Anne Lambert,
Joanie Cayouette-Remblière

Le confinement a davantage dégradé la santé mentale des plus modestes

8 _ Patrick Peretti-Watel

Les enfants des travailleurs essentiels ont connu davantage de détresse psychologique

10 _ Nicolas Oppenheim

Les personnes défavorisées socialement en première ligne de la Covid-19

12 _ Cyrille Delpierre,
Stéphanie Vandentorren



La première vague de Covid-19 a été plus meurtrière pour les populations nées à l'étranger

15 _ Myriam Khat, Stéphanie Vandentorren,
Walid Ghosn, Michel Guillot

Les personnes immigrées, plus souvent exposées, ont mieux respecté les gestes-barrières

19 _ Anne Gosselin

Une pandémie révélatrice d'inégalités de genre face à la maladie

21 _ Camille Joannès, Lola Neufcourt

« Les épidémies de peste ont entraîné une surmortalité des plus démunis »

24 _ Entretien avec Patrice Bourdelais

« Notre système de santé peine à faire le dernier kilomètre »

26 _ Entretien avec Franck Chauvin

Documenter les déterminants sociaux pour lutter contre les inégalités de santé

28 _ Stéphanie Vandentorren, Cyrille Delpierre

DES EXPÉRIMENTATIONS DE TERRAIN ÉCLAIRANTES

« Les personnes précaires accueillies en hébergement ont été davantage vaccinées que celles à la rue »

30 _ Entretien avec Thomas Roederer

« La pandémie nous a fait prendre conscience de l'importance des appels aux assurés »

32 _ Entretien avec Jean-Marc Robicquet

« Dans cette gestion territoriale de la crise, nous avons souhaité inclure les habitants »

34 _ Entretien avec Pierre-André Juven

« Amener la population à un niveau équivalent de soins et de prévention »

36 _ Entretien avec Stanislas Rebaudet

Un besoin de communication adapté aux publics en situation de précarité

40 _ Jalpa Shah, Cécile Allaire

DES CONSÉQUENCES À MOYEN TERME QUI INVITENT À L'ACTION

Les effets du confinement sur le développement des enfants encore difficiles à cerner

42 _ Dalila Rezzoug, Carla De Stefano

Les adolescents inégaux face à la souffrance psychique

44 _ Camille Davisse-Paturet,
Marie Navarro, Junko Kose, Cédric Galéra,
Alexandra Rouquette, Maria Melchior

Des étudiants en état de faim modérée à sévère

46 _ Caroline Douay, Lison Ramblière

« Les étudiants ont retrouvé un plaisir de manger »

47 _ Entretien avec Dominique Nicolas

« Les taux d'invalidité en fin de carrière sont deux fois plus élevés chez les travailleurs de deuxième ligne »

48 _ Entretien avec Christine Erhel

Le télétravail, un facteur de vulnérabilité ?

50 _ Sandrine Caroly

« Nous considérons que la dette de santé publique perdure et se creuse »

51 _ Entretien avec Cécile Chevance

Faciliter l'appropriation des informations sur la santé

53 _ Cécile Allaire

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

55 _ Laetitia Haroutunian

RUBRIQUE

Administration sans tabac

58 _ « L'employeur doit veiller à ce que le lieu de travail ne soit pas vecteur de tabagisme »

Entretien avec Cécile Gailliard
et Lidiana Munerol

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

Stéphanie Vandentorren,

médecin épidémiologiste, coordinatrice du programme Inégalités sociales et territoriales de santé,

Barbara Serrano,

coordinatrice Ouverture et Dialogue avec la société,

Direction scientifique et international, Santé publique France,

Cyrille Delpierre,

épidémiologiste, directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),

Émilie Counil,

épidémiologiste, chargée de recherche, Institut national d'études démographiques (Ined),

Patrick Simon,

socio-démographe, directeur de recherche, Ined.

La pandémie de Covid-19 en France n'a pas meurtri les territoires et les individus de la même façon, révélant des inégalités sociales et territoriales de santé qui souvent préexistaient à la crise. De nombreuses études ont montré que l'impact de la pandémie était socialement différencié dans la population selon l'origine géographique, le niveau socio-économique, l'âge et le genre. Ce numéro de *La Santé en action* rassemble et met en regard des travaux publiés sur la crise sanitaire, qui illustrent la fracture sociale ainsi révélée.

Celle-ci a atteint de façon inéquitable la population par une exposition inégale au virus, par un risque différent de développer la maladie – et notamment ses formes graves – par un moindre recours aux soins ou aux mesures de protection collective. S'y sont ajoutés les effets plus nocifs du confinement ou des conséquences économiques et psychologiques liées à l'épidémie, plus délétères pour certaines catégories de la population.

Les études mettent en lumière combien les personnes socialement défavorisées ont été plus durement frappées, jusqu'au risque d'en décéder, et ce phénomène a été notamment

marqué pour les populations immigrées. Les mesures collectives de prophylaxie n'ont pas été indistinctement protectrices : le confinement a davantage dégradé la santé mentale des plus modestes, et spécialement celle des plus jeunes et des femmes, accentuant les inégalités de genre et les inégalités générationnelles pendant cette période. Les possibilités de télétravail, dépendantes des catégories socio-professionnelles, et le devenir des travailleurs dits « de seconde ligne » illustrent également les inégalités dans la sphère du travail. Pourtant, malgré ces constats et en dépit de quelques récentes avancées, les données disponibles en routine dans les systèmes de surveillance sanitaires ne permettent pas toujours de documenter en détail ces déterminants sociaux et leurs conséquences sur la santé.

Durant la pandémie, la gestion de la crise, centrée sur une approche uniforme et descendante, a parfois fait place à des démarches plus adaptées à la situation des territoires, au regard de la situation épidémique.

Ce dossier présente aussi quelques-unes de ces interventions favorables à la santé et des opportunités qu'ont su saisir les acteurs pour prendre en compte les plus vulnérables, comme l'intervention d'associations pour la vaccination des personnes en situation de précarité. La Covid-19 a rappelé l'importance des démarches « d'aller vers » celles et ceux qui sont éloignés du système de santé, adaptées aux réalités du terrain, y compris les dispositifs de communication à destination des acteurs médico-sociaux. Ces éléments soulignent le rôle crucial des démarches participatives et la nécessité d'inclure les populations dans les décisions qui les concernent, surtout les plus vulnérables socialement, pour promouvoir des actions de santé publique équitables avec une gestion territoriale au plus près des habitants. Les politiques de santé devraient s'inspirer de

ces acquis pour les pérenniser et se refonder dans une perspective plus inclusive et plus protectrice.

La pandémie a aussi été un accélérateur des inégalités sociales de santé, où les jeunes et les plus modestes, en particulier les immigrés non européens, paient le plus lourd tribut aux conséquences de cette crise à moyen terme. Les adolescents et les jeunes adultes constituent aujourd'hui une population mise à mal par cette crise, survenue à un âge crucial de leur vie.

La réflexion proposée dans ce numéro autour de la fracture sociale en temps de pandémie nous paraît ainsi plus que jamais d'actualité, pour continuer à tirer les enseignements de cette crise. Il devient urgent de mieux documenter les déterminants sociaux afin de mieux en comprendre les mécanismes d'action, pour outiller les acteurs et orienter les décideurs vers des mesures socialement différenciées qui ne laissent personne derrière, le « *no one behind* » que rappelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ceci nous semble d'autant plus important que le système de santé peine encore à faire ce « *dernier kilomètre* » vers les populations, révélant une faille structurelle qu'il est impératif de traiter dans un contexte où les personnes ont un besoin de plus en plus impérieux d'être en capacité d'agir et de s'adapter aux crises à venir. En mettant en lumière les interactions clinico-biologiques et sociales et leurs impacts sur le risque d'infection au coronavirus ou encore la vaccination, avec pour conséquence une augmentation de la vulnérabilité de certaines populations, ce dossier entend enfin contribuer à la discussion sur la crise de la Covid-19 en tant que syndémie¹, et non seulement pandémie, concept qui a suscité des débats scientifiques. ■

1. Concept qui intègre les conséquences sur la santé des interactions entre pathologies et facteurs sociaux, environnementaux et économiques.

Le visage social contrasté de la pandémie de Covid-19

Anne Lambert,
Joanie Cayouette-Remblière,

sociologues,
Institut national d'études
démographiques (Ined).

Le confinement a bouleversé l'organisation domestique des ménages. En supprimant les collectifs de travail, de loisirs, de voisinage, en mettant à l'arrêt les écoles, en réduisant les occasions de rencontre entre les groupes sociaux et le rôle de l'espace public, ce dernier a renforcé la place du logement dans le déroulement de la vie quotidienne et renfermé les ménages sur eux-mêmes. Pour une personne sur huit, le confinement a même produit un changement important de leur cadre de vie, en provoquant un changement de logement, ou une évolution de la composition du ménage, ou les deux événements à la fois. Selon l'enquête Coconel « Logement et conditions de vie » (voir encadré), 13 % de la population adulte en France métropolitaine a ainsi été concernée par un tel changement. Dans tous les cas, le confinement a impliqué une renégociation de l'ordre domestique et impliqué des évolutions de l'usage du logement. Ces pratiques se sont déroulées à huis clos, le plus souvent, engageant des rapports sociaux de classe, de genre et d'âge.

Cette enquête, décrivant et analysant les conditions de vie, a permis de révéler les inégalités entre ménages en matière de logement, d'espace personnel pour le travail et les loisirs, mais aussi d'entraide dans le voisinage. Elle a souligné l'importance des écarts de ressources personnelles que les uns et les autres pouvaient mobiliser pour desserrer l'étau matériel et moral de la crise (un bureau pour travailler, un logement secondaire, etc.). Elle a rappelé le caractère

multidimensionnel des inégalités et leur logique cumulative, entre catégories sociales, genre et générations [1]. Ainsi, la dégradation des conditions d'existence et du vécu quotidien a été plus forte pour les jeunes, les femmes et les ménages modestes et a eu des répercussions sur la santé des individus (voir article p. 8 dans ce dossier).

Le logement, nœud des inégalités

Pendant le premier confinement, 7 % des Français ne résidaient pas dans leur logement habituel. Dans trois quarts des cas, ils sont allés chez un membre de la famille, plus rarement dans une résidence secondaire ou chez un ami. 12 % des habitants de la Région parisienne ont quitté leur domicile (contre 6 % pour le reste du territoire) et un tiers des jeunes de 18 ans à 24 ans, la plus forte proportion d'entre toutes les catégories. En réalité, les départs concernent davantage les deux extrémités de l'échelle sociale : 6 % des individus appartenant aux ménages aisés¹ sont partis, ainsi que 12 % des individus appartenant à un ménage pauvre. Si les premiers ont rejoint une résidence secondaire, les seconds ont été pour la plupart logés par un proche. Par contraste, la quasi-totalité (98 %) des ménages autour du niveau de vie médian² sont restés dans leur logement habituel, à la fois parce qu'ils n'ont pas le même niveau de patrimoine que les plus aisés, mais aussi parce qu'ils ont plus souvent continué à travailler à l'extérieur de leur domicile, dans des emplois où le télétravail était impossible.

Les motifs de départ ont varié. Dans l'ensemble, celles et ceux qui ont changé de logement déclarent comme première motivation la crainte de l'isolement (27 % des cas) et l'aide aux autres (20 %), avant le manque d'espace extérieur (15 %).

L'ESSENTIEL

▣ **La Covid-19, crise sanitaire d'ampleur inédite, s'est aussi doublée d'une crise sociale. Cette période, et particulièrement le confinement, a révélé et accentué les inégalités de conditions de vie et de travail entre les catégories sociales, entre les classes d'âge, et entre les femmes et les hommes. L'enquête Coconel « Logement et conditions de vie », réalisée en avril et mai 2020 en France métropolitaine, montre que la dégradation du vécu quotidien a particulièrement affecté les ménages modestes, les jeunes et les femmes.**

Pour les ménages aisés, c'est toutefois le confort de vie qui a constitué la motivation première. Le patrimoine a dès lors joué un rôle déterminant. Toutes choses égales par ailleurs, les personnes possédant une résidence secondaire ont cinq fois plus souvent quitté leur logement habituel que les autres. Enfin, les couples avec enfants sont significativement moins partis.

Un sentiment d'isolement plus répandu chez les femmes

Cependant, le changement du cadre de vie a aussi pu venir de la modification de la taille et de la structure du ménage, que les individus soient restés ou non dans leur logement habituel. Ainsi, pour 9 % d'entre eux, la composition du ménage a changé, que ce soit parce que de nouvelles personnes (enfants, conjoint, etc.) sont venues s'installer, soit parce que certaines sont parties. En outre, le confinement a renforcé la pression sur l'occupation du logement et sur les situations de surpeuplement. Ainsi, un ménage sur dix a vécu dans un logement surpeuplé – au sens de l'Institut national de la statistique

et des études économiques (Insee) – pendant le confinement et 11 % ne possédaient aucun espace extérieur (jardin privatif ou partagé, cour, balcon, loggia, etc.). Les propriétaires sont apparus, de ce point de vue, nettement mieux lotis que les locataires : seuls 4 % des premiers n'avaient aucun espace extérieur, contre 20 % des seconds. Le fait de disposer d'un extérieur dépend aussi fortement de la profession et du niveau de vie : seuls 6 % des cadres en sont dépourvus, contre 14 % des ouvriers, artisans et commerçants. Enfin, 4 % des individus appartenant aux ménages les plus riches vivaient dans un logement dépourvu d'espace extérieur, contre 20 % de ceux qui font partie des ménages les plus pauvres.

L'expérience du confinement dépendait des conditions de logement, mais aussi de la composition du voisinage (présence de proches, parents, amis, etc. autour du logement) et des services qui s'y échangeaient. Ainsi 38 % des individus déclaraient se sentir isolés dans leur logement ou dans leur quartier, une proportion plus de deux fois plus forte pendant cette période qu'en temps normal. Le sentiment d'isolement était plus fort chez les femmes (41 % contre 35 % chez les hommes), les ménages pauvres (45 %) et les jeunes (44 %). Les cadres, s'ils avaient moins souvent de la famille à proximité, compensaient avec des relations

de voisinage plus fortes et se sont sentis moins isolés. Inversement, le confinement a pu augmenter le sentiment d'isolement de personnes auparavant plus tournées vers d'autres formes de sociabilité que familiale, comme les jeunes.

Vulnérabilités cumulées pour les jeunes

Les 18-24 ans constituent la tranche d'âge qui a cumulé le plus de vulnérabilités, à la fois résidentielles, matérielles et relationnelles, pendant le confinement. Leurs conditions de vie se sont dégradées fortement : 39 % ont connu une diminution de leurs revenus (contre 31 % de la population en métropole), 20 % ont rapporté avoir eu des difficultés à payer leur loyer, crédit immobilier ou charges au cours des douze derniers mois (contre 13 %) et 32 % d'entre eux craignaient de ne pas être en mesure de le faire au cours de l'année à venir (contre 24 %).

Ces vulnérabilités ne sont pas nouvelles, mais elles ont été renforcées durant cette période. Les jeunes vivent en effet plus souvent dans des logements petits avec une moyenne de 36 m² pour vivre (contre 48 m² par personne dans la population générale). Ils sont plus souvent locataires du parc privé (32 %, contre 22 %) ou hébergés chez des proches (29 %, contre 7 %). Sur le marché du travail, leur situation n'est pas meilleure avec

en moyenne des revenus plus faibles, un sur-chômage (20 %, contre 14 % de la population dans l'Hexagone). Les 18-24 ans travaillent aussi davantage que les autres actifs avec un contrat précaire ou sans contrat de travail (38 % contre 13 %). Sans surprise, les jeunes sont donc ceux pour qui les répercussions de la crise sanitaire et économique ont été les plus fortes.

Certains ont pu compter sur la solidarité des parents. Pour les autres, la fragilité des liens sociaux est venue s'ajouter aux inégalités économiques et résidentielles, expliquant la très forte progression du sentiment d'isolement chez les jeunes : 44 % d'entre eux déclaraient se sentir isolés pendant le confinement, quand ils n'étaient « que » 24 % auparavant. C'est le cas de 46 % de ceux qui sont restés dans leur logement habituel, contre 38 % de ceux qui ont pu en partir.

Au sein des familles, certains ont bénéficié de conditions favorables à la poursuite des études (ordinateur ou pièce personnelle, etc.), d'autres non. Les filles ont été mises plus fortement à contribution que les garçons pour la préparation des repas, le ménage ou encore l'aide aux autres membres de la fratrie, d'autant plus que la mère travaillait à l'extérieur du foyer. Ainsi, Aude³, lycéenne de 18 ans en terminale, a pris en charge les tâches domestiques et s'est occupée de son petit frère de 3 ans pendant que sa mère, infirmière, travaillait ; son frère jumeau était le seul à bénéficier d'une chambre à lui, tandis qu'elle partageait sa chambre avec le petit. Elle a souffert de ne plus pouvoir étudier sereinement, de devoir renoncer aux espaces collectifs de son quartier populaire (comme la maison des jeunes et de la culture – MJC), et elle a expérimenté ce sentiment contradictoire de se sentir à la fois isolée et sursollicitée.

Le poids de la situation professionnelle

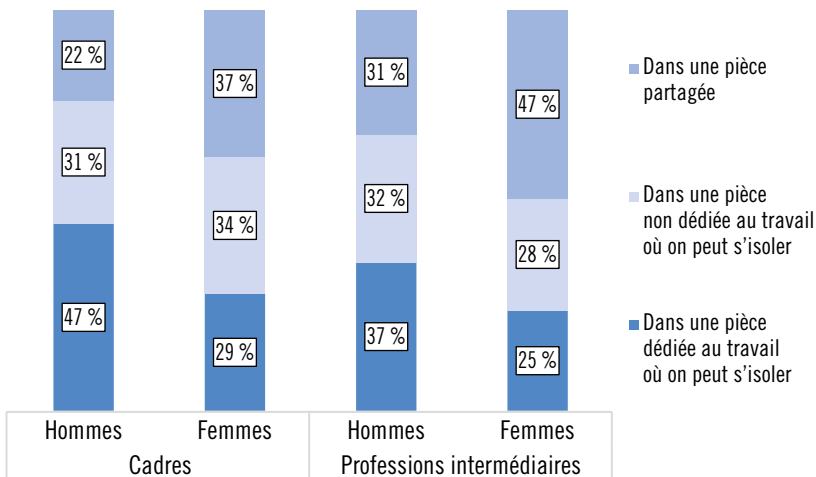
Des différences sociales fortes sont ainsi apparues à l'occasion de la crise sanitaire, rappelant les inégalités d'emploi et de conditions de travail qui traversent la société française. Parmi les actifs ayant un emploi avant le début du confinement, seuls 58 % travaillaient encore, sur site ou en télétravail, à la septième semaine

COCONEL, ENQUÊTE QUANTITATIVE ET SOCIOLOGIQUE

L'enquête Coconel « Logement et conditions de vie » a été réalisée *via* Internet par l'Institut national d'études démographiques (Ined), en partenariat avec le consortium Coconel, l'Agence nationale de la recherche (ANR), l'Institut de recherche pour le développement (IRD), et l'Ifop, en avril-mai 2020, auprès d'un échantillon de 2 003 individus représentatifs de la population adulte vivant en France métropolitaine. Le questionnaire portait sur l'évolution des conditions de logement, de travail et d'emploi, de revenus, les échanges de services dans le voisinage, et le sentiment

de bien-être, pendant la crise sanitaire. Un volet qualitatif a permis de réinscrire la dynamique des inégalités observées dans le temps long des parcours de vie, et de cibler certaines populations peu accessibles par les enquêtes statistiques (travailleurs sans statut, ménages à la rue ou, au contraire, familles les plus aisées). Une série de 21 portraits sociologiques de familles a été réalisée au printemps 2020 sur le territoire métropolitain, des grandes villes aux espaces périurbains et aux territoires ruraux isolés, pour sonder la diversité des expériences sociales du confinement.

La pièce bureau : le privilège de l'homme cadre



Source : enquête Coconel « Logement et Conditions de vie », Ined, 2020.
Champ : ensemble des cadres et professions intermédiaires en télétravail à la huitième semaine du confinement, France métropolitaine.

de confinement. Cette situation explique que 31 % des individus déclaraient une chute des revenus dans leur ménage, 24 % craignaient des difficultés pour payer leur loyer, crédit immobilier ou charges dans les douze prochains mois et 7 % redoutaient même de perdre leur logement. Certaines professions (artisans et commerçants, ouvriers) et les ménages aux revenus modestes ont été particulièrement touchés. Les catégories intermédiaires de la population ont également été gagnées par cette crainte.

Parmi les cadres, 67 % ont poursuivi leurs activités professionnelles, dont deux tiers en télétravail. Ce sont les professions intermédiaires qui ont continué le plus massivement à travailler (70 % d'entre elles), dont seulement la moitié en télétravail. Les employés et les ouvriers ont été plus atteints par l'arrêt de leur activité professionnelle que les cadres et professions intermédiaires (respectivement 53 % et 49 % d'entre eux), mais quand ils travaillaient, c'était presque toujours à l'extérieur du domicile.

Le confinement a aussi renforcé les inégalités sexuées face au travail, en termes de continuité de l'emploi comme de conditions d'exercice. Parmi les actifs occupés, 55 % des femmes continuaient de travailler fin avril 2020, contre 61 % des hommes. Si la même part d'hommes et de femmes étaient en télétravail, ils ne l'étaient pas dans les mêmes

conditions : 48 % des femmes en télétravail étaient confinées avec un ou plusieurs enfants, contre seulement 37 % des hommes. En outre, les hommes télétravailleurs étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes télétravailleuses à disposer d'un espace personnel dédié au travail, y compris à position socio-professionnelle équivalente : 39 %, contre un quart des femmes, qui partageaient le plus souvent leur espace de travail avec les autres membres du ménage, enfant ou adulte.

Des inégalités sexuées

Les portraits de famille réalisés dans le cadre de l'enquête montrent que cette situation a exposé les femmes à une interruption plus forte de leur activité professionnelle en journée et à une sollicitation plus forte pour le travail domestique et parental. Cela a également contribué au report des heures de travail en soirée ou en horaires décalés, générant au final un sentiment de difficultés personnelles et subjectives plus marqué que pour leurs homologues masculins. En outre, vivant plus souvent avec des enfants à charge (par exemple, dans le cas des familles monoparentales), les femmes ont été, en moyenne, plus fortement exposées aux situations de surpeuplement dans leur logement pendant le confinement. Dans ces conditions, leur accès aux loisirs est apparu plus compliqué, tant au sein du domicile qu'à l'extérieur. À situation d'emploi

égale, elles sont sorties moins souvent que les hommes et ce quel que soit le motif invoqué (courses de première nécessité, activité sportive), accentuant les dynamiques d'enfermement domestique.

Aussi, si la pandémie de Covid-19 a d'abord constitué une crise sanitaire, elle a aussi été une crise sociale majeure en révélant et en accentuant les inégalités de conditions de vie et de travail entre les classes, les classes d'âge, mais aussi entre les femmes et les hommes. En affectant davantage certaines catégories de population, elle n'a pas seulement mis en lumière des écarts de situation, elle a accéléré le creusement d'inégalités observé depuis le tournant des années 2000, alors que la période des Trente Glorieuses avait au contraire contribué à réduire les écarts entre les groupes sociaux et les sexes. L'essor des formes atypiques d'emploi et la précarisation du marché du travail, les difficultés accrues des jeunes générations sur les marchés du logement et de l'emploi, ou encore la relative inertie des inégalités de prise en charge des tâches domestiques et des inégalités dans la sphère professionnelle, constituent autant de brèches dans lesquelles la crise du printemps 2020 s'est engouffrée. ■

1. Les ménages aisés désignent ceux qui disposent de plus de 2 460 euros mensuels par unités de consommation (UC).
2. Entre 1 320 € et 1 857 € par UC.
3. Voir le portrait réalisé par Grégory Busquet. In: Lambert A., Cayouette-Remblière J., *L'Explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, 2021 : p. 343-355.

Pour en savoir plus

- Lambert A., Cayouette-Remblière J. *L'Explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*. Éditions de l'Aube, 2021.
- Lambert A., Cayouette-Remblière J., Guéraut E., Bonvalet C., Girard V., et al. *Logement, travail, voisinage et conditions de vie : ce que le confinement a changé pour les Français*. Coconel, note de synthèse n° 10 – vague 6. Aubervilliers : Ined. 2020 : 16 p.
En ligne : <https://www.ined.fr/fichier/rte/General/ACTUALITE/C3%89S/Covid19/note-synthese-Cocovi-finale.pdf>
- Peretti-Watel P. (dir.) *Huis-clos avec un virus : comment les Français ont vécu le premier confinement ?* Lille : Editions du Septentrion, 2022.

Le confinement a davantage dégradé la santé mentale des plus modestes

Patrick Peretti-Watel,

sociologue, directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), unité des virus émergents (UVE), Aix-Marseille Université, IRD 190, observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA).

L'ESSENTIEL

► La « quarantaine » du printemps 2020 en France, par son ampleur et sa durée, a mis à mal la santé mentale de nombreuses personnes. Des études réalisées pendant cette période ont montré que les classes populaires ont ressenti davantage de troubles du sommeil, de détresse psychologique, de symptômes anxieux ou dépressifs que les ménages aisés. Cette période a constitué pour beaucoup une épreuve psychique, mettant en évidence des inégalités non seulement socio-économiques, mais aussi liées au sexe et à l'âge.

Le confinement du printemps 2020 a exacerbé des inégalités matérielles, financières et relationnelles, inégalités liées au statut socio-économique, au genre ou à l'âge (voir article p. 5 dans ce dossier). Pendant cette période inédite, les difficultés matérielles et financières, les tensions interpersonnelles ou encore les craintes relatives à l'épidémie ont aussi nourri une forte dégradation de la santé mentale des confinés, dégradation elle aussi socialement différenciée. L'impact du confinement sur la santé mentale des populations a été très tôt envisagé, dès la fin du mois de janvier 2020, puisqu'à l'époque la mise en « quarantaine obligatoire de masse » était déjà utilisée en Chine, ce qui avait suscité dans le *British Medical Journal* un commentaire intitulé « Les effets psychologiques de la mise en quarantaine d'une ville [1] ».

Cet impact restait toutefois très incertain, de par le caractère inédit du confinement du printemps 2020, à la fois en termes d'ampleur et de durée. Pour étudier l'impact du premier confinement sur la santé mentale des Français et sa différenciation sociale, nous reprenons ici quelques résultats du projet Coconel¹, financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR) ; dans ce cadre, neuf enquêtes par questionnaires ont été réalisées en ligne auprès d'échantillons représentatifs de la population adulte française, de mars à juin 2020 [2]. Nous nous intéresserons ici aux problèmes de sommeil, à la détresse psychologique et aux symptômes anxieux et dépressifs.

Troubles du sommeil chez les 18-25 ans

Le sommeil est un facteur essentiel de notre équilibre psychologique et métabolique, et il est aussi étroitement associé à la santé mentale. En France, depuis la fin des années 1990, un peu moins d'un adulte sur deux se plaint de mal dormir [3]. Or, après deux semaines de confinement, fin mars 2020, cette proportion était passée à 74 % dans la première vague Coconel : 50 % des enquêtés disaient avoir « un peu » de mal à dormir, et 24 %, « beaucoup ». En outre, deux fois sur trois, les adultes interrogés estimaient que ces problèmes de sommeil avaient un impact fort sur les activités quotidiennes.

Si d'ordinaire la prévalence des problèmes de sommeil augmente avec l'âge, après deux semaines de confinement, elle atteignait son maximum pour les 18-25 ans (79 %). Et à la veille du déconfinement, cette prévalence avait baissé pour toutes les

classes d'âge, sauf parmi eux. Par ailleurs, les jeunes déclaraient plus souvent que les autres que ces troubles étaient apparus ou s'étaient amplifiés avec le confinement. Ces troubles atteignaient aussi plus souvent les ménages modestes : après deux semaines de confinement, ils étaient 32 % à ressentir « beaucoup » de problèmes de sommeil, contre 16 % parmi les enquêtés issus d'un milieu aisé². De même, les personnes à la recherche d'un emploi et celles dont les difficultés financières s'étaient aggravées avec le confinement rapportaient plus souvent des problèmes de sommeil.

Une détresse psychologique plus fréquente parmi les ouvriers

Lors des trois premières vagues Coconel (de fin mars à mi-avril 2020), la santé mentale des enquêtés a été mesurée grâce au *Mental Health Inventory* (MHI-5). Ce questionnaire portait sur leur ressenti au cours des dernières semaines pour repérer des signes de détresse psychologique [4]. Au total, 37 % d'entre eux présentaient des signes de détresse psychologique après 15 jours de confinement : 42 % parmi les femmes et 32 % parmi les hommes, contre respectivement 34 % et 19 % dans le *Baromètre Santé publique France* 2017. Cette hausse a notamment concerné les plus jeunes, en particulier parmi les hommes. Cette détresse psychologique était aussi socialement différenciée. Sa prévalence atteignait environ 40 % pour les ouvriers, les employés et les artisans, contre 28 % parmi les cadres. De même, cette prévalence valait 55 % pour les enquêtés issus d'un ménage modeste, comme pour ceux qui rapportaient

des difficultés financières dues au confinement. La première vague de l'enquête Coconel a aussi permis de différencier la détresse psychologique en regard des conditions de logement : 58 % des enquêtés qui vivaient dans une habitation surpeuplée³ présentaient des signes de détresse psychologique.

Symptômes anxieux et dépressifs sévères

Lors de la vague Coconel réalisée juste avant le déconfinement, deux échelles de référence ont été introduites dans le questionnaire pour évaluer la prévalence des symptômes anxieux et dépressifs sévères : pour les premiers, l'échelle GAD-7 [5], et pour les seconds, le PHQ-9 [6]. Dans cette enquête, 9 % des adultes interrogés manifestaient des symptômes dépressifs sévères (et 23 % des symptômes modérés). De même, ils étaient 9 % à présenter des symptômes anxieux sévères (et 21 %, des symptômes modérés), sachant que les rares données antérieures disponibles suggèrent une très forte hausse de ces prévalences durant le premier confinement.

Le tableau ci-contre détaille quelques facteurs associés à ces symptômes. Les symptômes dépressifs sévères étaient plus fréquents parmi les 18-45 ans, alors que d'ordinaire ces symptômes augmentent avec l'âge. De plus, les symptômes étudiés étaient plus souvent rapportés par les personnes issues d'un ménage modeste, tandis que les adultes qui déclaraient des difficultés financières aggravées pendant le confinement présentaient plus fréquemment des symptômes dépressifs et anxieux sévères. De même, les personnes confinées dans un logement surpeuplé étaient plus enclines à manifester des symptômes anxieux.

Le premier confinement a donc constitué une épreuve psychique socialement différenciée, qui a souligné des inégalités socio-économiques, mais également liées au genre et à l'âge. Il faut rappeler que les conséquences d'une telle épreuve tendent à perdurer longtemps après que l'événement déclencheur a disparu, sachant que les données des enquêtes CoviPrev de Santé publique France

Quelques facteurs associés aux symptômes anxieux et dépressifs sévères à la fin du premier confinement.

	Symptômes dépressifs sévères (PHQ-9 ≥ 15)	Symptômes anxieux sévères (GAD-7 ≥ 15)
Pourcentage en ligne		
Sexe :	ns	ns
– homme	8 %	8 %
– femme	10 %	9 %
Âge :	***	ns
– 18-25 ans	12 %	8 %
– 26-45 ans	12 %	9 %
– 46-65 ans	7 %	8 %
– > 65 ans	5 %	9 %
Niveau de revenus du ménage : *	**	***
– ménage modeste	12 %	13 %
– ménage intermédiaire	8 %	8 %
– ménage aisé	7 %	7 %
Difficultés financières du ménage :	***	***
– pas aggravées par le confinement	7 %	7 %
– aggravées par le confinement	17 %	16 %
Occupation du logement :	ns	*
– logement surpeuplé **	11 %	13 %
– logement non surpeuplé	9 %	8 %

***, **, *, ns : statistiquement significatif aux seuils $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,05$ et non significatif, pour le test d'indépendance du χ^2 entre chaque variable en ligne et la variable en colonne correspondante.

Source : enquête Coconel (7-10 mai 2020, 2 003 personnes interrogées).

permettent de suivre l'évolution de la santé mentale des Français bien au-delà du premier confinement. ■

1. Le projet CORonavirus & CONfinement (Coconel) : Enquête longitudinale a été financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR) et la Fondation de France, dans le cadre de l'appel à projets Flash Covid-19, ainsi que par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et l'Institut national des études démographiques (Ined).

2. L'ensemble des revenus de chaque ménage a été divisé par le nombre d'unités de consommation dans le ménage. La catégorie « modeste » correspond au premier quartile de la distribution des revenus, la catégorie « intermédiaire » aux deux quartiles suivants et aux valeurs manquantes, la catégorie « aisé » au dernier quartile.

3. Selon la définition de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) : un logement est surpeuplé si la surface habitable par occupant est inférieure à 18 m² (25 m² pour une personne seule).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Rubin G. J., Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *British Medical Journal*, 2020, vol. 368, n° 8231. En ligne : <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>.

[2] Peretti-Watel P. (dir.) *Huis-clos avec un virus : comment les Français ont vécu le premier confinement ?* Lille : Editions du Septentrion, 2022.

[3] Léger D., Zeghnoun A., Faraut B., Richard J.-B. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 8-9 : p. 149-160. En ligne : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html

[4] Lepélage A., Écosse E., Verdier A., Perneger T.-V. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of clinical epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9817119/>

[5] Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 2006, vol. 166 n° 10 : p. 1092-1097. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>

[6] Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 2001, vol. 16, n° 9 : p. 606-613. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1495268/>

[7] Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19. *Santé publique France*, 15 octobre 2024. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-epidemie-de-covid-19>

Les enfants des travailleurs essentiels ont connu davantage de détresse psychologique

Nicolas Oppenheim,
maître de conférences en sociologie,
université de Tours,
avec l'équipe Confeado.

L'ESSENTIEL

► **L'activité professionnelle des parents a joué un rôle dans la dégradation de la santé mentale des enfants pendant le premier confinement, où les écoles étaient fermées, selon l'étude Confeado. Les enfants des travailleurs de première ligne – hors ceux des professionnels de santé pour lesquels un accueil en classe était organisé – ont ainsi été davantage exposés aux réseaux sociaux et ont ressenti plus que les autres le sentiment d'être submergés par les devoirs, deux facteurs associés à une détresse psychologique sévère.**

En France, une des principales mesures de protection collective mise en place par le gouvernement afin de lutter contre la propagation de la Covid-19 a été l'établissement d'un confinement strict de la population entre le 16 mars et le 11 mai 2020. Cette période a été éprouvante pour un grand nombre d'enfants et d'adolescents confrontés notamment à la fermeture de leurs écoles, collèges et lycées. Elle a détérioré leur santé mentale en raison de la diminution des interactions sociales et de l'activité physique, de l'augmentation du temps passé devant un écran, d'une perturbation des habitudes de vie notamment concernant le sommeil et l'alimentation. L'étude transversale Confeado¹ [1] démontre néanmoins que cette période n'a pas affecté la santé mentale de tous les jeunes de la même façon. Elle était menée par Santé publique France et les universités de Sorbonne Paris

Nord et de Tours, l'hôpital Avicenne de Bobigny, via un questionnaire en ligne auprès d'un échantillon de 3 898 enfants et adolescents âgés de 9 ans à 18 ans entre le 9 juin 2020 et le 14 septembre 2020 [2]. Confeado documente en particulier l'impact des déterminants socio-économiques des parents sur leur santé mentale [3], en écho aux premières observations réalisées dans d'autres pays comme au Royaume-Uni et au Canada [4].

Parmi les facteurs associés à une détresse psychologique sévère, mesurée par un outil psychométrique (*Children and Adolescent Psychological Distress Scale-CAPDS-10*) spécifique et validé [5] figuraient notamment le fait de passer plus de cinq heures par jour sur les médias sociaux, de faire moins d'une heure de devoirs scolaires par jour, de ne pas avoir d'activités de loisir ou de récréation avec les adultes du foyer, mais aussi l'impossibilité pour l'enfant ou l'adolescent de pouvoir s'isoler dans une pièce à soi dans la maison.

Manque d'interactions avec les parents

Un autre déterminant marquant de la dégradation de la santé mentale était l'activité professionnelle des parents : les enfants des travailleurs de première ligne qui n'étaient pas professionnels de santé (caissières, aides-soignants, auxiliaires de vie, aides à domicile, boulangers, chauffeurs routiers, policiers, etc.) ont plus fréquemment souffert de détresse psychologique que les autres. Cette dégradation plus marquée de leur santé mentale peut s'expliquer par l'intrication avec d'autres

déterminants, comme les conditions de logement, l'impossibilité pour les parents d'être présents avec eux au domicile et plus généralement de se protéger de l'exposition au virus. En effet, celle-ci a été documentée comme socialement différenciée, avec une plus forte proportion de formes graves et un moindre recours aux services de santé dans les populations les plus défavorisées et donc, une plus forte morbidité et mortalité face à la Covid-19 dans ces familles. Les ménages à faibles revenus vivant dans de mauvaises conditions de logement, où les jeunes ont moins la possibilité de s'isoler faute de place, sont surreprésentés parmi les travailleurs de première ligne [6].

Des outils numériques moins performants dans les familles à faibles revenus

Par ailleurs, le fait de devoir continuer à travailler alors que les écoles étaient fermées a restreint le partage d'activités en commun, augmenté l'exposition des enfants aux médias sociaux, ainsi que leur sentiment

ÉTUDE CONFEDO

Au total, 3 898 enfants ont été inclus dans cette étude parmi lesquels 81 jeunes pris en charge par la protection de l'enfance. L'échantillon était composé de 69,1 % de filles et 30,9 % de garçons. Parmi les participants, 20,9 % étaient âgés de 9 à 12 ans et 79,1 % étaient âgés de 13 à 18 ans.

d'être débordés par les devoirs [7]. Dans les familles à faibles revenus, ce sentiment peut à la fois s'expliquer par un moindre accès des enfants à des outils numériques de bonne qualité pour faire leurs devoirs [7], ainsi que par une moindre disponibilité de leurs parents. Pendant le confinement, une priorité a été le retour à l'école des enfants des professionnels de santé, mais pas nécessairement ceux des autres travailleurs de première ligne. Cette priorisation explique sans doute que, contrairement à ce qui a été constaté dans d'autres pays [8], les enfants des premiers n'ont pas souffert de détresse psychologique sévère, à l'inverse, donc, de ceux des autres travailleurs essentiels. Enfin, des études antérieures ont montré que la morbidité et la mortalité liées à la Covid avaient été plus élevées chez les personnes immigrées [9], surreprésentées parmi les travailleurs de première ligne [6], ce qui peut expliquer également une détresse psychologique plus importante chez leurs enfants, plus fréquemment exposés au deuil que les enfants de parents nés en France durant cette période.

Il est par ailleurs à noter que cet effet de l'activité professionnelle des parents doit être croisé avec d'autres déterminants sociaux, notamment celui du genre des enfants. En effet, les filles ont connu plus de situation de détresse psychologique que les garçons durant le confinement. Même si ces dernières sont généralement plus enclines à exprimer leurs émotions, on peut penser que les inégalités de genre en termes de participation aux tâches domestiques ont été accentuées durant le confinement, en particulier en cas d'absence des parents. L'enquête nationale Sapris Elfe-Epipage 2, menée en France en avril-mai 2020, a ainsi montré que les filles participaient davantage aux tâches domestiques que les garçons afin d'aider les parents à faire face à l'augmentation de la charge de travail à la maison liée à la pandémie.

Développer les facteurs de protection

Ces résultats de l'étude Confeado soulignent l'importance d'avoir des politiques publiques socialement

différenciées en période de confinement, en particulier pour soutenir les familles socio-économiquement fragiles afin que les besoins de tous les enfants puissent être pris en compte. Cela a particulièrement manqué pour les travailleurs de première ligne à faibles revenus, qui ont dû continuer leur activité professionnelle en dehors du domicile alors que la majorité de la population pouvait se protéger en restant à la maison. Dans l'éventualité de futurs confinements (quelle qu'en soit la raison), préserver la continuité de l'enseignement et dès que possible le retour en classe des enfants de ces travailleurs, dans des conditions rassurantes, sont deux actions qui pourraient contribuer à limiter le sentiment d'être submergé par le travail scolaire, l'exposition aux écrans et l'impact négatif qui

en découle sur leur santé mentale. Les facteurs de protection tels que la qualité des relations et les activités sans écran au sein de la famille doivent par ailleurs être renforcés et promus par des informations accessibles et appropriées destinées aux parents et aux enfants. ■

1. L'équipe Confeado était également composée de : Mégane Estevez, épidémiologiste, université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (BPH), Inserm U1219; Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste, Direction scientifique et internationale, Santé publique France; Dalila Rezzoug, maître de conférences, praticien hospitalier de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris-13, UTRPP – hôpital Avicenne – APHP; CESP U1018, Bobigny, Centre national de ressources et de résilience (CN2R), Lille; Carla De Stefano, psychologue clinicienne et de recherche, université Paris-13, UTRPP – hôpital Avicenne – APHP; CESP U1018, Bobigny, Centre national de ressources et de résilience (CN2R), Lille.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Confeado : une étude destinée aux enfants sur le vécu du confinement lié à l'épidémie de Covid-19. Santé publique France, 20 mai 2021. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/confeado-une-etude-destinee-aux-enfants-sur-le-vecu-du-confinement-lie-a-l-epidemie-de-covid-19>
- [2] Santé publique France. Promouvoir la santé mentale des populations en temps de Covid. *La Santé en action*, septembre 2022, n° 461. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/magazines-revues/la-sante-en-action-septembre-2022-n-461-promouvoir-la-sante-mentale-des-populations-en-temps-de-covid-19>
- [3] Estevez M., Oppenchain N., Rezzoug D., Laurent I., Domecq S., Khireddine-Medouni I. *et al.* Social determinants associated with psychological distress in children and adolescents during and after the first Covid-19-related lockdown in France: results from the Confeado study. *BMC Public Health*, 2023, vol. 23, art. 1374. En ligne : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-16284-5>
- [4] Mansfield K. L., Newby D., Sonesson E., Vaci N., Jindra C., Geulayov G. *et al.* Covid-19 partial school closures and mental health problems: a cross-sectional survey of 11,000 adolescents to determine those most at risk. *JCPP Advances*, 2021, vol. 1, art. e12021. En ligne : <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jcv2.12021>
- [5] De Stefano C., Laurent I., Kaïndje-Fondjo V. C., Estevez M., Habran E., Falissard B. *et al.* Échelle de détresse psychologique des enfants et des adolescents pendant la pandémie de COVID-19 : validation d'un instrument psychométrique (étude Confeado). *Frontiers in Psychiatry*, 8 août 2022, vol. 13, art. 843104. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9393589/>
- [6] Acs M., Chevrot J., Beaufile S., Davy A.-C., Leroi P., Wolf M. *et al.* Quelles conditions de travail et de vie pour les 1,8 million de travailleurs « essentiels du quotidien » résidant en Île-de-France ? *Insee Analyses Île-de-France*, juillet 2021, n° 137. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5401737>
- [7] Cullinane C., Montacute R. Covid-19 and social mobility impact brief #1: School Shutdown. The Sutton Trust, avril 2020 : 11 p. En ligne : <https://www.sutton-trust.com/wp-content/uploads/2021/01/School-Shutdown-Covid-19.pdf>
- [8] Spoorthy M. S., Pratapa S. K., Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the Covid-19 pandemic – A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020, vol. 51, art. 102119. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7175897/>
- [9] Khlal M., Ghosn W., Guillot M., Vandentorren S. Impact of the Covid-19 crisis on the mortality profiles of the foreign-born in France during the first pandemic wave. *Social Science & Medicine*, 2022, vol. 313, art. 115160. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9574003/>

Les personnes défavorisées socialement en première ligne de la Covid-19

Cyrille Delpierre,

épidémiologiste, directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),

Stéphanie Vandentorren,

médecin épidémiologiste, coordinatrice du programme Inégalités sociales et territoriale de santé, Santé publique France.

L'ESSENTIEL

► **L'étude *L'impact de la défavorisation sociale sur la dynamique d'infection au SARS-CoV-2 en France entre mai 2020 et avril 2021* a montré l'importance des inégalités sociales et territoriales face à la Covid-19. Dans les zones d'habitation les plus défavorisées, l'incidence de l'infection par le virus et les taux de positivité des tests étaient plus élevés, alors que les taux de dépistage étaient plus faibles. Ces différences étaient particulièrement marquées dans les villes densément peuplées et, dans une moindre mesure, dans les communes modérément peuplées.**

Très vite après le début de la crise sanitaire, en mars 2020, la question des inégalités sociales vis-à-vis du risque d'infection et d'évolution défavorable de la maladie a été posée [1 ; 2]. Les premières études sur l'épidémiologie sociale de la Covid-19, menées notamment aux États-Unis ou au Royaume-Uni, ont montré des inégalités d'incidence en fonction de l'origine ethnique et de la position socio-économique [3 ; 4]. Un des mécanismes pouvant expliquer ces inégalités de santé était lié à la profession : les travailleurs en contact étroit avec les patients ou avec le public couraient un risque élevé d'exposition [5]. Cette situation a été aggravée par les confinements, les personnes occupant des emplois

de première ligne : commerces de détail, livraisons, secteur de la santé, ne pouvant pas travailler à domicile.

Les premières études menées en France ont montré un risque d'infection par le SARS-CoV-2 au cours de la première vague (mars-mai 2020) plus élevé chez les professionnels de santé ayant un contact physique direct avec les patients ou avec le grand public [6]. Cependant, la rareté des données sur les caractéristiques sociales individuelles dans les dossiers médicaux et dans les bases de données des systèmes de surveillance a rendu difficile le suivi rapide de l'évolution de la pandémie au regard des caractéristiques socio-économiques de la population générale [7].

Début 2022, les seules données disponibles provenaient d'enquêtes *ad hoc* telles que l'étude *Santé, perception, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise COVID-19 (Sapris¹)* ou l'enquête *Épidémiologie et conditions de vie sous la Covid-19 (EpiCOV)*. Cette dernière a évalué l'évolution des disparités sociales en matière d'infection au cours des premiers stades de la pandémie, pendant les première et deuxième périodes de confinement. Les premiers résultats de ces enquêtes, mettaient déjà en évidence à l'automne 2020 un risque d'infection variant en fonction de la position sociale, et qui était plus élevé pour les personnes à la fois les moins favorisées socialement et celles les plus avantagées, ceci étant aussi observé pour l'impact du confinement [8 ; 9]. Ces données, extrêmement utiles, présentaient néanmoins des limites : un possible manque de

représentativité pour celles issues de cohorte (étude Sapris) et un besoin de temps avant de produire des résultats (pour EpiCOV), restreignant leur intérêt pour rendre compte de la dynamique épidémique et éclairer les décisions publiques. Ainsi, sur la première année d'épidémie, au niveau français comme au niveau international, peu d'études avaient examiné la dynamique temporelle de l'incidence du SARS-CoV-2 sur le plan national, en termes d'inégalités. L'étude *L'impact de la défavorisation sociale sur la dynamique d'infection au SARS-CoV-2 en France entre mai 2020 et avril 2021*, menée par Santé publique France et l'équipe EQUITY de l'Inserm, a été conduite pour évaluer l'association entre la défavorisation sociale et l'incidence du virus, les taux de positivité des tests et les taux de dépistage.

Méthodes

Ces travaux ont utilisé les données de surveillance du Système d'information de dépistage populationnel (Sidep), enregistrant les résultats de tous les tests SARS-CoV-2 réalisés en France. Ce système ne recueillant aucune information sociale sur les individus, l'adresse de résidence des personnes a été utilisée pour estimer le niveau de défavorisation sociale de leur zone d'habitation, considéré comme un indicateur indirect de leur situation sociale individuelle. Les lieux de résidence des personnes ayant fait un test ont été géocodés à l'échelle de l'îlot regroupé pour l'information statistique (Iris), qui constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales et



Dossier

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

correspond à un découpage du territoire en mailles de taille homogène d'environ 2 000 personnes, ayant le même niveau socio-économique. Puis un score de défavorisation sociale a été attribué à chaque Iris en appliquant l'indice de défavorisation européen (*European Deprivation Index - EDI*) dans sa version française de 2015. Ce score est une combinaison de dix variables fondées sur le recensement et agrégées à la plus

petite zone géographique possible, à savoir l'Iris : proportion de personnes de nationalité étrangère, proportion de ménages sans voiture, proportion de personnes employées comme cadres ou professions intermédiaires, proportion de familles monoparentales, proportion de ménages comptant au moins deux personnes, proportion de ménages non-propriétaires, proportion de chômeurs, proportion de personnes n'ayant pas fait

d'études post-secondaires, proportion de logements surpeuplés, et proportion de personnes non mariées. Les quintiles de la distribution nationale des scores EDI ont été calculés pour la France métropolitaine, le premier quintile (Q1) représentant les zones les moins défavorisées et le cinquième quintile (Q5) représentant les zones les plus défavorisées. Pour chaque semaine, et à l'échelle de chaque Iris, trois indicateurs standardisés sur l'âge

et sur le sexe ont été calculés : le taux d'incidence, le taux de positivité, et le taux de dépistage. Les rapports des taux d'incidence en fonction des quintiles d'EDI ont été calculés, en utilisant le premier quintile (le moins défavorisé) comme catégorie de référence, en prenant en compte la semaine, la densité de population et la région.

Taux de dépistage plus faibles dans les zones défavorisées

Les analyses ont été fondées sur 70 990 478 tests SARS-CoV-2, réalisés entre mai 2020 et avril 2021, dont 5 000 972 tests positifs. Les moins de 45 ans représentaient 56 % des personnes testées et 57 % des tests positifs. Les zones les moins défavorisées (Q1) représentaient 14,3 % du total des tests et 13,3 % des tests positifs ; et les zones les plus défavorisées (Q5), 32 % du total des tests et 36,6 % des tests positifs. Les municipalités densément peuplées ($\geq 1 500$ habitants/km²) représentaient 40,8 % du total des tests et 43,2 % des tests positifs.

Dans les villes densément et modérément peuplées (entre 300 et 1 500 habitants/km²), les taux d'incidence² et de positivité du SARS-CoV-2 étaient plus élevés dans les zones les plus défavorisées que dans celles les moins défavorisées ; et ce, alors que les taux de dépistage étaient plus faibles dans ces zones. Ces différences n'étaient pas retrouvées dans les communes peu ou très peu peuplées (< 300 habitants/km²) : les taux d'incidence et de dépistage y étaient plus faibles dans les quatre derniers quintiles de défavorisation (Q2-Q5) que dans le premier, regroupant les plus favorisés ; quant au taux de positivité, il était stable dans toutes les zones. Ces résultats mettent en évidence une importante fracture sociale dans les territoires densément et modérément peuplés et pourraient refléter des obstacles structurels à l'accès aux soins de santé en France et la capacité moindre des personnes défavorisées à bénéficier des mesures de protection.

Cette première étude, qui a évalué la dynamique de la pandémie de Sars-CoV-2 en France en termes de défavorisation sociale à l'aide d'une base

de données nationale de surveillance Covid-19, met en lumière l'importance de décrire les inégalités sociales en matière de santé de manière dynamique, concomitamment à la mise en place d'actions de prévention. En effet, l'analyse hebdomadaire de l'incidence, de la positivité et des taux de dépistage, par quintiles et par groupes de densité de population, a montré que les différences de taux entre les zones les plus défavorisées et les moins défavorisées variaient dans le temps, selon les mesures mises en œuvre par l'exécutif pour gérer la pandémie, en particulier les confinements. Ces résultats suggèrent un effet socialement différencié des confinements en défaveur des personnes vivant dans les zones moins favorisées, qui sont plus susceptibles d'exercer des métiers pour lesquels le télétravail est impossible ou encore qui vivent plus souvent dans des logements surpeuplés.

L'étude n'a néanmoins pas permis d'aller plus loin dans l'analyse des mécanismes à l'origine de ces

inégalités, faute de données sociales individuelles dans les bases de surveillance. Pour mieux identifier ces mécanismes, il est urgent d'y inclure des données sur les conditions de vie des individus et sur leur situation socio-économique ; elles sont indispensables afin de documenter en routine les événements de santé en fonction des déterminants sociaux. ■

1. Vaste enquête longitudinale en population générale qui s'appuie sur quatre grandes cohortes généralistes impliquant des sujets connectés sur Internet : CONSTANCES, ELFE-EPIPAGE2, E3N-E4N et NUTRINET-SANTE.

2. Nombre de nouvelles infections par rapport à la population à risque d'infection.

Pour en savoir plus

Vandentorren S., Smaïli S., Chatignoux E., Maurel M., Alleaume C., Neufcourt N. *et al.* The effect of social deprivation on the dynamic of SARS-CoV-2 infection in France between May 2020 and April 2021. *Lancet Public Health*, mars 2022, vol. 7, n° 3. En ligne : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00007-X)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bambra C., Riordan R., Ford J., Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, novembre 2020, vol. 74, n° 11 : p. 964-968. En ligne : <https://eprints.ncl.ac.uk/267061>
- [2] Khalatbari-Softani S., Cumming R. C., Delpierre C., Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socio-economic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *Journal of Epidemiology and Community Health*, août 2020, vol. 74, n° 8 : p. 620-623. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32385126/>
- [3] Vahidy F. S., Nicolas J. C., Meeks J. R., Khan O., Pan A., Jones S. L. *et al.* Racial and ethnic disparities in SARS-CoV-2 pandemic: analysis of a COVID-19 observational registry for a diverse US metropolitan population. *BMJ Open*, 2020, vol. 10, n° 8. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32784264/>
- [4] Niedzwiedz C. L., O'Donnell C. A., Jani B. D., Demou E., Ho F. K., Celis-Morales C. *et al.* Ethnic and socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection: prospective cohort study using UK Biobank. *BMC Medicine*, 29 mai 2020, vol. 18, n° 1 : p. 160. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32466757/>
- [5] Goldman N., Pebley A. R., Lee K., Andrasfay T., Pratt B. Racial and ethnic differentials in COVID-19-related job exposures by occupational standing in the US. *PLoS One*, 2021, vol. 16, n° 9 : e0256085. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34469440/>
- [6] Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 : état des lieux et perspectives. *Dossiers de la Drees*, juillet 2020, n° 62 : 40 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>
- [7] Delpierre C., Vandentorren S., Kelly-Irving M., Mouly D. *Les inégalités sociales de santé à l'heure de l'épidémie de Covid-19*. ADSP, 2021 : 113.
- [8] Bajos N., Counil E., Franck J. E., Jusot F., Pailhé A., Spire A. *et al.* Social inequalities and dynamics of the early COVID-19 epidemic: a prospective cohort study in France. *BMJ Open*, 11 novembre 2021, vol. 11, n° 11 : e052888. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34764173/>
- [9] Bajos N., Jusot F., Pailhé A., Spire A., Martin C., Meyer L. *et al.* When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: evidence from a cross sectional population-based survey in France. *BMC Public Health*, 2021, vol. 21 : art. 705. En ligne : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10521-5>

La première vague de Covid-19 a été plus meurtrière pour les populations nées à l'étranger

Myriam Khlata, directrice de recherche, Institut national d'études démographiques (Ined),
Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste, coordinatrice du programme Inégalités sociales et territoriales de santé, Santé publique France,
Walid Ghosn, statisticien épidémiologiste, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),
Michel Guillot, directeur de recherche, Institut national d'études démographiques (Ined).

La surmortalité des populations immigrées lors de la pandémie de Covid-19 a été documentée dans différents pays. En France, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) indiquait que la hausse des décès en mars-avril 2020 était de 48 % pour les personnes nées à l'étranger, contre 22 % pour les personnes nées en France [1 ; 2]. L'augmentation de la mortalité était particulièrement marquée dans le département de Seine-Saint-Denis (voir article p. 32). Or, la mortalité (toutes causes confondues) des populations immigrées est connue pour être généralement plus basse que celle de la population du pays d'accueil. Cet écart favorable est attribué dans la littérature à l'effet de sélection par la santé, inhérent à la migration (*healthy migrant effect*),

mais également à la tendance au retour vers le pays de naissance des immigrés en mauvaise santé, que ce soit pour y bénéficier de soutien familial ou pour y passer leur fin de vie (*salmon bias*)¹. L'étude réalisée par l'Institut national d'études démographiques (Ined), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et Santé publique France, du 18 mars au 19 mai 2020, a mis en évidence un retournement de cette situation, du fait d'un excès de mortalité plus important chez les personnes immigrées pendant la première vague de Covid, en particulier parmi celles nées en Afrique subsaharienne [3].

Tous les décès survenus en France métropolitaine au cours des années 2016 à 2019 ont été analysés, de même que ceux survenus en 2020. Pour chaque décès, les informations suivantes étaient disponibles : sexe, âge, date de décès, région de résidence et pays de naissance. Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux de mortalité ont été obtenus par extrapolation à partir des enquêtes annuelles de recensement. Le taux de mortalité en excès, en 2020, a été estimé par la différence entre le taux de mortalité observé et le taux de mortalité attendu en l'absence de pandémie. L'excès de mortalité parmi les personnes immigrées a été calculé par groupes de pays de naissance et comparé à l'excès de mortalité observé parmi les personnes nées en France.

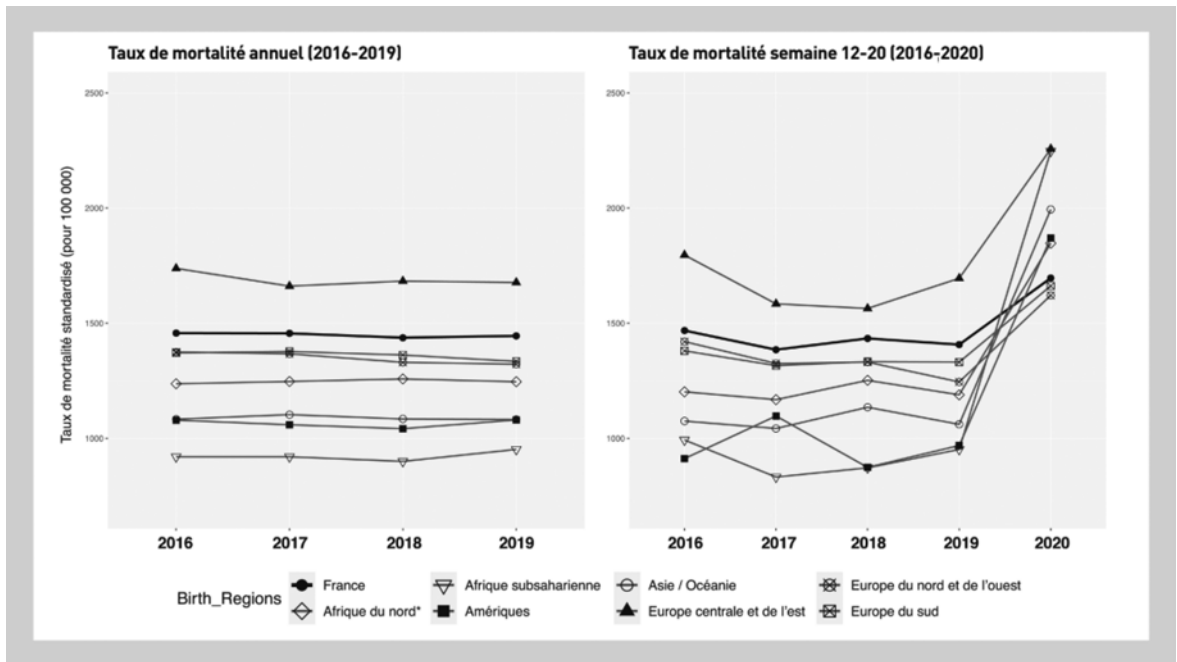
L'ESSENTIEL

▣ Habituellement, la mortalité (toutes causes confondues) des populations immigrées est plus basse que celle de la population du pays d'accueil. Une étude a montré qu'en France, la première vague de la pandémie avait conduit à un retournement de cette situation, du fait d'un excès de mortalité beaucoup plus important pour les immigrés d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie et d'Océanie. Ces résultats invitent à porter une attention particulière aux conditions de vie et d'accès aux soins de ces populations.

Lourd tribut pour les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne

Concernant les personnes nées en France, l'excès de mortalité était de 25 décès pour 100 000 femmes entre 40 et 69 ans et de 782 décès pour 100 000 femmes de 70 ans et plus ; tandis que chez les hommes, les chiffres étaient respectivement de 51 et 1 340. Au cours des années 2016 à 2019 (voir figure 1, partie gauche), l'écart de mortalité (toutes causes confondues) était en faveur des populations immigrées, avec des taux inférieurs à ceux de la population née en France – à l'exception des taux de mortalité des populations originaires d'Europe centrale et d'Europe de l'Est. Ces analyses ont été effectuées sur la courte période correspondant à la première vague (de la semaine 12 à la semaine 20) pour les années 2016

Figure 1 – Taux standardisés de mortalité toutes causes à 40 ans et plus par groupes de pays de naissance et France entière, pour les années 2016 à 2019 (partie gauche) et au cours des semaines 12 à 20 pour les années 2016 à 2020 (partie droite).



Lecture : Pour la France métropolitaine, le taux standardisé de mortalité générale à 40 ans et plus des personnes nées en France était en 2019 de 1 440 décès pour 100 000 habitants (partie gauche) et pendant les semaines 12 à 20 de 2020 de 1 696 décès pour 100 000 habitants (partie droite).

Données : données provisoires issues des avis de décès (Bulletin B7 bis) diffusées par l'Insee ; enquêtes annuelles de recensement pour la population totale.

Source : Myriam Khlat, et al., 2022.

à 2020 (voir figure 1, partie droite). On retrouve le même schéma de mortalité différentielle que dans la partie gauche de la figure 1 jusqu'au printemps 2020. Puis, du fait de l'amplitude de la hausse de mortalité due à la Covid chez les populations immigrées, les courbes se croisent et les écarts s'inversent en défaveur de celles-ci.

L'analyse du taux de mortalité en excès pendant la première vague (voir tableau 1) a fourni une quantification directe du poids de la pandémie et permis d'estimer les risques relatifs qui lui sont associés pour les différents groupes de pays de naissance en comparaison des personnes nées en France. Au printemps 2020, dans les régions les plus atteintes par l'épidémie – Grand Est et Île-de-France (voir tableau 2) –, l'excès de mortalité était encore bien plus élevé : chez les femmes nées en France, il était de 70 décès pour 100 000 entre 40 et 69 ans et de 2 314 à 70 ans et plus ; et chez les

hommes, respectivement de 196 et de 3 888. Si le rapport de l'excès de mortalité des nés à l'étranger à celui des nés en France est un peu plus bas dans ces régions qu'au niveau national, c'est en raison de l'effet de composition, les personnes nées à l'étranger résidant beaucoup plus souvent que la moyenne en Île-de-France. L'écart restait très prononcé au sein des tranches d'âge actives (40-69 ans), avec des taux de mortalité en excès de huit à neuf fois plus élevés pour les personnes nées en Afrique subsaharienne et de trois à quatre fois plus élevés pour celles nées en Afrique du Nord, en Amérique, en Asie ou en Océanie. L'écart était également bien visible dans la tranche d'âge des 70 ans et plus, quoique moindre. Dans cette tranche d'âge, le taux de mortalité en excès était en effet 2,6 fois plus élevé parmi les hommes nés en Afrique subsaharienne et 1,6 fois plus élevé parmi ceux nés en Afrique du Nord, en comparaison des hommes nés en France.

Retournement de l'écart de mortalité toutes causes

De ce fait, les niveaux de mortalité toutes causes confondues des populations immigrées ont dépassé très nettement celui de la population née en France, en contraste avec la situation des années pré-pandémiques. Entre celles-ci et la première vague de Covid, on observe ainsi que le niveau relatif de mortalité toutes causes confondues des personnes nées en Afrique subsaharienne est passé pour les femmes de 90 % à 150 % de celui des femmes nées en France, et pour les hommes, de 80 % à 180 % de celui des hommes nés en France. Le même phénomène était visible pour les personnes nées en Asie et en Océanie, avec un passage de 90 % à 130 % (femmes) et de 70 % à 120 % (hommes). Pour les natifs d'Afrique du Nord, on a observé un passage de 90 % à 110 % (femmes) et de 80 % à 110 % (hommes). Ces résultats illustrent le bouleversement inédit du profil habituel de mortalité

Tableau 1. – Taux de mortalité en excès standardisé sur l'âge pendant la première vague de Covid (semaine 12 à 20, année 2020) et rapport des taux des groupes des nés à l'étranger à celui des personnes nées en France. **France entière.**

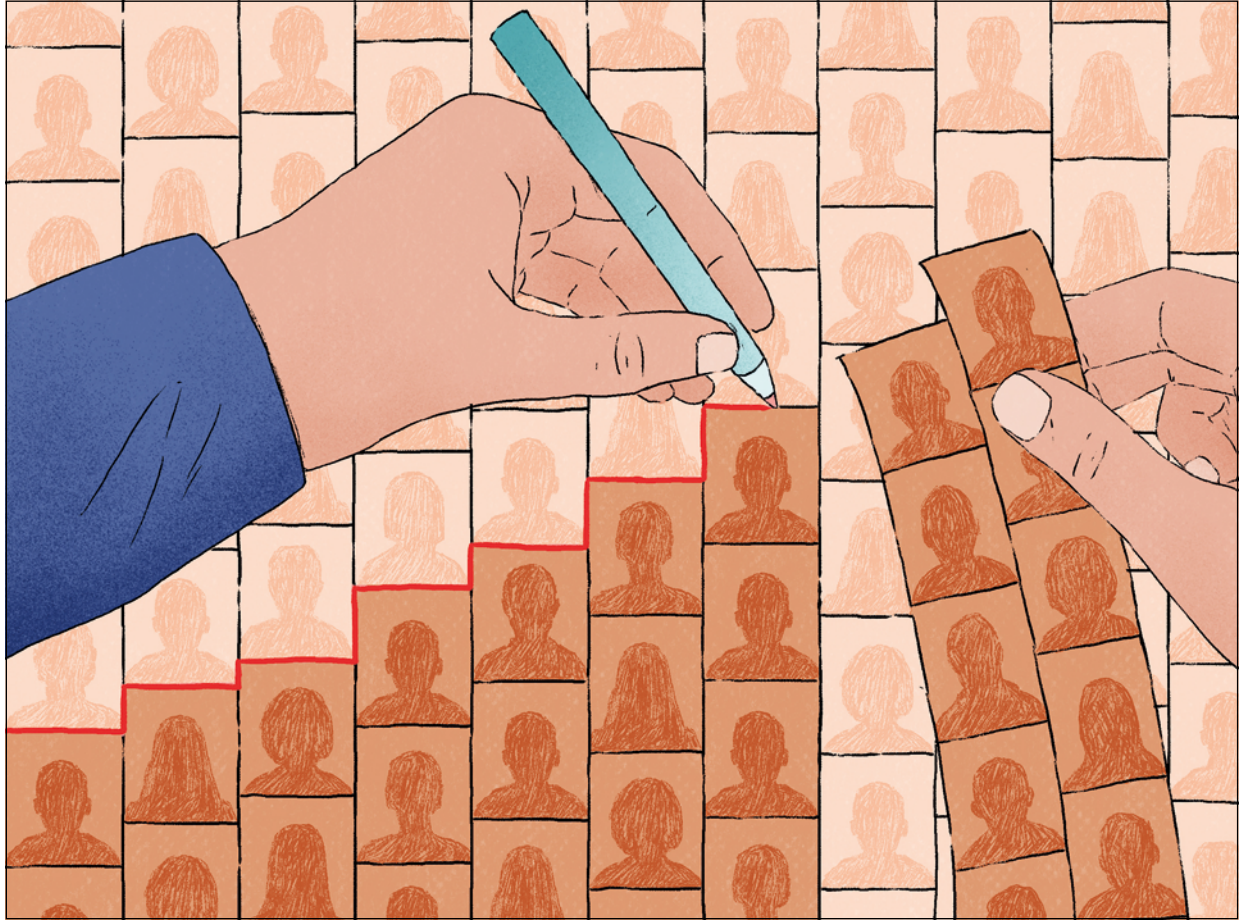
Genre	Groupe de pays de naissance	Age : 40-69 ans		Age : 70 ans et plus	
		Taux de mortalité en excès standardisé sur l'âge (pour 100 000)	Rapport entre le taux de mortalité du groupe né à l'étranger et celui de la population née en France	Taux de mortalité en excès standardisé sur l'âge (pour 100 000)	Rapport entre le taux de mortalité du groupe né à l'étranger et celui de la population née en France
Femmes	France (référence)	25	1.00	782	1.00
	Afrique du Nord	106	4.24*	1424	1.82**
	Afrique subsaharienne	404	16.16***	1740	2.23*
	Amérique	160	6.40	2487	3.18*
	Asie/Océanie	145	5.80**	2269	2.90***
	Europe centrale et de l'Est	47	1.88	2125	2.72
	Europe du Nord et de l'Ouest	33	1.32	800	1.02
	Europe du Sud	52	2.08	1010	1.29
Hommes	France (référence)	51	1.00	1340	1.00
	Afrique du Nord	196	3.84***	2719	2.03***
	Afrique subsaharienne	960	18.82**	5908	4.41***
	Amérique	353	6.92*	2683	2.00
	Asie/Océanie	428	8.39***	3400	2.54*
	Europe centrale et de l'Est	286	5.61	1834	1.37
	Europe du Nord et de l'Ouest	63	1.47	1167	0.87
	Europe du Sud	75	1.47	1380	1.03

Les astérisques indiquent le taux de significativité : * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Tableau 2 – Taux de mortalité en excès standardisé sur l'âge pendant la première vague de Covid (semaines 12 à 20, année 2020) et rapport des taux des groupes des nés à l'étranger à celui du groupe des personnes nées en France dans les **régions les plus atteintes par la pandémie (Île-de-France et Grand Est).**

Genres	Groupe de pays de naissance	Âge : 40-69 ans		Âge : 70 ans et plus	
		Taux de mortalité en excès standardisé sur l'âge (pour 100 000)	Rapport entre le taux de mortalité du groupe né à l'étranger et celui de la population née en France	Taux de mortalité en excès standardisé sur l'âge (pour 100 000)	Rapport entre le taux de mortalité du groupe né à l'étranger et celui de la population née en France
Femmes	France (référence)	70	1,00	2 314	1,00
	Afrique du Nord	228	3,26*	3 298	1,43*
	Afrique subsaharienne	634	9,06***	3 552	1,54
	Amérique	242	3,46	4 450	1,92
	Asie/Océanie	217	3,10*	4 359	1,88***
	Europe centrale et de l'Est	187	2,67	3 211	1,39
	Europe du Nord et de l'Ouest	75	1,07	2 081	0,90
	Europe du Sud	179	2,56*	2 410	1,04
Hommes	France (référence)	196	1,00	3 888	1,00
	Afrique du Nord	493	2,52**	6 186	1,59***
	Afrique subsaharienne	1 519	7,75***	10 085	2,59***
	Amérique	721	3,68**	7 226	1,86
	Asie/Océanie	592	3,02***	5 472	1,41*
	Europe centrale et de l'Est	492	2,51	3 536	0,91
	Europe du Nord et de l'Ouest	67	0,34	4 876	1,25
	Europe du Sud	191	0,97	2 791	0,72**

Les astérisques indiquent le niveau de significativité : * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.



des populations immigrées au cours de la première vague de Covid et la reconfiguration de leur mortalité différentielle par rapport aux personnes nées en France.

Rôle des expositions liées au travail

Au début de la crise sanitaire, le confinement strict imposé par les autorités en France a permis de contenir l'impact sur le système de soins, en termes d'hospitalisations et de mortalité. Cependant, cette période s'est aussi caractérisée par d'importants écarts d'exposition au virus entre les populations confinées et celles contraintes d'aller travailler sur site, autrement dit les « travailleurs essentiels » ; et parmi eux, les personnes immigrées sont globalement surreprésentées. La surmortalité spécifique des personnes immigrées dans les tranches d'âge actives (40-69 ans) reflète vraisemblablement le rôle des expositions liées au travail pendant la première vague de la pandémie. Elle reflète sans doute aussi l'inégale répartition des

facteurs de risques graves de la maladie, comme l'obésité, ou certaines comorbidités (diabète, hypertension artérielle). D'une manière générale, la disproportion de l'impact subi par les populations originaires d'Afrique subsaharienne soulève la question des inégalités sociales de santé. Ces inégalités renvoient à la question de l'environnement moins favorable à la santé, des dures conditions de vie et de travail, et des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. En cas de nouvelle pandémie, les résultats de cette étude appellent à porter une attention particulière aux conditions de vie et de travail des populations, aux questions d'accès au système de santé et à la prévention et l'accompagnement social. En ce sens, les dispositifs publics de protection peuvent jouer un rôle pour favoriser une meilleure prise en charge des populations concernées. ■

1. Pablos-Mendez A., Mortality among Hispanics. *JAMA*, 1994, 271, 1257. En ligne : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/370482>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Papon S., Robert-Bobée I. Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020. *Insee Focus*, juillet 2020, n° 198. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>
- [2] Papon S., Robert-Bobée I. L'impact démographique de l'épidémie de Covid-19. Mars-avril 2021. *Sens*, avril 2021. En ligne : <https://ses.ens-lyon.fr/actualites/rapports-etudes-et-4-pages/limpact-demographique-de-lepidemie-de-covid-19-mars-avril-2021>
- [3] M. Khlát, W. Ghosn, M. Guillot, S. Vandentorren, DcCOVMIG Research Team. Impact of the Covid-19 crisis on the mortality profiles of the foreign-born in France during the first pandemic wave. *Social Science and Medicine*, novembre 2022, vol. 313, art. 115160. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36260967/>

Les personnes immigrées, plus souvent exposées, ont mieux respecté les gestes-barrières

Anne Gosselin,

chercheuse à l'Institut national d'études démographiques (Ined),
chercheuse associée au Centre population et développement (Ceped),
université Paris Cité.

Dès juillet 2020, il est apparu que les personnes immigrées et leurs descendants¹ avaient eu un « excès de mortalité » plus important que les personnes nées en France. Parmi les personnes nées en France, c'est une augmentation de 22 % des décès qui a été relevée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au printemps 2020, contre 48 % parmi les personnes nées à l'étranger, et même + 114 % parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne [1] (voir article page 15 dans ce dossier). Lors de la deuxième vague de Covid-19 en novembre 2020, les prévalences du SARS-CoV-2 étaient de nouveau plus importantes parmi les personnes immigrées originaires d'Afrique et leurs descendants [2]. Cette surmortalité frappant les minorités ethnoraciales a également été relevée, entre autres pays, aux États-Unis ou en Grande-Bretagne [3].

Contrairement à certains préjugés et stéréotypes véhiculés au début de la pandémie, ces prévalences plus importantes du SARS-CoV-2 ne sont pas reliées à un moindre respect des gestes-barrières de la part des populations d'origine immigrée. En effet, différentes enquêtes ont permis de montrer qu'elles ont adopté notamment au cours de la première vague des comportements de respect des gestes-barrières plus systématiques, qu'il s'agisse du port du masque (non

obligatoire à l'époque) ou du lavage des mains [4 ; 5]. De ces analyses, on retient en revanche que les hommes se sont moins protégés que les femmes (et ce dans tous les groupes d'origine – voir graphique 1), et les personnes jeunes moins que celles plus âgées.

La réponse n'est donc pas à chercher au niveau des comportements individuels de respect des gestes-barrières, mais plutôt en amont, du côté d'une fréquence d'exposition au virus : en effet, les personnes immigrées et leurs descendants vivent plus souvent que les autres dans des quartiers densément peuplés, dans des logements surpeuplés, travaillent plus souvent dans des emplois dits de première ligne où le télétravail est impossible. Ces conditions de vie plus précaires ont entraîné une exposition accrue au virus, expliquant la prévalence plus élevée dans ces populations [6].

L'état de santé antérieur en question

Il semble qu'une fois infectées, les personnes immigrées aient plus fréquemment développé des formes sévères de la maladie et aient été plus souvent hospitalisées que les personnes nées en France [7]. En France, les données manquent pour comprendre ce sur-risque : en effet, d'après des études conduites dans d'autres pays d'Europe, les personnes immigrées sont plus souvent concernées par certaines maladies chroniques, tels le diabète et l'obésité, qui sont très associées au risque d'hospitalisation et de décès avec la Covid-19. Ces études montrent que les personnes immigrées venues d'Afrique subsaharienne ont des

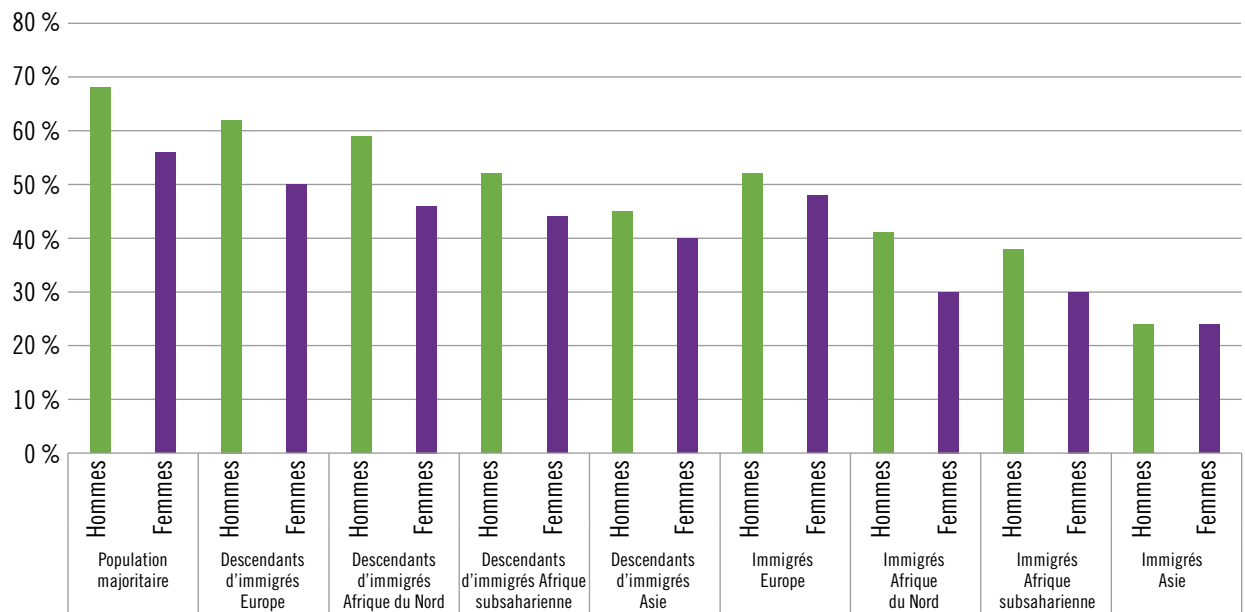
L'ESSENTIEL

▣ **Contrairement à certaines idées reçues, l'excès de mortalité ayant touché les personnes immigrées et leurs descendants ne peut s'expliquer par des manquements dans les gestes-barrières. Celles-ci ont porté le masque plus que les autres, surtout les femmes et les personnes âgées. Les études montrent en revanche un taux de vaccination anti-Covid plus faible parmi ces populations que parmi les populations non immigrées.**

prévalences de diabète, d'hypertension et d'obésité plus élevées que dans leur pays d'origine. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces évolutions après la migration : le changement de régime alimentaire, les difficiles conditions de vie et de travail, ou encore l'expérience du stress et de la discrimination sont autant de facteurs mis en cause dans l'apparition de certaines pathologies comme le diabète, l'obésité et l'hypertension artérielle parmi les populations immigrées d'Afrique subsaharienne notamment [8 ; 9]. Ces résultats ne peuvent être établis de manière similaire en France, car les données disponibles ne permettent pas à ce jour de relier pays de naissance, présence d'une maladie chronique, et hospitalisation suite à l'infection par le SARS-CoV-2.

Dès l'hiver 2020, la campagne de vaccination a été lancée en France. Or malgré une exposition plus fréquente au virus, et malgré un meilleur respect des gestes-barrières, les personnes immigrées hors Europe se sont moins souvent vaccinées que les autres [10]. Ce sont les personnes avec un niveau

Proportion de personnes qui ne portaient pas le masque systématiquement lors des sorties, selon le sexe et l'origine, France métropolitaine (avril-mai 2020).



Note de lecture : Entre avril et mai 2020, 68 % des hommes de la population majoritaire ont déclaré ne pas avoir porté systématiquement le masque lors de leurs sorties dans les sept derniers jours.

Source : Enquête EpiCov, vague 1, pourcentages pondérés.

d'éducation plus faible, des revenus plus bas, ou qui venaient de pays hors Europe qui étaient le moins vaccinées à l'été 2021. La vaccination étant gratuite, il ne s'agissait pas d'un frein financier. Des expériences antérieures de difficultés d'accès au système de santé par exemple, ainsi que le fait de devoir libérer du temps et prendre un rendez-vous en ligne

peuvent avoir constitué des freins importants dans la vaccination, tout comme le manque de confiance dans les autorités. Les inégalités sociales d'exposition au virus se sont accrues par la suite, avec les campagnes de vaccination, les personnes immigrées ayant plus de difficultés et montrant, pour certaines, plus de réticence à se faire vacciner que les autres. ■

1. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), une personne immigrée est une personne née à l'étranger de nationalité étrangère et qui réside en France (quelle que soit sa nationalité actuelle). Nous définissons les descendants d'immigrés comme des personnes nées en France ayant au moins un parent immigré. La population majoritaire est la population ni immigrée, ni descendante d'immigrés, ni native des départements et régions d'outre-mer (DROM).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Papon S., Robert-Bobée I. Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020. *Insee Focus*, 7 juillet 2020, n° 198. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>

[2] Warszawski J., Bajos N., Costemalle V., Leblanc S., équipe EpiCov. 4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020. *Études & Résultats*, juillet 2021, n° 1202 : 8 p. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1202_0.pdf

[3] Epi cell, Surveillance cell and Health Intelligence team Public Health England. *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*. Londres : Public Health England, 2020 : 92 p. En ligne : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf

[4] Wright L., Steptoe A., Fancourt D. Patterns of compliance with COVID-19 preventive behaviours: a latent class analysis of 20 000 UK adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 14 septembre 2021, vol. 76, n° 3. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34521650/>

[5] Gosselin A., Warszawski J., Bajos N. for the EpiCov Study Group. Higher risk, higher protection. COVID-19 risk among immigrants in France: results from the population-based EpiCov survey. *European Journal of Public Health*, 27 avril 2022, vol. 32, n° 4 : p. 655-663. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9341671/>

[6] Warszawski J., Beaumont A.-L., Seng R., de Lamballerie X., Rahib D., Lydié N. *et al.* Prevalence of SARS-CoV-2 antibodies and living conditions: the French national random population-based EPICOV cohort. *BMC Infectious Diseases*, 9 janvier 2022, vol. 22, art. 41. En ligne : <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-06973-0>

[7] Galiana L., Meslin O., Courtejoie N., Delage S. Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques. Exploitation d'un appariement de données d'hospitalisation (SI-VIC) et de données socio-

économiques (Fidéli). *Les Dossiers de la Drees*, 2022, n° 95. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/dd96.pdf>

[8] Agyemang C., Nyaaba G., Beune E., Meeks K., Owusu-Dabo E., Addo J. *et al.* Variations in hypertension awareness, treatment, and control among Ghanaian migrants living in Amsterdam, Berlin, London, and nonmigrant Ghanaians living in rural and urban Ghana – the RODAM study. *Journal of Hypertension*, janvier 2018, vol. 36, n° 1 : p. 169-177. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858173/>

[9] Agyemang C., van der Linden E. L., Bennet L. Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: unravelling the causal pathways. *Diabetologia*, 2021, vol. 64, n° 12 : p. 2665-2675. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34657183/>

[10] Spire A., Sireyjol A., Bajos N., EpiCov study group. From intentions to practices: what drove people to get the COVID-19 vaccine? Findings from the French longitudinal socioepidemiological cohort survey. *BMJ Open*, 22 décembre 2023, vol. 13, n° 12. En ligne : <https://bmjopen.bmj.com/content/13/12/e073465>

Une pandémie révélatrice d'inégalités de genre face à la maladie

Camille Joannès,

maître de conférences en sciences infirmières et docteur en épidémiologie sociale,

Lola Neufcourt,

chercheuse en épidémiologie sociale, Équipe de recherche EQUITY, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), université Toulouse III Paul-Sabatier.

Au-delà de certains facteurs de risque tels que l'âge ou la présence de comorbidités (maladies chroniques, obésité), des différences ont été observées entre les hommes et les femmes face au risque d'infection au SARS-CoV-2 et à l'évolution de la maladie. Un risque d'infection plus élevé a notamment été rapporté chez les femmes, d'abord attribué à des différences biologiques innées (sexuées), en lien avec un système immunitaire différent entre les hommes et les femmes. Cependant, d'autres explications, en lien avec des facteurs de l'environnement social, économique et politique, ou le rôle du genre, ont été largement négligées en France – à l'exception de l'étude EpiCov [1] –, principalement en raison du manque de données. Des recherches internationales ont toutefois révélé que des facteurs socio-économiques, tels qu'une classe sociale défavorisée ou des conditions de logement défavorables, étaient associés à l'infection, mais également à la gravité et à la mortalité par Covid-19. Or, les hommes et les femmes ont tendance à occuper des rôles sociaux différents, tant dans leur activité professionnelle qu'au sein du foyer, ce

qui pourrait entraîner une variation du risque inhérent à l'exposition et à l'infection au SARS-CoV-2.

Nous avons tenté d'éclairer cette question des différences entre les hommes et les femmes face au risque d'infection au SARS-CoV-2 au regard de la profession occupée dans le contexte français. Les données en accès libre de près de 25 000 participants au Baromètre Covid-19¹, âgés de 18 ans et plus, et interrogés entre le 7 avril et le 11 mai 2020 (période correspondant au premier confinement) ont été analysées par des méthodes quantitatives.

Un sur-risque pour les femmes, lié à leur métier

Dans cet échantillon de la population française métropolitaine, les femmes rapportaient plus souvent un diagnostic d'infection au SARS-CoV-2 que les hommes. Indépendamment de leur âge, de leur région de résidence, de la taille de leur agglomération de résidence, de la présence de comorbidités, de la densité de personnes vivant dans leur logement, de leur situation de télétravail pendant le confinement et de la période de l'enquête, les femmes présentaient un sur-risque de 23 % de déclarer une infection au SARS-CoV-2 par rapport aux hommes. Cependant, lorsque l'on prenait en compte le type de profession exercée, le risque initialement plus élevé de contracter l'infection chez les femmes disparaissait ; cela signifie que le métier des femmes expliquait ce sur-risque. Plus précisément, il n'y avait pas de variation du risque d'infection au SARS-CoV-2 entre les différentes professions

L'ESSENTIEL

■ Dès le début de la crise sanitaire, il a été observé que les femmes avaient un risque plus élevé de contracter la Covid-19 que les hommes. Des études ont montré que cet écart ne résidait pas tant dans les différences biologiques de sexe que dans certains facteurs socio-économiques. En effet, les hommes et les femmes n'occupent pas les mêmes rôles, dans leur activité professionnelle et dans la vie domestique, ceci faisant varier leur exposition au virus. En outre, les femmes ont davantage souffert de troubles anxio-dépressifs pendant cette période et ce d'autant plus qu'elles présentaient un plus faible niveau d'études. Pour les hommes ayant souffert des mêmes symptômes, le niveau d'études n'était pas un déterminant aussi important.

chez les femmes, tandis que chez les hommes, les cadres présentaient un risque plus élevé de déclarer une infection au SARS-CoV-2 par rapport aux autres professions [2].

En France, tout comme dans l'échantillon retenu, les femmes sont plus représentées que les hommes dans certains secteurs d'activité, qui ont été très affectés par l'épidémie de Covid-19 comme les métiers du soin, de l'éducation, de l'animation, de l'administration et de la vente. Ces professions les exposaient à un risque accru de contamination *via* des contacts plus fréquents avec le public et avec des patients infectés



par le virus. Par ailleurs, les hommes, majoritaires parmi les cadres, étaient exposés à un sur-risque d'infection au début de la pandémie, probablement lié aux interactions sociales et aux déplacements professionnels encore fréquents avant les confinements. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte les facteurs socio-économiques comme la profession, en lien avec le sexe, pour améliorer la compréhension des différentes dynamiques du risque d'infection au SARS-CoV-2 chez les hommes et les femmes. Ainsi, ces résultats écartent

possiblement l'effet d'une cause biologique en lien avec le sexe au profit d'un effet du genre sur le risque d'infection.

L'impact différent de l'environnement social sur la santé mentale des hommes et des femmes

Au-delà du risque physique d'infection au SARS-CoV-2, la pandémie et les mesures mises en place pour limiter la propagation du virus, notamment les confinements, ont considérablement affecté les relations interindividuelles, la situation économique et la santé

mentale des personnes. L'enquête *CoviPrev* rapporte des prévalences de la dépression et de l'anxiété plus élevées chez les femmes et chez les individus en situation socio-économique vulnérable [3]. Outre l'aspect économique, d'autres indicateurs de position sociale, tel le niveau d'études, pourraient avoir eu un impact sur la santé mentale dans le contexte épidémique. En effet, il a été montré qu'un faible niveau d'études était associé à un risque plus élevé de développer des troubles psychiques. Par ailleurs, les troubles de santé mentale se manifestent différemment

chez les hommes et chez les femmes, les femmes étant davantage sujettes à des troubles anxio-dépressifs, tandis que les hommes seraient plus enclins à développer des problèmes d'abus de substances et des troubles de la personnalité antisociale.

Il était donc intéressant d'explorer l'influence du niveau d'études sur l'état anxio-dépressif durant le début de la pandémie et ce de façon séparée chez les hommes et chez les femmes. Nous avons analysé par des méthodes quantitatives les données d'un échantillon d'environ 33 000 participants au Baromètre Covid-19, interrogés entre le 7 avril et le 31 mai 2020 (période correspondant au premier confinement, suivi des premières semaines de déconfinement) [4].

Dans ce nouvel échantillon de la population française métropolitaine, les femmes rapportaient plus souvent un état anxio-dépressif que les hommes (53 % vs 36 % respectivement). Toutefois, chez les hommes comme chez les femmes, le niveau d'études était graduellement associé au risque de présenter un état anxio-dépressif : ainsi, plus le niveau d'études était faible, plus le risque de présenter un état anxio-dépressif augmentait, indépendamment de l'âge et de la zone de résidence des participants. Cependant, des différences entre hommes et femmes ont été identifiées : la relation graduelle entre le niveau d'études et l'état anxio-dépressif était particulièrement marquée chez les femmes, y compris quand d'autres facteurs étaient pris en compte, tels que des facteurs économiques (liés à la profession, aux conditions de logement), des facteurs de santé individuelle (liés aux comorbidités) et des facteurs en lien avec le contexte épidémique (fréquence des contacts sociaux durant le confinement, gravité perçue de la pandémie, période de confinement/déconfinement). À l'inverse, chez les hommes ne persistait un sur-risque de présenter un état anxio-dépressif que chez les participants sans diplôme, après prise en compte des facteurs économiques, de santé et en lien avec le contexte pandémique.

L'effet différent du niveau d'études sur la santé mentale des hommes et des femmes met en évidence un

processus lié au genre. Le niveau d'études serait ainsi une ressource qui agirait différemment selon les contextes socio-économiques initiaux : chez les personnes privilégiées dans la société comme les hommes, il contribuerait à amplifier ces avantages sociaux et économiques déjà existants, favorisant ainsi une meilleure santé mentale. Chez les personnes moins favorisées dans la société comme les femmes, le niveau d'études permettrait plutôt de compenser les désavantages initiaux ; les bénéfices ultérieurs sur la santé mentale seraient ainsi moins importants chez ces individus [5].

Développer une perspective intersectionnelle

Les différences de santé entre les hommes et les femmes pendant la pandémie de Covid-19 méritent d'être analysées au regard des facteurs socio-économiques et des conditions de vie. Ce sont des facteurs majeurs à prendre en compte pour analyser plus finement les dynamiques à l'œuvre dans les différences de sexe, qui peuvent se révéler en réalité des différences de genre. Le croisement de ces différents facteurs de l'environnement social s'inscrit dans une perspective intersectionnelle, qui considère que les rapports de domination entre catégories sociales (selon

le genre, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, etc.) ne se produisent pas isolément, mais s'imbriquent pour s'exercer conjointement dans la société. L'intersectionnalité est encore peu utilisée aujourd'hui en France comparativement à d'autres pays (Canada, États-Unis), alors même qu'elle pourrait permettre de mieux démêler les mécanismes en jeu dans les inégalités sociales de santé. Toutefois, pour pouvoir comprendre l'influence complexe et interdépendante des facteurs socio-économiques sur la transmission de la Covid-19, son incidence et ses effets sur la santé, mais aussi au-delà du contexte épidémique dans l'ensemble des travaux épidémiologiques, il est crucial de pouvoir disposer de sources de données comportant à la fois des mesures socio-économiques complètes et des mesures de santé.

Les données de l'environnement social devraient être considérées comme des variables cliniques, au même titre que l'âge ou le sexe, et devraient donc être systématiquement enregistrées dans les dossiers médicaux. ■

1. Les données du Baromètre Covid-19 de DataCovid sont accessibles en ligne : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/datacovid-barometre-covid-19/#/resources>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Warszawski J., Bajos N., Meyer L., de Lamballerie X., Seng R., Beaumont A.-L. *et al.* En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov. *Études et Résultats*, octobre 2020, n° 1167 : 6 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1167.pdf>

[2] Neufcourt L., Joannès C., Maurel M., Redmond N., Delpierre C., Kelly-Irving M. *et al.* Inégalités entre hommes et femmes face au risque d'infection par le virus SARS-CoV-2 durant le confinement du printemps 2020 en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juillet 2021, n° 11 : p. 196-205. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/11/2021_11_2.html

[3] Santé publique France. *CoviPrev : résultats détaillés des vagues 1 à 15 (23 mars-23 septembre 2020)*.

SPF, m.a.j. 15 octobre 2024. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19/coviprev-resultats-detailles-des-vagues-1-a-15-23-mars-23-septembre-2020>

[4] Joannès C., Redmond N. M., Kelly-Irving M., Klinkenberg J., Guillemot C., Sordes F. *et al.* The level of education is associated with an anxiety-depressive state among men and women – Findings from France during the first quarter of the Covid-19 pandemic. *BMC Public Health*, 2023, vol. 23, n° 1 : art. 1405. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37480026/>

[5] Ross C. E., Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? *Social Science & Medicine*, 2006, vol. 63, n° 5 : p. 1400-1413. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16644077/>

« Les épidémies de peste ont entraîné une surmortalité des plus démunis »

Entretien avec Patrice Bourdelais, historien et démographe, directeur d'études émérite à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

L'ESSENTIEL

► **L'histoire des grandes épidémies apporte un éclairage sur la question des inégalités sociales de santé. Depuis les pestes médiévales, les personnes appartenant aux catégories défavorisées ont toujours payé le plus lourd tribut, en raison de la précarité de leurs conditions de vie, mais aussi de la nécessité de chercher du travail tous les jours, quels que soient les risques pris.**

La Santé en Action : Les inégalités sociales de santé ont-elles été documentées lors des grandes épidémies du passé ?

Patrice Bourdelais : Afin de remettre en perspectives les épidémies du passé après l'expérience de la Covid, je choisis de me limiter aux épidémies explosives : peste, fièvre jaune, choléra, grippe. La peste noire (1347-1352), première épidémie bien documentée, fut aussi la plus sévère (35 % à 50 % de mortalité). Qu'il s'agisse de cette peste noire, de ses multiples retours en Europe aux XV^e et XVI^e siècles, de la grande peste de Londres en 1665, tous les témoignages soulignent que les pauvres sont les plus touchés. Ceci est en contradiction avec une autre perception, exprimée par les danses macabres et le signalement de cas de décès parmi les Grands et les notables, selon laquelle l'ampleur de la mortalité épidémique

submergerait les différences habituelles de mortalité suivant le statut social.

S. A. : Quand le rapport entre inégalités sociales et territoriales et mortalité est-il apparu ?

P. B. : Les normes de l'administration de la preuve évoluent au fil de l'histoire. À partir des XVIII^e et XIX^e siècles, les données statistiques l'emportèrent sur les témoignages qualitatifs. De façon pionnière, les registres des décès londoniens relevaient même les cas de peste et plusieurs causes de décès dès le début du XVII^e siècle, ce qui permit à John Graunt¹ de préciser l'ampleur de la mortalité des épisodes de peste. Les États royaux centraux organisèrent alors des dénombremments qui devinrent les bases nécessaires à tout calcul de mortalité différentielle socialement. Lors de l'épidémie de choléra de 1832, Louis-René Villermé² démontra la surmortalité très forte des plus pauvres pour la ville de Paris. Il était devenu le grand spécialiste des questions de mortalité différentielle suivant les inégalités sociales. À l'époque, le néo-hippocratisme³ dominait les théories médicales : les maladies et les épidémies étaient imputées à l'environnement, en particulier aux miasmes qui diffusaient des poisons. Grâce à son travail pionnier de sociologie quantitative, à l'invention d'indicateurs de niveau social, il démontra pour la première fois que la variable principale qui rend compte des écarts de mortalité est le gradient social et non l'altitude de l'habitation ou son plus ou moins grand éloignement par rapport à la Seine. Sa thèse ne fut pas immédiatement suivie par tous les

médecins, mais sa méthode s'imposa aux statisticiens et aux observateurs sociaux qui la reprirent afin d'analyser chaque nouvelle épidémie. Cependant, lors de la grippe russe de 1889-1890, le médecin et statisticien Jacques Bertillon⁴, à l'origine d'une nouvelle classification des causes de décès à la fin du XIX^e siècle, ne réussit pas à démontrer la présence d'une mortalité différentielle. Une mortalité plus élevée fut néanmoins mise en évidence dans les quartiers densément peuplés de Paris, quartiers que l'on savait occupés surtout par les plus pauvres. Le même phénomène a pu être observé lors de la pandémie de Covid-19, avec des écarts de mortalité importants entre la Seine-Saint-Denis, le plus pauvre des départements franciliens, très densément peuplé, et d'autres territoires plus favorisés. La grippe espagnole en France n'a pas suscité d'études de mortalité différentielle, les efforts étant déployés vers l'analyse des conséquences démographiques de la guerre et les plans de reconstruction des régions sinistrées par les combats. Toutefois, nombre d'enquêtes précises ont été conduites en Suède, en Norvège, en Angleterre, au Canada, aux États-Unis : elles montrent toutes un important écart de mortalité entre les personnes les plus fragiles, c'est-à-dire les plus pauvres ou celles récemment immigrées, et les personnes aisées et installées de longue date.

S. A. : La crise sanitaire de la Covid a-t-elle permis de revisiter l'analyse des épidémies passées ?

P. B. : Le travail des historiens est d'analyser les archives et les documents à partir des questions

qui émergent aujourd'hui. Avec la Covid, nous avons perçu de façon plus évidente l'importance d'avoir pu se protéger de la contagion en évitant les contacts, en travaillant de chez soi, sans prendre les transports en commun. Cette différence entre métiers exposés et métiers protégés n'avait pas été systématiquement prise en compte dans les travaux historiques. Jusqu'alors, on s'intéressait peu aux postes exposés, hormis les croque-morts pour lesquels une forte mortalité était toujours signalée lors des épidémies. Cependant, au-delà des employés des pompes funèbres, personne ne pensait aux manœuvres employés à la journée, parcourant la ville à la recherche d'un travail, ni aux employés des commerces. Lors des épidémies du passé, il s'agissait pourtant d'un critère majeur qui distinguait ceux en mesure de s'éloigner des lieux dangereux parce qu'ils pouvaient vivre de leurs économies et ceux qui devaient gagner leur vie tous les jours quelles qu'en fussent les conséquences. Le précepte « *Pars vite, loin et reviens tard* », suivi depuis l'Antiquité en cas d'épidémie, était une forme de protection réservée aux classes les plus riches, celles qui pouvaient s'arrêter de travailler. Toute épidémie génère du chômage et, en l'absence d'État providence, des difficultés de vie quotidienne pour les familles modestes. Les derniers mois des épidémies de peste étaient marqués par une part aussi élevée des décès dus à la malnutrition ou à un empoisonnement alimentaire que ceux dus à la maladie. Dans l'histoire des grandes épidémies depuis le XIV^e siècle, ce sont les catégories pauvres qui paient toujours le plus lourd tribut.

S. A. : En 2020, des enseignements ont-ils été tirés de ces expériences historiques ?

P. B. : Certains affirment que les épidémies passées sont oubliées, que les populations sont démunies dès qu'une nouvelle vague survient. Pourtant, la prise en charge collective de l'épidémie et de la maladie fait un pas en avant lors de chaque nouvelle menace. C'est indubitable tout au long du XIX^e siècle, où une succession d'initiatives municipales

et de décisions de politique publique étatique convergèrent vers une amélioration de la santé publique. Chaque nouvelle épidémie de choléra a, par exemple, conduit à multiplier les constructions d'égouts et des adductions d'eau, à veiller à la séparation des réseaux, puis à filtrer l'eau. Parmi les leçons du passé retenues lors de la pandémie de Covid, nous pouvons en retenir trois. Le souvenir des difficultés de stocker les corps morts lors de la canicule de 2003 (certes, il ne s'agit pas d'une épidémie !) n'a pas été oublié, si bien que de nombreux camions frigorifiques furent mobilisés dès le début de la Covid-19 et que l'on évita ainsi l'encombrement de cadavres. Les politiques de confinement mises alors en place sont directement héritées des dispositifs déployés depuis les XIV^e et XV^e siècles, améliorés jusqu'au XVIII^e siècle pour limiter l'extension de la peste ; ils étaient souvent encore utilisés au XIX^e siècle pour faire face à la fièvre jaune ou au choléra. Il suffit d'observer, lors de la crise Covid en 2020 et 2021, les courbes de l'évolution des cas infection après une décision de confinement pour mesurer l'ampleur de leur efficacité. Enfin, le « *quoi qu'il en coûte* » a anticipé sur les difficultés économiques des familles victimes de la suspension des activités due aux confinements et a évité les conséquences sociales habituelles du chômage de masse observé lors de toutes les grandes épidémies du passé. On pourrait aussi rappeler l'aptitude des soignants à « repousser les murs », à transférer les malades, des régions les plus touchées (Grand-Est et Île-de-France)⁵ vers des établissements moins submergés comme lors de la grippe russe, ou bien encore l'aide des personnels et équipements militaires.

S. A. : Pourquoi l'Italie est-elle le pays précurseur en matière de confinement ?

P. B. : Au XIV^e siècle, les ports des places commerçantes italiennes, Venise, Gênes ou Livourne notamment, assuraient un trafic important avec le bassin oriental de la Méditerranée. Il s'agissait du territoire le plus urbanisé d'Europe, où le risque épidémique était donc élevé. Les

Italiens, qui n'avaient aucun doute sur la contagiosité de la peste, dressèrent peu à peu plusieurs éléments de défense : une patente, certificat attestant l'absence de maladie contagieuse à bord des bateaux, que le capitaine devait faire signer par les autorités du port de départ ; la création de quarantaines dans des lieux fermés, les lazarets, afin d'y maintenir plusieurs semaines les marchandises et les personnes venant de lieux contaminés. En outre, des cordons sanitaires jouaient un double rôle : éviter que la maladie ne sorte de la ville portuaire, protéger les villes en cas de contamination des campagnes. Ce système fut utilisé aussi en France jusqu'au début du XIX^e siècle et en particulier lors de la grande peste de Marseille et de la Provence de 1720-1722. Les cordons sanitaires mobilisèrent alors jusqu'à 30 % à 40 % de l'armée française pour enrayer la progression de l'épidémie, ce qui est considérable. Le fameux mur de la peste en Provence fut construit à ce moment-là. À Aix-en-Provence, par exemple, des commissaires de quartier passaient pour distribuer des vivres dans les maisons et vérifier qu'il n'y avait pas de nouveau cas de peste. Si une maison abritait un nouveau malade, elle était fermée et ses habitants emmenés dans un lazaret. Cette organisation, très sophistiquée mais très contraignante et très militarisée, évita la diffusion de la peste à d'autres régions françaises. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

1. John Graunt réussit, le premier, à calculer des taux de mortalité et à les suivre dans le temps ; il construisit aussi la première table de mortalité.

2. Villermé, médecin, est célèbre pour avoir été l'un des grands hygiénistes de la première moitié du XIX^e siècle, fondateur de la revue *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*.

3. Étude de l'influence des lieux et du climat sur la santé.

4. Médecin et statisticien, Jacques Bertillon fut directeur du service de la statistique municipale de la ville de Paris (1883-1913) ; il fut aussi à l'origine de la classification internationale des causes de décès.

5. Voir l'étude Transcov, EHESP En ligne : <https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/politiques-sociales-et-de-sante/transcov-etude-pluridisciplinaire-transferts-de-patients-covid-19-entre-services-de-reanimation/>

« Notre système de santé peine à faire le dernier kilomètre »

Entretien avec Franck Chauvin, médecin, directeur de l'institut universitaire de Prévention et de Santé globale (Présage), université Jean-Monnet et centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne, expert associé et ancien président (2017-2022) du Haut Conseil de la santé publique.

L'ESSENTIEL

► **Pour enrayer la propagation du virus SARS-CoV-2, la gestion de crise a privilégié dans un premier temps l'éradication du risque plutôt que sa minimisation. Cette gestion a révélé la faiblesse structurelle de la santé publique en France, qui n'a pas su imposer une approche par populations, plus favorable à la prise en compte des inégalités sociales de santé. Pour les réduire, il faudrait à l'avenir davantage impliquer les collectivités locales qui disposent de plusieurs leviers jouant un rôle dans les déterminants de santé.**

La Santé en action : Que s'est-il joué lors des premières semaines de la crise sanitaire ?

Franck Chauvin : J'étais membre du conseil scientifique Covid-19 – organe consultatif nommé par l'exécutif et chargé d'éclairer la décision publique de mars 2020 à juillet 2022 –, lorsque le 16 mars 2020, nous avons proposé au gouvernement d'envisager le confinement total du pays. Les inégalités de santé ne sont alors pas apparues comme une priorité. Il s'agissait, alors avant tout de contrôler la propagation du virus SARS-CoV-2, notamment en déployant une approche appelée Zéro Covid, reposant sur l'éradication du risque sanitaire. Cet objectif, aussi inaccessible fût-il, et la suite l'a montré, a prévalu en France comme dans de nombreux pays, jusqu'en janvier 2021 et l'arrivée des premiers vaccins. Face à cette position de départ, le courant de la santé

publique et de l'approche populationnelle a peine à se faire entendre. Nous avons analysé cette opposition dans un article publié en 2021 par Laetitia Atlani-Duault dans le *Lancet*. La santé publique propose en effet d'adopter une stratégie de réduction des risques, avec des politiques ciblées en fonction de l'évaluation des risques dans différents groupes de la population. C'est d'ailleurs ce qu'ont fait spontanément les 15-25 ans dès le mois de septembre 2020. Quand ils ont compris qu'ils n'étaient pas à risque, ils ont refusé de limiter leurs interactions sociales en compensant par une large pratique des tests, notamment quand ils devaient être en contact avec des personnes plus âgées et donc à risque plus élevé. *A contrario*, le Conseil scientifique avait proposé de maintenir un confinement un peu plus long en mai 2020 pour les personnes à risque. Le principe était de les protéger en attendant la baisse attendue de la circulation virale. On permettait ainsi une reprise de l'activité scolaire, universitaire et professionnelle pour les populations à risque faible tout en protégeant celles plus vulnérables. Le tollé provoqué par cette proposition montre la difficulté à faire comprendre des mesures différenciées de réduction du risque dans notre pays. Les personnes à risque de formes graves ont été identifiées très tôt dans l'évolution de l'épidémie. Or ces facteurs de risque (obésité, diabète, etc.) sont plus présents parmi les populations défavorisées. Une politique d'universalisme proportionné, base de l'action en santé publique, aurait nécessité de prendre des mesures d'ordre général, mais aussi de porter une attention particulière aux populations défavorisées et fragiles pour les protéger de la contamination et des conséquences des mesures comme la déscolarisation

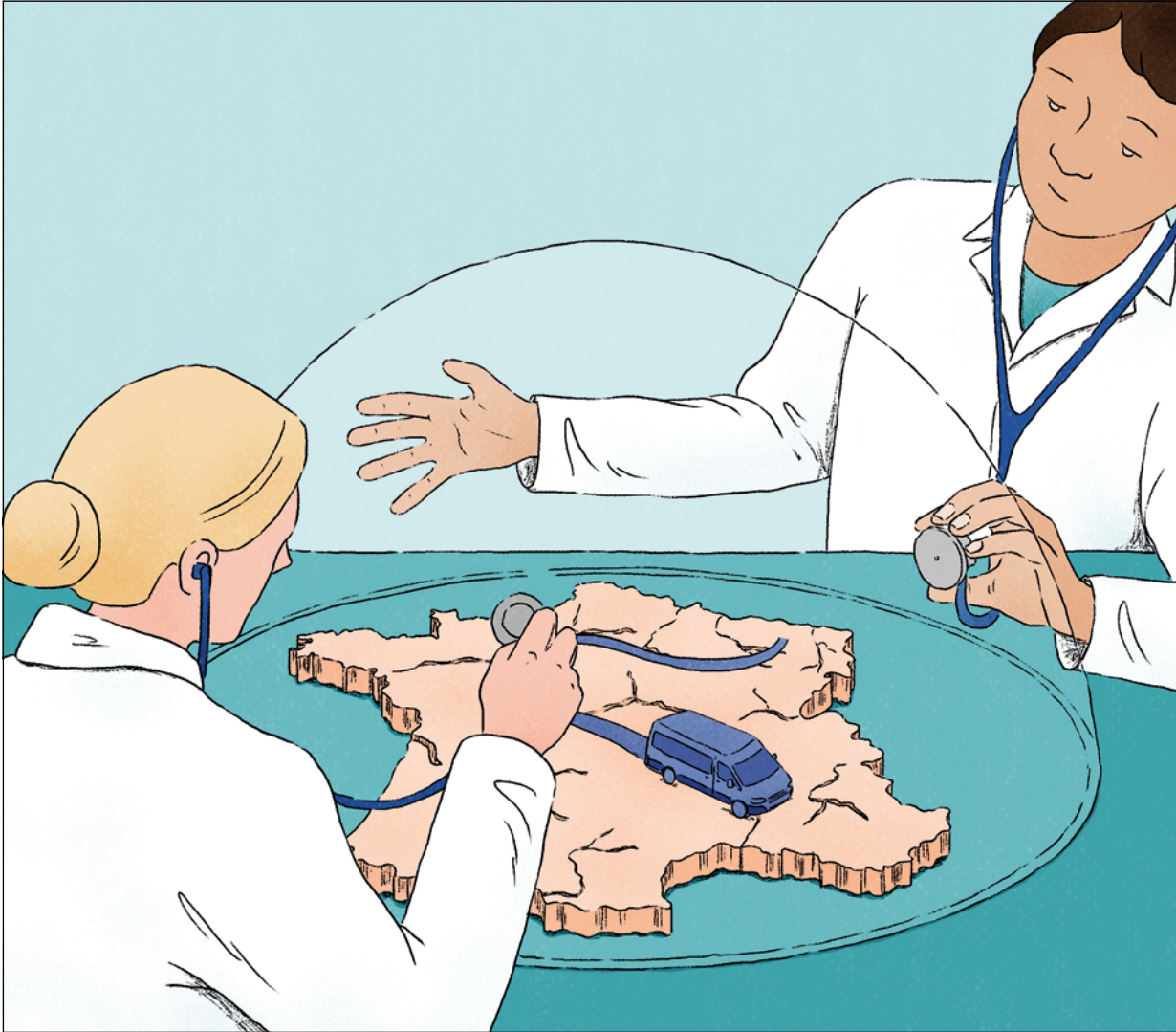
ou le confinement dans des logements inadaptés. Le Haut Conseil de la santé publique a rapidement tiré la sonnette d'alarme sur la situation des personnes vivant dans la précarité et sur le risque d'accroissement des inégalités à l'issue de la crise.

S. A. : Cette période a-t-elle révélé et accéléré les inégalités sociales et territoriales de santé ?

F. C. : Elle a surtout révélé le faible niveau de culture sur les inégalités de santé en France, et une faiblesse structurelle de la santé publique. Néanmoins, dans un second temps, des initiatives intéressantes se sont déployées sur le terrain, et notamment l'« aller-vers ». À Saint-Étienne par exemple, la municipalité a mis en place un bus qui se déplaçait dans les quartiers de la politique de la ville pour faire du dépistage et de la vaccination, un dispositif qui perdure aujourd'hui. Et d'autres initiatives de santé publique ont été prises dans de nombreuses régions (voir articles p. 32, 34 et 36). Notre système de santé est essentiellement hospitalier et curatif, et il peine à faire ce que les logisticiens appellent le « dernier kilomètre » : le dernier kilomètre géographique, le dernier kilomètre social, le dernier kilomètre culturel et, avec l'essor inégalitaire des technologies de la communication, le dernier kilomètre numérique. Cette prise de conscience est sans doute un apport positif de la pandémie, à telle enseigne qu'en 2023 le Conseil d'État a consacré un cycle de conférences sur « le dernier kilomètre des politiques publiques ».

S. A. : Des enseignements pour lutter contre les inégalités ont-ils été tirés depuis la pandémie ?

F. C. : On est retombé dans une forme non d'indifférence, mais de sentiment d'impuissance de la



décision publique face aux inégalités de santé, que l'on sait majeures en France. L'organisation d'une santé publique efficace, proche du terrain et mobilisable en période de crise devrait être une priorité. Il en est de même de la diffusion de concepts comme les déterminants de la santé, l'universalisme proportionné ou les modèles de changement de comportement. La santé publique a besoin d'être circonscrite en termes de zone géographique et de taille de population pour proposer une vision fine ouvrant la voie à des politiques ciblées, combinant approche par populations et approche par les risques. Dans ma région Auvergne-Rhône-Alpes, les enjeux de santé et de prévention ne sont pas les mêmes dans le Cantal ou en Haute-Savoie, car les populations, les modes de vie, les déplacements diffèrent. Au Royaume-Uni, *Public Health England* publie des tableaux de bord de santé,

territoire par territoire, à destination des acteurs locaux ; ces indicateurs leur permettent un pilotage plus précis de la décision publique en définissant des objectifs spécifiquement adaptés à la population concernée. Il faut persuader les collectivités locales qu'elles disposent, dans leur périmètre de compétences, de nombreux leviers qui jouent un rôle majeur dans la santé des populations. Tous ces déterminants de santé : écoles, espaces verts, logements, transports, culture, peuvent être mobilisés pour servir l'atteinte d'objectifs de santé publique partagés par la communauté. On peut, par exemple, décider d'élargir les trottoirs pour inciter les habitants à marcher au lieu de prendre leur voiture, et, dans ces rues rénovées, accompagner financièrement l'installation de magasins alimentaires bio ou solidaires. Malheureusement, en France, l'échelon politique national craint l'échelon territorial, ce qui

s'avère un frein à la mise en œuvre de politiques favorables à la santé au plus près des populations. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

Pour en savoir plus

Atlani-Duault L., Chauvin F., Yazdanpanah Y., Lina B., Beanmouzig D., Bouadma L. *et al.* France's Covid-19 response: balancing conflicting public health traditions. *The Lancet*, juillet 2020, vol. 396, n° 10246 : p. 219-221. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7365637/>

Dossier

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

Documenter les déterminants sociaux pour lutter contre les inégalités de santé

Stéphanie Vandentorren,

médecin épidémiologiste,
coordinatrice du programme Inégalités
sociales et territoriales de santé,
Santé publique France,

Cyrille Delpierre,

épidémiologiste, directeur de recherche,
Institut national de la santé
et de la recherche médicale (Inserm).

L'ESSENTIEL

▣ **L'épidémie de Covid-19 a montré que les inégalités n'étaient pas suffisamment prises en compte en France, faute de pouvoir être mesurées et analysées finement. Pour ce faire, il faudrait pouvoir disposer régulièrement de données sur les caractéristiques sociales des individus, dans les systèmes de surveillance sanitaire et les dossiers médicaux. Or ces informations sont à ce jour peu, mal ou pas collectées dans ces différences sources. Pour des raisons techniques et légales, le croisement des bases de données médicales et médico-administratives avec celles de données sociales demeure difficile à mettre en œuvre. Toutefois, des pistes commencent collectivement à s'ouvrir pour répondre à cet enjeu crucial.**

En France, l'état de santé de la population est marqué par un paradoxe : dans un contexte de bon état de santé en moyenne, les inégalités sociales de santé, importantes dès l'enfance et tout au long de la vie, sont d'ampleur plus élevée que chez nos voisins d'Europe de l'Ouest. Ces inégalités, observées pour de nombreuses pathologies, chroniques comme infectieuses, résultent d'une inégalité de facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. La lutte contre les inégalités sociales de

santé reste une priorité, inscrite dans la stratégie nationale de santé, et dans les missions des agences régionales de santé. Pour autant, la pandémie de Covid-19 est venue rappeler que les agences sanitaires françaises n'étaient pas encore suffisamment équipées pour mesurer et donc lutter contre les inégalités sociales de santé.

De fait, la crise sanitaire a rappelé le poids considérable des déterminants sociaux : les personnes les moins favorisées socialement ont eu un risque plus élevé d'être contaminées par le SARS-CoV-2, puis de développer des formes graves de la Covid-19. Les mécanismes sous-jacents dépendent d'une exposition différente au virus, une plus grande vulnérabilité aux maladies infectieuses et aux complications associées, ainsi qu'un accès plus limité aux services de santé et aux mesures de protection collective (comme les confinements, qui n'ont pas bénéficié aux personnes occupant des métiers essentiels et contraintes de travailler sur site). Une grande part de ces informations sont venues de pays autres que la France, où le suivi en temps réel de l'évolution de la pandémie en fonction des caractéristiques socio-économiques de la population générale a été défaillant, limitant la possibilité d'adapter les actions de prévention. Ceci exigeait en effet de disposer de données sur les caractéristiques sociales individuelles, dans les systèmes de surveillance et dans les dossiers médicaux, ce qui n'est toujours pas le cas dans l'Hexagone.

Les éléments permettant de mesurer la position sociale des individus dans les données de santé (sexe/genre, origine, éducation, emploi, ressources et logement) ne sont pas

toujours disponibles ; et quand c'est le cas, ils ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse, du moins sous l'angle de l'épidémiologie sociale. En effet, ils sont le plus souvent analysés comme des variables d'ajustement ou de contrôle plutôt que comme des variables susceptibles d'expliquer les résultats dans les modèles statistiques. En outre, les personnes défavorisées socialement participent moins que les autres à ces grandes enquêtes, ce qui complique leur prise en compte et observation spécifiques.

L'échantillon démographique permanent (EDP)-Santé

L'exploitation des données médico-administratives (recensant les remboursements de soins et d'actes médicaux) pourrait proposer des réponses plus rapides à certaines questions que pose un événement sanitaire comme une épidémie, et notamment son impact en termes d'inégalités sociales. Ces données permettent par ailleurs les analyses à l'échelle locale ou régionale, grâce à leur puissance statistique et à leur représentativité à un niveau géographique fin. Cependant, dans les bases de données médico-administratives, la collecte des informations sociales se limite le plus souvent, à ce jour, à l'âge, au sexe, et à une mesure de la défavorisation sociale à l'échelle de la commune de résidence des personnes, mesure insuffisante pour jauger de manière fine les inégalités sociales de santé.

Il faut toutefois souligner une avancée majeure, avec la mise en place de l'échantillon démographique permanent (EDP)-Santé, porté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la Plateforme des données

de santé (PDS). Cette nouvelle base de données est constituée d'un appariement des données de l'EDP, géré par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) avec le Système national des données de santé (SNDS), géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Le premier contient des renseignements sur la vie personnelle (situation familiale), socio-professionnelle (diplôme, situation professionnelle, éléments relatifs à l'activité salariée), ainsi que des informations d'ordre économique (revenus, situation fiscale). Le SNDS quant à lui, recense des données sur le recours aux soins et celles provenant des certificats de décès.

D'autres appariements, réalisés par la Drees, entre les bases de surveillance utilisées pour suivre la pandémie (comme le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles - SI-VIC) et les fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fidéli) de l'Insee (qui contient état civil, composition des ménages, revenus fiscaux et sociaux), font partie des outils désormais disponibles pour étudier les inégalités sociales.

Ces bases de données sont néanmoins d'un accès relativement complexe pour la communauté des chercheurs : la procédure prend environ un an, depuis les premiers préparatifs jusqu'à la manipulation des données. Par ailleurs, il est regrettable que les croisements entre données de santé et données sociales, aujourd'hui effectués par la Drees, ne puissent pas être plus facilement réalisés par les chercheurs eux-mêmes. Ces derniers pourraient mobiliser d'autres indicateurs disponibles dans les bases de l'Insee, notamment ceux concernant les conditions de vie et de travail (p. ex. la promiscuité dans les logements ou la densité de population d'un quartier) ; ceux-ci pourraient être pertinents sur le plan épidémiologique en cas de risque de contamination par une maladie infectieuse et ils pourraient faire l'objet d'une attention particulière lors de prochaines épidémies.

À ce jour, l'appariement de bases de données médico-administratives et sociales reste compliqué,

essentiellement pour des raisons techniques et légales. Sur le plan technique, les données de santé sont disponibles dans différents dispositifs (ceux de surveillance sanitaire, remontée des données hospitalières, etc.) qui ne sont pas toujours interopérables, ni facilement exploitables ; l'accessibilité des données sociales individuelles est encadré notamment par la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Sur le plan légal, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) permet le croisement de données de santé et de données sociales dans le cadre de la recherche, sous conditions du respect de la vie privée, de l'anonymisation, de la sécurité de stockage et d'analyse des données. Ceci entraîne des délais d'accès parfois très longs, ne permettant pas une réponse en temps réel. À titre illustratif, la constitution de l'EDP-Santé a nécessité plus de trois ans entre le lancement du projet et la réception des données par la Drees.

Rendre possible la surveillance santé à une échelle fine

Qu'il s'agisse des informations médico-administratives ou de grandes enquêtes nationales, il devient urgent de faciliter leur croisement avec des données variées. Un axe prometteur serait de pouvoir le faire à l'échelle individuelle, *via* le numéro de sécurité sociale, avec les bases de données de l'Insee contenant de riches informations sociales. Il faudrait également rendre plus systématique le partage des données collectées dans les grandes enquêtes institutionnelles et simplifier leur accès aux chercheurs, aux agences et aux organismes dont le rôle est d'éclairer la décision publique. L'accès, la maîtrise et le croisement de ces données nécessitent une réglementation et une compétence technique spécifiques.

Cette démarche doit s'inscrire dans une réflexion stratégique nationale, avec des textes réglementaires pour sa mise en œuvre. En effet, ces données, non disponibles directement, nécessitent encore un temps de mobilisation et d'appariement important. Le programme Inégalités sociales et territoriales de santé

(ISTS), développé par Santé publique France et renforcé depuis la crise Covid, répond en partie à cet enjeu, en proposant de structurer et de systématiser la collecte de données sociales dans toutes les grandes enquêtes de l'agence. Il ouvre la réflexion sur les dispositifs de surveillance à une échelle fine, en intégrant les données de Santé publique France avec d'autres bases de données sociales (type Insee) sur un territoire donné : c'est en voie d'exploration pour la surveillance du saturnisme et de la tuberculose.

Des groupes de travail, chacun axé sur un déterminant social (origine, logement, emploi et, prochainement, éducation) ont été créés, avec la participation de chercheurs de l'Institut national de la démographie (Ined) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Leur objectif est d'améliorer les connaissances sur les mécanismes d'action des déterminants sociaux sur l'état de santé de la population. Par exemple, la sur-occupation du logement a été identifiée comme un facteur influençant la prévalence de maladies infectieuses et notamment de la tuberculose. L'habitat indigne est lui associé à la prévalence du saturnisme. Ceci illustre l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux - ici le logement -, déterminants majeurs de santé. Cette connaissance, bénéficiant à tous, pourra être mise à disposition des acteurs territoriaux pour outiller la surveillance d'un événement de santé, mais aussi, plus généralement, pour soutenir l'élaboration des politiques de santé locales. Elle devrait jouer un rôle non négligeable dans la démocratie sanitaire qui se développe dans les territoires, alimentant la recherche et également la compréhension des associations et des citoyens vis-à-vis de ces enjeux. ■

Pour en savoir plus

Dubost C.-L., Leduc A. L'EDP-Santé, un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. *Les Dossiers de la Drees*, septembre 2020, n° 66 : 42 p.
En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/edp-sante_dd_pour_bat1-pour_mise_en_ligne.pdf

« Les personnes précaires accueillies en hébergement ont été davantage vaccinées que celles à la rue »

Entretien avec Thomas Roederer,

statisticien et épidémiologiste,
Épicentre Paris,
Médecins sans frontières (MSF).

L'ESSENTIEL

► Pendant la pandémie, les personnes en situation de grande précarité ont été surexposées au SARS-CoV-2. Après le lancement de la vaccination, une enquête menée par le centre d'épidémiologie de terrain de Médecins sans frontières (MSF), entre juin et décembre 2021, a mis en évidence des taux de vaccination inférieurs à celui de la population générale. Des barrières ont été identifiées, mais aussi des éléments favorables, conduisant l'organisation non gouvernementale à préconiser des mesures pour une meilleure prise en charge globale de la santé des populations vivant dans une grande précarité.

La Santé en action : Qu'est-ce qui a décidé Médecins sans frontières à mesurer la couverture vaccinale des populations vulnérables contre la Covid-19 ?

Thomas Roederer : Avant la pandémie de 2020, Médecins sans frontières (MSF) menait déjà des projets en France pour les personnes en grande précarité, principalement les mineurs non accompagnés (MNA), même si elle est moins active que d'autres organisations non gouvernementales (ONG) sur le territoire. Cependant, le confinement et l'arrêt des activités de certaines associations ont conduit MSF à prendre le relais afin de soigner ce public vulnérable. Aussi avons-nous été amenés à travailler avec des personnes à la rue ou hébergées dans des centres d'accueil, des hôtels gérés par le Samusocial ou des

foyers de travailleurs migrants. Lors des premières discussions autour de la stratégie vaccinale contre la Covid-19, MSF a rappelé aux autorités de penser aux personnes en situation de grande précarité. Les travaux menés lors de la première vague ont en effet montré que ce public était surexposé au SARS-CoV-2, avec une morbi-mortalité plus importante du fait de facteurs liés principalement à leurs conditions de vie, comme le manque d'accès aux soins ou la densité de population. En France, l'État était capable de gérer la vaccination de 60 millions d'individus, il devait aussi pouvoir organiser l'accès au vaccin pour 200 000 à 300 000 personnes précaires. C'est la raison pour laquelle MSF a commencé à s'intéresser, avec Santé publique France, à la couverture vaccinale de ces populations. L'objectif était de mieux comprendre les freins à la vaccination, mais aussi les facteurs de motivation.

S. A. : Quel était précisément le public concerné par votre enquête ?

T. R. : Nous nous sommes focalisés sur l'Île-de-France et sur Marseille, où vivent une majeure partie des personnes en situation de grande précarité. Cette enquête n'a pas été menée uniquement auprès des quelques milliers d'individus à la rue, mais auprès de l'ensemble des personnes considérées comme sans abri et sans domicile fixe, hébergées de façon non pérenne dans des centres d'accueil, des centres d'hébergement d'urgence ou dans des hôtels du 115. Une grande majorité d'entre elles sont des migrants : certains se retrouvent en quelque sorte

bloqués sur le sol français alors qu'ils ne souhaitent pas s'y installer ; n'envisageant pas de rester, ils ne font pas forcément toutes les démarches pour accéder à leurs droits. Nous avons aussi inclus les gens du voyage, même si ces personnes mobiles ne sont pas considérées sans abri au sens strict. Au total, nous avons interrogé près de 4 000 individus.

S. A. : Quel était l'écart de couverture vaccinale de la cible par rapport à la population générale ?

T. R. : En décembre 2021, le taux de vaccination parmi la cible de l'enquête était de 74 %, alors que celui de la population générale s'établissait un peu au-dessus de 90 %. Toutefois, ce pourcentage global ne veut pas dire grand-chose, les personnes précaires vivant des situations très diverses. Nous avons constaté que celles accueillies en hébergement ont été davantage vaccinées que les migrants à la rue ou les personnes vivant dans des campements, des squats ou d'autres habitations de fortune. Il y a quasiment une différence du simple au double, avec une couverture vaccinale inférieure à 50 % pour les personnes à la rue, contre près de 80 % pour celles hébergées dans des centres d'accueil. Le taux de vaccination le plus important était celui des résidents de foyers accueillant des travailleurs migrants, quasiment autant vaccinés que la population générale. La plupart du temps, ces derniers vivent depuis un certain nombre d'années en France, ils ont accès à des droits, à la sécurité sociale, parfois à la nationalité

française, ils ont souvent un emploi. Pendant la pandémie et le confinement, ce sont notamment eux qui ont fait « tourner » notre pays. Ainsi, les résultats de l'enquête illustrent un gradient de couverture vaccinale pouvant être considéré comme parallèle au gradient d'insertion sociale : plus les personnes ont accès au système de droit commun et/ou sont accompagnées et soutenues par les associations, plus elles s'informent auprès de personnes de confiance et plus la couverture est élevée. Ce gradient vaut aussi bien pour la première dose, les deux doses et le schéma vaccinal complet.

S. A. : Quels freins votre étude a-t-elle constatés ?

T. R. : Lors de cette crise exceptionnelle, le maximum a été fait pour donner à tous la possibilité de se faire vacciner. Il a été décidé que toutes les populations vivant sur le sol français devaient avoir inconditionnellement accès au vaccin, c'est-à-dire sans conditions de papiers, de ressources financières, de nationalité française. Dans les faits, personne ne nous a rapporté quelque difficulté que ce soit pour être pris dans un centre de vaccination. Encore fallait-il que les personnes concernées soient informées, notamment les migrants à la rue. Ces derniers n'étaient pas toujours au courant qu'ils pouvaient se présenter dans un centre pour être vaccinés. Ils ont aussi été en proie à des rumeurs, craignant d'être contrôlés et arrêtés à cette occasion. La peur d'avoir affaire à une autorité quand on est un sans-papiers, en situation illégale, est un frein majeur. Les autres barrières, qui valent pour tous, ce sont la désinformation, les fausses rumeurs, les mensonges autour des vaccins à ARN messenger, présentés par certains comme dangereux, jamais testés sur l'humain... Les personnes précaires ne sont pas davantage protégées des *fake news* que les autres. Les jeunes à la rue, en particulier, ont pu croire à des théories complotistes sur l'existence même de la Covid. Qui plus est, leur priorité était davantage de manger et de trouver où dormir que de se protéger du virus. Un autre facteur a pu jouer, et nous l'avons constaté notamment chez les gens du voyage, qui ont

pu avoir des rapports dégradés avec les institutions : les messages n'étaient pas reçus positivement, car délivrés par les autorités.

S. A. : Des points positifs ont-ils émergé ?

T. R. : Les points favorisant la vaccination sont multifactoriels, ils concernent de nombreux aspects. La perception du risque Covid a beaucoup joué, pour tout le monde. Le virus n'était pas considéré comme dangereux quand on ne connaissait aucune victime de la maladie dans son entourage. Cependant, apprendre qu'une connaissance a fini à l'hôpital, voire en soins intensifs, change tout de suite la perception du risque et l'intérêt de la vaccination. La motivation personnelle a été un moteur important. Au-delà des dispositifs d'« aller-vers » mis en œuvre, les pharmacies, les médecins traitants ont également fourni des vaccins ; les occasions de se vacciner se sont multipliées, contribuant à améliorer la couverture. De plus, force est de constater que le passe sanitaire, annoncé en juillet 2021, a rebattu les cartes. Cette mesure a constitué une forte incitation pour l'ensemble de la population, personnes précaires comprises. Certains migrants souhaitaient se déplacer en Europe, ce qui n'était plus possible sans cette attestation, laquelle était aussi demandée pour exercer certains métiers, se rendre à l'hôpital ou dans d'autres services publics, profiter des lieux culturels et de vie, etc.

S. A. : Au terme de cette enquête, vos recommandations ont-elles amélioré la lutte contre les inégalités de santé ?

T. R. : Atteindre l'ensemble des populations en situation de grande précarité nécessite une information et un accompagnement par rapport aux soins, aux droits, à l'hébergement. Cette aide passe par des relais, des intermédiaires, des tiers de confiance. Nous préconisons de multiplier les occasions de vaccination et d'information, tout en rappelant qu'il n'est pas souhaitable d'imposer une obligation. La pandémie de Covid a au moins permis de constater sur le terrain ce qu'il serait

possible de mieux faire. Pour que ces personnes soient davantage vaccinées, suivies et prises en charge sur le plan de leur santé, il faut prévoir des moyens pour les soutenir au plus tôt, leur offrir une solution d'hébergement, faciliter leur intégration. Si l'on parvenait à éradiquer la grande précarité, ces questions ne se poseraient même plus. C'est tautologique, on le martèle, on le répète aux autorités de santé. L'information sur les droits (voir article p. 40), notamment celui d'être soigné gratuitement, et l'accès à ces droits fonctionnent bien. Nombre de migrants n'imaginent pas qu'ils peuvent avoir accès à des soins gratuits en France, cela n'existe pas dans leur pays d'origine ou dans ceux qu'ils ont traversés. L'impact de nos recommandations a cependant été mitigé, la publication de notre rapport ayant coïncidé avec la sortie de la Covid de l'actualité. Nous souhaiterions remettre tout le monde autour d'une table pour discuter de l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes extrêmement précaires, et ce hors contexte de crise sanitaire. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

Pour en savoir plus

● PREVAC : Estimation de la couverture vaccinale et des facteurs associés à la vaccination contre le COVID-19 auprès des populations en situation de grande précarité. Île-de-France et Marseille, juin-décembre 2021, rapport final, mars 2022.

En ligne : https://epicentre.msf.org/sites/default/files/2022-04/Etude%20PREVAC_Rapport%20SYNTHETIQUE%20Final_4%20avril%202022_reduit_o.pdf

● À écouter

Podcast. Précarité et vaccins covid-19 : une enquête épidémiologique pour mieux comprendre, Médecins sans frontières, février 2022. En ligne : <https://www.msf.fr/actualites/podcast-precarite-et-vaccins-covid-19-une-enquete-epidemiologique-pour-mieux-comprendre>

« La pandémie nous a fait prendre conscience de l'importance des appels aux assurés »

Entretien avec Jean-Marc Robicquet, directeur de la santé, caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Seine-Saint-Denis.

L'ESSENTIEL

► En Seine-Saint-Denis, département très marqué par les ravages de la Covid-19, la caisse primaire d'assurance maladie a expérimenté diverses formes d'« aller-vers » pour combler le déficit de vaccination contre la maladie à coronavirus : prise de rendez-vous par des conseillers, moyens de transport proposés aux habitants, barnums installés au pied des tours de certains quartiers, Vacci'drive... Aujourd'hui, la caisse capitalise sur ces expériences positives pour proposer aux personnes défavorisées et éloignées du système de santé un accès au dépistage de certains cancers.

La Santé en action : Quel était le contexte social et sanitaire en Seine-Saint-Denis pendant l'épidémie de Covid-19 ?

Jean-Marc Robicquet : Les taux de décès par Covid ont été plus élevés en Seine-Saint-Denis que dans les autres départements d'Île-de-France, en raison notamment des fragilités socio-économiques des habitants. Ce département est le plus pauvre de France métropolitaine. C'est peut-être anecdotique, mais la population du 93 (1,7 million de personnes) est celle qui possède le moins de voitures individuelles : les habitants ont donc utilisé davantage les transports en commun franciliens et ont été plus exposés aux facteurs de transmission du virus. Par ailleurs, la Seine-Saint-Denis compte un fort taux de personnes immigrées, parmi lesquelles certaines ont pu rencontrer des difficultés à comprendre les consignes

et les messages en français de protection contre la Covid. Toutefois, la surmortalité de cette population a bien d'autres causes (voir article p. 15 dans ce dossier).

S. A. : Les habitants ont-ils adhéré à la vaccination ?

J.-M. R. : Nous observons toujours un décrochage important de la vaccination en Seine-Saint-Denis. S'agissant du vaccin contre la grippe, nous sommes de 10 à 15 points en dessous des départements franciliens dans lesquels les taux de vaccination sont déjà bas. Le taux de vaccination antigrippale tourne autour de 30 % à 35 % dans notre territoire alors qu'il est en moyenne de 50 % à 60 % en France¹. Nous avons retrouvé cette caractéristique avec le vaccin contre la Covid, alors même que d'importants centres de vaccination avaient été ouverts dans le département, ne serait-ce que celui du Stade de France. Mais les rendez-vous étaient principalement réservés par la population parisienne ou d'ailleurs en Île-de-France. C'était le paradoxe de notre territoire : l'offre était conséquente, mais elle ne bénéficiait pas forcément à ses résidents.

S. A. : Avez-vous pu augmenter la vaccination des résidents ?

J.-M. R. : Nous avons décidé début février 2021 que le centre d'examen de santé (CES) de l'assurance maladie du 93, situé entre Drancy et Bobigny, serait entièrement dédié à la vaccination contre la Covid pour la seule population du département. Les conseillers en prévention ont multiplié les appels aux assurés, afin de proposer des rendez-vous dans

ce centre pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de vulnérabilité, comme les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S²). Nos conseillers peuvent converser en langue turque, arabe, polonaise ou en tamoul. En parlant la langue d'origine des personnes contactées, il est plus aisé de convaincre. Nous avons aussi organisé, en partenariat avec les municipalités, les déplacements des assurés, en affrétant des bus pour qu'ils puissent se rendre au centre de santé. Cette action a été plébiscitée par les personnes âgées, sachant que les plus de 75 ans, prioritaires au lancement de la vaccination, étaient 83 835. Au total, 10 000 personnes ont été vaccinées sur huit mois au CES.

S. A. : Comment s'est incarnée cette démarche d'« aller-vers » ?

J.-M. R. : Il s'agit autant d'une démarche d'« aller-vers » que de « faire venir ». Les appels des conseillers prévention n'avaient pas pour seul objet d'inciter à la vaccination, ils réservaient aussi des créneaux spécifiques. Nous puissions les contacts dans trois filières : celle des communes (centres communaux d'action sociale et listes « canicule »), celle du conseil départemental (notamment la liste des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA), et notre propre base de données. Des appels étaient également passés le week-end, d'où l'incredulité de certains assurés qui répondaient : « La sécurité sociale ne travaille pas le dimanche, ce serait connu. » Toutefois, il faut nuancer l'efficacité de l'« aller-vers » en direction des personnes

en situation de grande précarité. Elles sont difficiles à contacter et à convaincre : il fallait en moyenne 20 appels pour concrétiser un rendez-vous vaccination. C'est ce qui nous a amenés à nous recentrer sur les bénéficiaires de la C2S. D'autres actions ont été mises en œuvre. Des barnums ont été installés en bas des tours, dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, afin de proposer le vaccin à tout venant. Autre étape, un Vacci'drive a été mis en place. L'inconvénient est que ce dispositif a parfois attiré des populations de tous horizons, par exemple des personnes qui venaient se faire vacciner avant de prendre leur avion. Nous avons cependant pu réaliser près de 60 000 vaccinations grâce à cet outil, en grande partie pour les habitants du 93. Enfin, il y a eu les Vacci'bus à destination des lycéens : des équipes mobiles entraient dans les établissements scolaires pour proposer le vaccin aux adolescents et l'administrer à ceux qui le souhaitaient. Ce dispositif a toutefois moins bien fonctionné que les opérations en bas des tours ou que le Vacci'drive. Si la population, âgée en particulier, comprend l'intérêt de se faire vacciner, ce n'est pas la même chose pour les jeunes, qui se sentent moins concernés.

S. A. : Quels moyens financiers et humains sont venus en soutien ?

J.-M. R. : Le coût financier de tels dispositifs a été important. Nous avons travaillé étroitement avec les municipalités qui ont financé les déplacements en bus de leurs habitants vers le CES. Les communes de Montreuil et d'Aubervilliers, par exemple, ont loué des cars entiers. Nous nous sommes aussi appuyés sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces groupements de professionnels de santé, financés par l'assurance maladie, nous ont entre autres permis de recruter les médecins nécessaires pour les lieux de vaccination, créés sur le terrain.

S. A. : Ces dispositifs vous ont-ils permis d'élargir votre rayon d'action ?

J.-M. R. : Nous souhaitons parallèlement renforcer la prévention, en particulier la promotion du dépistage

des cancers. Afin de faire connaître le Vacci'drive auprès de la population, les équipes ont distribué des tracts à l'entrée des grands centres commerciaux : les gens rencontrés étaient incités à se faire vacciner contre la Covid, mais c'était aussi l'occasion de faire passer d'autres messages de prévention. De plus, des conseillères en prévention sont intervenues sur le Vacci'drive afin d'évoquer avec les personnes présentes le dépistage des cancers ou la vaccination de leurs enfants. Des kits de dépistage du cancer colorectal ont été remis aux volontaires, des rendez-vous pour des mammographies ont été proposés. Après la crise sanitaire, nous avons poursuivi notre effort, en déclinant la démarche « d'aller-vers » au dépistage des cancers. La pandémie nous a fait prendre conscience de l'importance des appels aux assurés pour atteindre des personnes éloignées du système de santé. Une cellule dédiée à ces appels a été créée : par exemple, les conseillers contactent les femmes éligibles au dépistage organisé du cancer du sein (elles sont 209 618) et les sensibilisent à l'intérêt d'effectuer une mammographie.

S. A. : Progressez-vous dans le dépistage des cancers ?

J.-M. R. : Les conseillers en prévention ont adapté leurs pratiques à la lumière des enseignements tirés de la crise sanitaire. Le dispositif « 100 % mammo », créé il y a un an, en est la traduction. Grâce à la coopération avec les CPTS, nous nous sommes rapprochés des centres de radiologie afin que ceux-ci nous ouvrent leurs plannings. Les conseillers appellent les femmes et, si elles donnent leur accord après une discussion, prennent directement rendez-vous pour elles. Aujourd'hui, de 300 à 350 rendez-vous sont pris chaque semaine, près de 6 000 mammographies ont été réalisées grâce à cette action. Nous avons également posté des centres mobiles de radiologie en bas des tours des quartiers sensibles pour proposer ce dépistage. Ceci a d'abord été expérimenté fin 2021 sur la commune de Noisy-le-Sec : cela a été un succès, avec une quarantaine de mammographies en une seule journée. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus,

qui concerne 466 241 personnes éligibles, nous avons lancé l'opération « 100 % frottis ». Là aussi, les professionnels de santé nous ouvrent des créneaux disponibles, les conseillers appellent les femmes concernées et prennent les rendez-vous. Depuis sa mise en œuvre fin 2022, près de 25 000 frottis supplémentaires ont été réalisés.

S. A. : Avez-vous d'autres priorités en termes de prévention ?

J.-M. R. : Le dépistage du cancer colorectal en fait partie. Là encore, nous avons multiplié les actions d'« aller-vers », avec une mobilisation des conseillères en prévention dans les centres commerciaux, les pharmacies, ainsi que les appels auprès de la population éligible... Toutefois, les résultats ne sont pas aussi satisfaisants. Les assurés sont généralement rebutés par le prélèvement. Globalement, le dispositif d'appels visant à inciter au dépistage des cancers est bien accueilli par les habitants. Depuis, d'autres caisses ont adopté ce fonctionnement, la Caisse nationale de l'assurance-maladie (Cnam) a ouvert cinq plateformes, où opèrent des téléconseillers spécialisés dans les campagnes d'appels pour le dépistage des cancers. En Seine-Saint-Denis, nous avons fait le choix de ne pas utiliser ces plateformes nationales, lesquelles ne sont pas toujours adaptées à notre population. En effet, nous avons la capacité de passer des appels en une vingtaine de langues étrangères, et de plus, nous sommes en lien direct avec les CPTS du territoire pour réserver des rendez-vous. Nous ne pouvons qu'être fiers de notre premier bilan, même si nous considérons qu'il reste toujours beaucoup à faire en matière de prévention. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

1. Données issues de l'outil Statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie (SIAM-Cnam).
2. Couverture santé complémentaire financée par l'État, destinée aux personnes disposant de ressources modestes, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé.

« Dans cette gestion territoriale de la crise, nous avons souhaité inclure les habitants »

Entretien avec

Pierre-André Juven,

adjoint au maire à la Santé pour la ville de Grenoble, sociologue chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS).

L'ESSENTIEL

► Pour se mettre à l'écoute de ses administrés pendant la crise, la mairie de Grenoble a mis sur pied un Comité citoyen Covid, rassemblant des associations, des usagers du système de santé et des représentants des habitants. Ils ont fait part de leurs besoins, en termes d'information sur la vaccination notamment, et partagé leurs préoccupations sur le délitement du lien social, les violences domestiques, la précarité alimentaire de certains de leurs concitoyens.

La Santé en action : Comment Grenoble a-t-elle vécu la gestion nationale de la Covid-19 ?

Pierre-André Juven : Peut-être peut-on commencer par dire que cette crise n'a pas été seulement une crise sanitaire. La santé a été la porte d'entrée de la gestion de la pandémie bien sûr, mais les questions que nous avons à traiter allaient bien au-delà. Par exemple, les protocoles de prévention dans les écoles, qui nous ont beaucoup occupés, concernaient également la politique des ressources humaines et l'organisation des infrastructures. À Grenoble – et nous n'avons pas été la seule ville dans ce cas –, les alertes concernant les violences intrafamiliales et domestiques durant les confinements ont sensiblement augmenté. Cela nous a amenés à réfléchir aux moyens d'information à mettre en œuvre pour prévenir ces violences. Nous avons par ailleurs observé que des personnes s'isolaient

complètement ; ceci nous a conduits à proposer des dispositifs pour soutenir des solidarités de voisinage. En outre, la crise de la Covid a entraîné une perte de revenus pour beaucoup ; il a fallu organiser un système plus large de distribution de repas avec le centre communal d'actions sociales (CCAS) de Grenoble. Second élément important, cette pandémie a été l'occasion de déployer des interventions de santé publique sur le terrain. Par exemple, les quatre médiatrices de santé paires de la ville ont été déployées dans les quartiers populaires afin d'échanger avec les habitants sur la situation. Au moment où un laboratoire d'analyse médicale nous a sollicités pour installer un bus de dépistage sur l'espace public, j'ai accepté de donner cette autorisation seulement si ce bus s'installait dans les quartiers populaires, là où les personnes sont les plus éloignées du soin. Nous en avons alors profité pour y associer nos médiatrices qui échangeaient avec les passants, pour parler transmission du virus, aération, dépistage, vaccination. Et si l'agence régionale de santé (ARS) n'a pas forcément été motrice dans ce type d'action, elle nous a néanmoins aidés financièrement. Dans cette gestion territoriale de la crise, nous avons souhaité inclure les habitantes et les habitants, ainsi que les associations de santé, une initiative dont nous sommes assez fiers.

S. A. : Pourquoi avoir incité les citoyens à participer à lutter contre l'épidémie ?

P.-A. J. : Il y a d'abord toute une histoire de la démocratie en santé, du rôle des associations et des personnes concernées, qui ne peut être

ignorée dans un moment comme celui de la pandémie. Il y a eu ensuite des recommandations fortes de la part du Conseil scientifique, présidé par Jean-François Delfraissy. Cette organisation consultative placée auprès de l'exécutif avait clairement indiqué qu'il n'était pas possible de conduire une politique de santé publique sans les citoyens. Or en France, la gestion de la crise est restée malgré tout très « stato-centrée », notamment en raison d'une absence de culture de santé publique dans les plus hautes sphères de l'État. Sans dialogue avec les collectivités locales, cette gestion a été menée selon des règles et avec des mesures très descendantes, pertinentes ou non. On demande souvent ce que le gouvernement aurait dû faire. Je pense qu'il faut être très prudent, beaucoup de gens ont passé leur temps à faire la leçon, or dans une période comme celle-là, il faut aussi savoir faire preuve d'humilité. Ceci n'empêche pas en revanche d'analyser ce qui nous a conduits dans une situation où les ressources ont manqué. Et sur ce point, comme sociologue engagé en politique sur les questions de santé, je suis certain que le détricotage du système de santé a contribué au manque de compétences et de ressources humaines dans les territoires, et notamment dans les ARS.

S. A. : Comment avez-vous impliqué les habitants et les associations ?

P.-A. J. : À Grenoble, il y a une très forte tradition de vie démocratique et de participation citoyenne. Il n'était pas question de nous satisfaire d'une participation de façade, nous souhaitions une instance robuste répondant aux principes de la démocratie

participative. Nous avons sollicité le tissu associatif du territoire pour constituer un collège d'associations, d'usagers du système de santé, aux côtés d'un collège d'habitantes et d'habitants tirés au sort. C'est ainsi qu'a été constitué le Comité citoyen Covid, dont la première réunion a été organisée en novembre 2020. Il s'est ensuite rassemblé une fois par mois, sur une période d'un semestre. Il s'agissait d'un comité consultatif et non d'un dispositif décisionnaire, nous l'avons annoncé dès le début. Le but était que la municipalité prenne des décisions en étant à l'écoute de ses administrés. Nous avons fait le choix d'utiliser cet espace de parole pour discuter des actions sur lesquelles nous pouvions avoir la main. Débattre des décisions nationales n'aurait pas apporté grand-chose à nos yeux, en tout cas rien que l'on ne puisse changer directement. Par exemple, les habitants ont souligné le besoin d'une médiation en santé sur la question du nouveau vaccin à ARN messenger. Ils souhaitent avoir accès à une information qui ne soit ni celle des chaînes de télévision en continu, ni celle des communiqués officiels de l'Élysée et du ministère de la Santé. Pour répondre à cette demande, une émission a été réalisée, dédiée aux essais cliniques et aux vaccins. Son contenu visait à éviter les propos moralisateurs et descendants, en se gardant d'induire des doutes sur les avancées scientifiques et sur les évaluations conduites par les agences d'État. Cette émission a été faite par Télégrenoble, une chaîne locale qui l'a diffusée sur son canal et mise en ligne. La rédaction de Télégrenoble a bien sûr été totalement autonome dans sa réalisation¹. Le sujet du maintien des marchés a aussi été débattu. Il était compliqué d'avoir un avis tranché, entre le risque sanitaire et la nécessité de préserver le lien social. Le Comité citoyen a permis d'éclairer l'équilibre à trouver : nous avons décidé d'un maintien des marchés, avec un stand sur deux pour rassurer les personnes âgées et les personnes vulnérables. Les questions d'isolement et de santé mentale étaient une préoccupation importante des représentants des habitants. Les discussions ont ainsi fait évoluer l'organisation des

événements culturels de l'été 2021. Les participants ont estimé qu'il était préférable de multiplier les petits événements culturels et festifs afin de permettre aux Grenoblois de se retrouver, plutôt que d'organiser une manifestation importante, source d'angoisse pour certaines personnes.

S. A. : Comment a été abordé l'impact de la pandémie sur les personnes les plus vulnérables ?

P.-A. J. : Les personnes atteintes de pathologies chroniques, celles vivant à cinq ou plus dans des logements exigu, les travailleurs de première ligne ont été les plus exposés et les plus vulnérables à la Covid. Hors critère d'âge, les personnes en réanimation étaient plus souvent des individus en situation précaire et/ou atteints de maladies chroniques. Ce sont les inégalités sociales qui envoient les gens à l'hôpital, c'est à elles qu'il faut s'attaquer avant tout. Et c'est ce que nous faisons à Grenoble : lutter contre les inégalités sociales de santé avec notre soutien sans relâche aux centres de santé dans les quartiers populaires ; nous venons de porter leur subvention à 733 000 euros par an, soit une augmentation de 12 %. Ces centres de santé sont des maillons essentiels dans l'accès aux soins et plus largement dans la lutte pour la santé de toutes et de tous. Leur rôle pendant la pandémie a été crucial notamment concernant la vaccination.

S. A. : Le comité citoyen s'est-il penché sur les inégalités sociales de santé ?

P.-A. J. : Pas explicitement, mais en travaillant sur les violences aux personnes, les enjeux de santé mentale, la précarité alimentaire, les risques pour les personnes atteintes de multiples maladies chroniques, le Comité a de fait traité cet enjeu. Toutefois, nous n'avons pas abordé la question dans ces termes. Cela aurait supposé de disposer du même modèle que la Convention citoyenne pour le climat au niveau national par exemple, pour laquelle des personnes ont été formées pendant plusieurs mois avant qu'elles ne produisent des recommandations. L'urgence ne nous permettait pas de reproduire ce modèle. Notre comité aura duré six

mois. Nous avons alors décidé d'arrêter son activité, la situation sanitaire s'améliorant et les principaux sujets ayant été débattus. Par ailleurs, il faut bien avoir conscience que ce type d'instance consultative suppose une grande mobilisation des services de la ville, qui organisent, retranscrivent, font valider les comptes-rendus, etc. Nous ne pouvions mobiliser le service Démocratie participative uniquement sur ce dispositif.

S. A. : La politique santé de la ville va-t-elle évoluer grâce à cette expérience ?

P.-A. J. : Elle en est une des incarnations. Nous défendons une vision de la santé qui soit égalitaire, solidaire et démocratique. C'est ce que nous avons posé dans le plan municipal de Santé 2024-2028². Il est évident que si une autre crise sanitaire, climatique ou industrielle devait se produire, nous déploierions un comité similaire. Nous sommes désormais mieux armés pour proposer des dispositifs de gestion participative et de médiation. La pandémie a également permis d'installer une autre instance précieuse, une cellule territoriale avec le centre hospitalier universitaires (CHU), les cliniques privées, les laboratoires d'analyses médicales, les médecins de ville, l'ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et la ville de Grenoble. Cette cellule s'est réunie de façon hebdomadaire, et personnellement, j'ai rarement vécu des moments aussi intenses et aussi riches en termes d'échange d'informations et de préoccupation commune. Même en l'absence de crise, le dialogue entre acteurs de santé sur un territoire ne peut être que bénéfique. C'est une autre leçon de la crise sanitaire de la Covid. C'est pour cela que le CHU a conservé cette cellule qui permet aux différents acteurs concernés d'échanger sur l'état de l'offre de soin sur le territoire. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

1. https://www.telegrenoble.net/replay/evenement_18/emission-speciale-vaccination-covid-19-parlons-en_x7z4z2e.html

2. <https://www.grenoble.fr/337-plan-municipal-et-contrat-local-de-sante-de-grenoble.htm>

« Amener la population à un niveau équivalent de soins et de prévention »

Entretien avec Stanislas Rebaudet, médecin infectiologue, Hôpital Européen Marseille, chercheur en santé publique, Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale (Sesstim), Aix-Marseille Université, coordinateur médical du projet Corhesan, membre du comité technique d'évaluation du projet « 13 en santé ».

L'ESSENTIEL

► À Marseille, pendant l'épidémie de Covid, une équipe de l'Hôpital Européen, situé dans un quartier pauvre de la ville, est allée à la rencontre des habitants les plus démunis au plus près de leurs lieux de vie pour sensibiliser, dépister, recenser les personnes-contacts, aider les personnes positives à respecter l'isolement, vacciner. Cette expérience de médiation en santé se poursuit aujourd'hui avec un dispositif centré sur la promotion du dépistage des cancers et du rattrapage des vaccinations classiques.

La Santé en action : Quel est le niveau des inégalités sociales et territoriales de santé à Marseille ?

Stanislas Rebaudet : C'est une des grandes villes les plus pauvres de France, avec une coupure géographique nette délimitée par la Canebière, entre les quartiers privilégiés au sud et ceux défavorisés au nord. Il y a aussi des îlots de grande pauvreté dans le centre, par exemple dans le 3^e arrondissement. Ces zones sont marquées par la précarité, les logements insalubres, la survie grâce à des petits boulots. L'offre de soins est inégalitaire : dans le sud, on compte huit hôpitaux pour 400 000 habitants,

et seulement trois dans le nord pour 600 000 personnes : le centre hospitalier universitaire (CHU) Nord, l'Hôpital d'instruction des Armées Laveran et l'Hôpital Européen. Cette situation a des conséquences majeures sur la santé de ceux qui vivent dans ces quartiers paupérisés. On y meurt plus jeune : un décès sur cinq intervient prématurément avant 65 ans. Les quartiers nord comptabilisent le plus fort taux de diabète de France, les couvertures vaccinales y sont les plus faibles du pays. On constate un manque de suivis gynécologique et dentaire, des maladies chroniques et des addictions importantes. Un assuré sur cinq est pris en charge pour une affection longue durée.

S. A. : À quels besoins répondait le dispositif Corhesan déployé après le début de la crise Covid ?

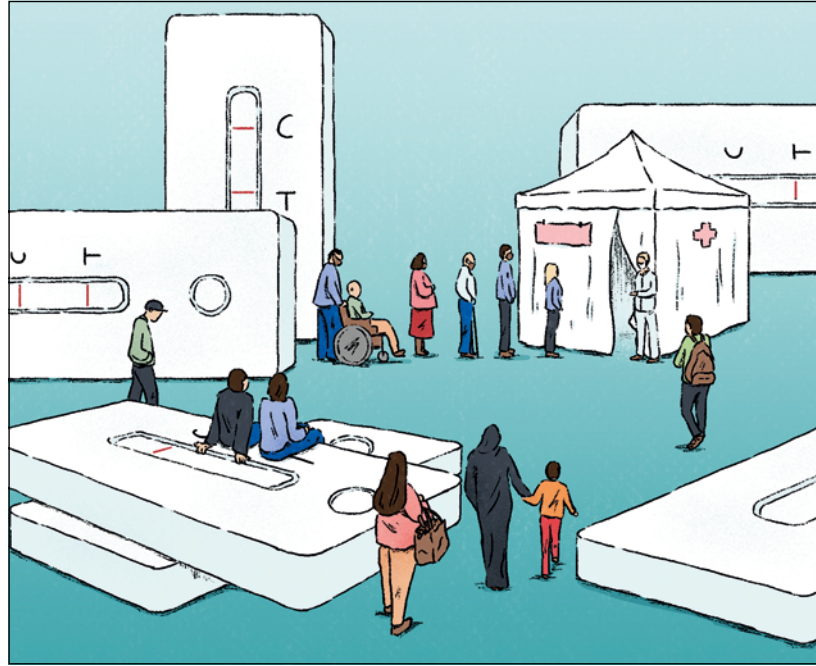
S. R. : À part les confinements visant à limiter la transmission du virus, rien n'était encore mis en place pour accompagner les populations vulnérables dans la mise en œuvre des mesures d'isolement quand un test se révélait positif. Or, dans les quartiers défavorisés se posait plus qu'ailleurs certaines difficultés d'application à cause de la barrière de la langue, du niveau des compétences en santé, de la taille des logements, etc. Le projet Corhesan s'est inspiré d'une expérience de lutte contre le choléra, menée en Haïti à partir de 2013 et impliquant des équipes mobiles de réponse rapide qui se déplaçaient dans les foyers contaminés et leur voisinage. Ce modèle d'intervention pouvait être adapté aux spécificités de l'épidémie de Covid, et dès

mars 2020, j'avais participé à l'écriture du projet Covisan¹ lancé par l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. L'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) a financé le déploiement de Corhesan à l'automne 2020, porté par deux structures : l'Hôpital Européen de Marseille et l'association Prospective et Coopération². L'objectif initial était d'accompagner les familles vulnérables pour organiser l'isolement de la personne testée positive à la maison et de faire du dépistage ainsi que du *contact-tracing*³ afin de briser les chaînes de transmission ; en outre, l'isolement d'un adulte signifiant souvent une perte de ressources financières, nous avons travaillé avec des associations de quartier pour porter à domicile des repas, des courses ou d'autres produits de première nécessité pour les familles les plus précaires. Pour cette démarche d'« aller-vers », l'équipe d'intervention se composait de médiateurs en santé (6,5 équivalents temps plein en moyenne) et d'un pool d'une dizaine d'infirmiers libéraux volontaires, payés à la vacation. Elle était orchestrée par une coordinatrice issue d'organisations non gouvernementales (ONG) humanitaires, un type de profil parfaitement adapté pour organiser les activités de terrain, les demandes de financements, les bilans d'activités, les réunions avec les institutions, etc. La médiation en santé n'est pas inscrite au référentiel des métiers et il n'y a que deux formations diplômantes aujourd'hui (universités Paris-Nord et Guyane) ; nous avons donc recruté nos médiateurs parmi des jeunes sur leur qualité de

communication, leur capacité à parler certaines langues, leur personnalité empathique, et nous les avons formés.

S. A. : Comment a évolué le projet au cours de l'épidémie ?

S. R. : La stratégie « Tester, alerter, protéger » du gouvernement a été renforcée en janvier 2021 par la création de Médiateurs de lutte anti-Covid-19 (Medilac). Nous avons en quelque sorte préfiguré les missions de ce dispositif : dépistage, *contact-tracing*, aide à l'isolement des personnes positives, etc. Corhesan est donc devenu un des deux opérateurs Medilac à Marseille, l'autre étant l'association Santé environnement pour tous (SEPT), qui accomplissait de son côté ce travail dans les quartiers nord. Nous avons enrichi nos activités, avec du dépistage de masse sur la voie publique, du dépistage dans des foyers de contagion à la demande de l'ARS, des actions pédagogiques de sensibilisation et des distributions d'auto-tests. Début 2021, l'Assurance maladie a proposé la visite (remboursée) d'un infirmier libéral pour conseiller une personne testée positive dans les mesures d'isolement ; lorsque cette visite ne pouvait être assurée, faute de professionnels disponibles, notre équipe prenait le relais. Au printemps 2021, nous avons également commencé à vacciner hors les murs, en utilisant une partie des doses du centre de vaccination de l'Hôpital Européen. Un binôme médiateur-infirmier se rendait dans les centres d'hébergement ou



au domicile de personnes âgées ne pouvant se déplacer, faisait le bilan médical – que je validais fiche par fiche – avant de vacciner. Nous avons également organisé des vaccinations éphémères, avec l'autorisation de la municipalité.

S. A. : Quel est le bilan de Corhesan, qui a pris fin en juin 2022 ?

S. R. : Nous avons réalisé plus de 1 000 vaccinations chez les partenaires (centres d'hébergement, résidences Adoma, etc.), 600 au domicile, 400 dans la rue, et 4 000 sous la tente installée devant l'accueil de l'hôpital, où les gens pouvaient se rendre sans

rendez-vous. Près de 10 000 auto-tests ont été distribués. Dès 2021, en collaboration avec la cellule régionale de Santé publique France et le département des études de l'ARS, une cartographie des « points chauds » (*hotspots*) Covid dans la région PACA a été élaborée à partir des données de la base Système d'information de dépistage populationnel (SI-DEP⁴) agrégées à l'échelle des îlots regroupés pour l'information statistique (Iris) ; elle permettait d'identifier les quartiers où l'incidence était la plus élevée ou bien augmentait rapidement. Ces informations mises à jour chaque semaine nous permettaient de mieux cibler les interventions. C'est ce que montre le bilan statistique de Corhesan : une présence plus intense de l'équipe dans les « points chauds » repérés, un travail plus poussé dans les quartiers sous-dépistés, défavorisés socio-économiquement, avec un déficit important d'accès aux soins.

S. A. : Comment est né le projet « 13 en santé » ?

S. R. : Une dynamique existait, l'expérience d'un modèle d'intervention en santé publique [1] appuyé sur des données permettant de guider les actions. Nous nous sommes donc collectivement saisis de l'opportunité de prolonger cette stratégie au service d'autres enjeux de santé, où les inégalités sont frappantes. Au

CAS CONCRET

M. M. est âgé de 56 ans. En situation de handicap, il vit avec sa mère dans un immeuble vétuste du centre-ville de Marseille. Un médiateur en santé de l'équipe Corhesan l'a rencontré pour la première fois en septembre 2023, lors d'un porte-à-porte. Cet homme n'a encore jamais bénéficié du dépistage organisé du cancer colorectal. L'entretien motivationnel a permis de comprendre ses craintes et de lui faire surmonter ses hésitations. La procédure du test lui a été exposée en détail, avec l'aide d'une ambassadrice de santé de l'équipe (une habitante du quartier, bénévole formée), qui s'est notamment servi d'une vidéo pédagogique tournée en arabe, langue dans laquelle M. M. se sent plus à l'aise, et qui l'a aidé à remplir le formulaire nécessaire. Quelques jours plus tard, l'équipe a rappelé le quinquagénaire, qui a confirmé avoir fait son kit. Lorsqu'il a reçu ses résultats (positifs), il s'est tourné vers le médiateur afin qu'on l'aide à prendre rendez-vous pour une coloscopie. Celle-ci a révélé la présence de plusieurs polypes, retirés et analysés (pas de cellule cancéreuse détectée). M. M. bénéficie dorénavant d'un suivi régulier avec un gastro-entérologue, en lien avec son médecin traitant qui a été tenu informé à chaque étape.

CAS CONCRET

Mme T., 71 ans, vit seule dans un petit logement social suite au décès de sa dernière fille et au suicide de son mari. Elle est confrontée à de nombreux soucis de santé (fibromyalgie, cancer du col de l'utérus ayant entraîné son ablation, dépression, etc.). Depuis le printemps 2024, elle n'a plus de médecin traitant, celle-ci ayant déménagé dans une autre région. Abattue, repliée sur elle-même, Mme T. ne se rend plus chez son psychologue. Des ambassadeurs de santé l'ont rencontrée lors d'un porte-à-porte, fin août, et ils lui ont aussitôt proposé la visite à domicile d'un médiateur en santé pour faire un point complet. Ce deuxième rendez-vous a permis à Mme T. de retrouver un médecin traitant dans le quartier, de bénéficier d'une aide-ménagère grâce à l'intervention d'une assistante sociale, d'obtenir une consultation avec un rhumatologue pour sa fibromyalgie, et de reprendre son suivi psychologique. Puis, l'équipe lui a proposé de faire un test de dépistage du cancer colorectal, de programmer une mammographie et de l'orienter vers un dispositif d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les visites à domicile l'ont remise dans un parcours de soin et de prévention auquel elle avait renoncé.

printemps 2022, l'ARS PACA nous a ainsi proposé de développer un projet de médiation en santé sur le dépistage des cancers et le rattrapage des vaccinations, essentiellement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les fameux QPV. Celui-ci est porté par l'équipe Corhesan dans trois arrondissements du centre, et par l'association SEPT dans quatre du nord de Marseille. Il comporte un volet évaluation, visant à produire des données probantes avant d'envisager un déploiement sur d'autres territoires ou un élargissement à d'autres thématiques de santé. L'organisation de l'équipe a toutefois été revue. En effet, si l'on veut inventer un outil de promotion de la vaccination et du dépistage des cancers qui puisse être répliqué à plus grande échelle, il faut le faire à coût maîtrisé. Nous fonctionnons désormais avec trois médiateurs – chacun étant autonome sur son arrondissement –, une infirmière et une coordinatrice ; les actions d'« aller-vers » se font avec une dizaine de bénévoles issus des quartiers, l'expérience Covid nous ayant permis de nouer des liens avec de nombreux partenaires notamment associatifs.

S. A. : Quelles démarches d'« aller-vers » et de « ramener-vers » mettez-vous en pratique ?

S. R. : Pour atteindre les gens sur leurs lieux de vie, il y a plusieurs stratégies. Nous pratiquons beaucoup le porte-à-porte et pour ce faire, nous sommes en contact avec les

baillleurs sociaux afin qu'ils informent les habitants de notre passage et nous fournissent des badges d'accès aux immeubles. Les équipes sont en général bien reçues, nous ne comptabilisons que 5 % environ de refus d'interaction. Elles ouvrent le dialogue de façon simple : « *Nous venons parler santé. Avez-vous un médecin traitant ? Vos droits sont-ils ouverts ? Connaissez-vous des soucis de santé ?* » Et en fonction de la tranche d'âge, les médiateurs abordent ensuite la question des dépistages et des vaccinations auxquels les familles sont éligibles. Nous testons aussi d'autres méthodes : nous tenons des stands de rue devant les pharmacies ou sur les marchés ; nous organisons de petits « villages santé » dans les quartiers avec des associations spécialisées (p. ex. en santé sexuelle) ou avec des institutions (p. ex. le centre de vaccination municipal). Le « ramener-vers », c'est identifier les besoins des individus pour concrétiser les actions de prévention auxquelles ils sont éligibles. S'ils montrent une hésitation ou une réticence à effectuer une démarche de santé, un dialogue s'engage pour les inciter au changement. Il y a un énorme travail d'explication : comment se passe une mammographie, où se procurer un kit de dépistage colorectal, quel professionnel aller voir pour réaliser un frottis, etc. Si les personnes sont trop perdues, les médiateurs proposent de les accompagner à leur rendez-vous. L'idée est d'appliquer l'universalisme proportionné⁵ ; nous nous adaptons

au degré d'autonomie de chacun, dans un objectif d'« encapacitation⁶ » (*empowerment*). C'est ce qui permettra d'amener la population à un niveau équivalent de soins et de prévention.

S. A. : L'équipe reçoit-elle une formation particulière ?

S. R. : Tous ont été initiés à la technique de l'entretien motivationnel⁷, un outil extraordinaire pour notamment aborder la réticence à la vaccination, et ils bénéficient régulièrement d'un coaching dispensé en collaboration avec l'université de Sherbrooke (Canada). Des modules « animation en santé » ont complété une formation de fond médicale, assurée par des spécialistes des différentes maladies à prévention vaccinale et des cancers. D'autres thématiques sont traitées comme l'éducation thérapeutique du patient, les addictions, le repérage des situations de détresse psychologique ou de violence afin que les médiateurs puissent alerter et orienter les personnes vers les dispositifs *ad hoc*.

PREMIÈRE ÉTAPE FRANCHIE POUR L'ÉVALUATION

L'étude transversale en population générale, un des trois volets de l'évaluation pour le projet « 13 en santé », livre ses premières données. L'enquête « Connaissances, attitudes et pratiques », réalisée auprès de 2 647 habitants des quartiers défavorisés de Marseille, montre que le niveau de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal est inférieur au reste de la France. L'absence de symptômes est citée comme principal frein. Concernant la vaccination, 20 % des interrogés des quartiers Nord font montre d'une hésitation vaccinale élevée. La seconde partie de l'étude montrera comment cette photographie évolue, après 18 mois d'intervention des équipes de « 13 en santé ». En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/enquetes-etudes/2024/resultats-de-l-enquete-transversale-initiale-du-projet-13-en-sante-de-mediation-en-sante-aupres-des-populations-vulnerables-de-marseille.-conna>.



Malgré tout, une partie de la population concernée reste en dehors de nos radars. Pour certains, la prévention et le dépistage sont trop loin de leurs préoccupations immédiates. Il faut veiller à ce que les médiateurs en santé ne se transforment pas en assistants sociaux, même s'ils peuvent orienter les personnes rencontrées vers les dispositifs de droit commun dont ils ont besoin en urgence. Au-delà de l'objectif principal qui est d'améliorer le dépistage des cancers et la vaccination, nous participons aussi à rétablir du lien entre les habitants précaires de Marseille et le système de santé, entre eux et les institutions. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

S. A. : Quel est le bilan de 13 en santé après deux ans d'action ?

S. R. : La population concernée sur le territoire d'intervention de Corhesan dépasse les 100 000 individus, dont plus de 87 000 adultes, mais nous investissons les quartiers les uns après les autres afin de ne pas trop diluer nos efforts et de pouvoir comparer ensuite l'évolution des dépistages et des vaccinations avec celle des quartiers où nous n'intervenons pas encore. Après 21 mois de terrain, entre octobre 2022 et juin 2024, nous avons rencontré 12 268 personnes. Parmi elles, 4 500 ont été sensibilisées au dépistage du cancer colorectal ; près de 700 kits ont été distribués, parmi lesquels 15 résultats étaient positifs. Si 4 200 femmes ont été informées de l'importance du dépistage du cancer du sein, 4 900 l'ont été sur celui du col de l'utérus ; 175 rendez-vous ont été pris pour une mammographie, 352 pour un frottis ; une trentaine de cas suspects ont bénéficié d'exams supplémentaires. Nous avons approché 6 300 personnes pour parler du suivi vaccinal ; 482 vaccins ont été administrés, principalement DTCP (diphthérie, tétanos, polio, coqueluche), grippe et Covid. Ce projet fait l'objet d'une évaluation scientifique multi-modale, dont les résultats permettront de dire l'efficacité de l'action mais aussi ce qui fonctionne dans le processus.

S. A. : Quelles sont les forces et faiblesses de ce dispositif ?

S. R. : À force de labourer le terrain, nous parvenons à atteindre une proportion significative des habitants des quartiers défavorisés. Cela tient à notre capacité d'innovation dans les interventions. Les médiateurs sont autonomes sur leur territoire, ils consolident les liens avec les acteurs médico-sociaux de leur arrondissement. Ils peuvent décider de passer dans les résidences Adoma le soir, afin de rencontrer les résidents qui travaillent en horaires décalés. Une expérimentation est réalisée avec la Caisse primaire d'assurance maladie, qui invite les personnes non à jour de leurs dépistages à se rendre dans un de ses centres, où elles sont accueillies par un membre de l'équipe avec qui elles ont la possibilité d'échanger. Nous commençons à nouer des liens prometteurs au sein des collèges de notre secteur, avec les infirmières et les médecins scolaires pour promouvoir la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV), en informant les parents et les adolescents lors d'ateliers interactifs avec des témoignages vidéo de patientes. Cette souplesse dans la prise d'initiatives permet de reconnaître les actions inefficaces – comme un stand de rue qui n'attire pas foule, parce qu'il n'est pas situé au bon endroit – et de s'adapter rapidement.

1. Dépistage de la Covid-19 large, ciblé et accompagnement à l'isolement (NDLR).

2. Cette association vise à promouvoir des pratiques innovantes en créant des passerelles entre chercheurs et structures, dans le domaine de la coopération et du développement.

3. Dispositif de recensement des personnes-contacts, qui vise à éviter l'apparition de chaînes de contamination locales (NDLR).

4. Cette base recense les résultats des tests Covid-19.

5. Actions universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. D'après Sir Marmot (NDLR).

6. Mobilisation de ses ressources propres pour mener une action.

7. Conversation collaborative, développée par deux chercheurs psychologues dans les années 1990, qui renforce l'engagement d'une personne à changer de comportement.

Un exemple d'utilisation de l'entretien motivationnel est décrit dans cet article : Cogordan Chloé, Ramalli Lauriane. L'entretien motivationnel, un outil efficace pour améliorer la confiance des parents en la vaccination infantile. *La Santé en action*, 2024, n° 466, p. 42-44. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/article/l-entretien-motivationnel-un-outil-efficace-pour-ameliorer-la-confiance-des-parents-en-la-vaccination-infantile>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Fruleux A., Gaudart J., Franke F., Nauleau S., Dutrey-Kaiser A., Legendre E. *et al.* Reviving health mediation during the COVID-19 crisis and beyond: an implementation study in deprived neighbourhoods of Marseille, France. *Frontiers in Public Health*, 3 juillet 2024 : 12:1313575. En ligne : <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1313575>

Un besoin de communication adapté aux publics en situation de précarité

Jalpa Shah,

chargée d'études, coordination du programme Inégalités sociales et territoriales de la santé,

Cécile Allaire,

chargée d'expertise sur la littératie et l'accessibilité, Santé publique France.

L'ESSENTIEL

► **La vaccination anti-Covid des personnes sans domicile fixe a été un des enjeux importants de la crise sanitaire. Des universitaires et des professionnels de terrain, réunis à l'initiative de Santé publique France, ont coopéré pour produire une lettre d'information électronique mensuelle. Cet outil, avec des contenus concis et vérifiés scientifiquement – qui ont par la suite évolué vers d'autres thématiques de prévention –, s'est avéré un outil précieux pour ceux qui accompagnent les populations en situation de précarité.**

Les personnes en situation de précarité¹ ont été rapidement identifiées comme particulièrement vulnérables face à la Covid-19, en raison de différents obstacles : absence de domiciliation fixe, qui complique l'accès aux droits sociaux et aux droits sanitaires ; couverture médicale souvent insuffisante ; manque de priorité accordée à la prévention en raison d'autres besoins vitaux plus urgents [1-9]. En mai 2021, à l'initiative du programme Inégalités sociales et territoriales de santé, piloté par Santé publique France, plus de 120 chercheurs, acteurs et décideurs ont partagé leurs connaissances et leurs pratiques pour favoriser l'accès à la vaccination des plus précaires contre la Covid-19. Ce travail de mobilisation des connaissances

(MobCo) a permis de définir collectivement des pistes d'action en pleine pandémie, parmi lesquelles la nécessité d'avoir un dispositif de communication adapté aux besoins des professionnels au contact de personnes vivant dans la précarité. La lettre d'information électronique *MobCo* s'est inspirée d'initiatives menées à l'étranger. À Dublin, les interactions entre travailleurs sociaux et personnes en centres d'hébergement se sont révélées déterminantes pour l'adhésion à la vaccination anti-Covid-19 ; un outil « foire aux questions » a donc été développé à destination des premiers.

Un mix d'expérience et de connaissances scientifiques

En France, un format « questions-réponses » a été choisi pour la lettre afin de diffuser des informations aux professionnels travaillant auprès des personnes en situation de précarité. Son but était de faciliter les échanges sur la vaccination en fournissant des éléments clairs et adaptés aux demandes des acteurs, intégrant les connaissances du terrain et celles issues de la recherche dans un contexte évolutif. Elle a été le fruit d'une co-construction entre 38 acteurs chercheurs et décideurs de métropole et d'outre-mer², qui ont collaboré par mail et par visioconférence pour élaborer des réponses fondées sur leurs expériences et sur des revues de littérature et les études récentes effectuées en France. Chaque lettre apportait des réponses concises, des ressources, et rappelait les droits afin

d'aider les acteurs de terrain dans leur travail au quotidien. Par exemple : « *Comment faciliter le maintien de la scolarisation des enfants ?* » ; « *Quelles actions mener pour les personnes réticentes au vaccin ?* » ; « *Rattrapage vaccinal chez les migrants : Que faire en pratique ?* » ; « *La vaccination pour les mineurs non accompagnés de moins de 16 ans* ».

Priorité à l'accessibilité

De septembre 2021 à juin 2023, 16 lettres ont été diffusées sur les mesures liées à l'épidémie de Covid-19, mais aussi la vaccination en général ou l'épidémie de MPox³. À la demande du groupe, le contenu s'est étoffé pour partager les bonnes pratiques et les expériences : entretien motivationnel pour faciliter la vaccination, rattrapage vaccinal pour les migrants, vaccination de proximité pour les Gens du voyage, campagne de vaccination en milieu scolaire à Mayotte, et réduction des inégalités de santé lors de la campagne de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) en milieu scolaire. Le format a également évolué pour accroître l'accessibilité, l'attractivité et la pertinence pour les utilisateurs, incluant des interviews vidéo avec des acteurs de terrain et des supports visuels adaptés aux personnes éloignées des dispositifs de santé : une dizaine d'affiches et de dépliants de promotion de la santé ont ainsi été produits.

Un an après son lancement, la lettre comptait plus de 4 100 abonnés, avec une croissance moyenne d'environ 200 nouveaux abonnés par mois. Une étude qualitative réalisée

auprès du groupe a permis d'éclaircir ses modes d'utilisation. Les participants la partageaient au sein de leurs réseaux territoriaux et associatifs, principalement *via* WhatsApp ou par e-mail. Ils s'en servaient lors des échanges avec leurs partenaires et pour sensibiliser d'autres professionnels de terrain. Certains imprimaient des exemplaires pour les afficher sur leurs lieux de travail ou les distribuer aux personnes sans logement. Les acteurs ont trouvé dans cet outil une source fiable d'information en réponse à des besoins urgents, notamment face au manque de ressources concises et adaptées aux populations accompagnées. Ils ont exprimé leur souhait de pouvoir continuer à utiliser ces supports pour de futures épidémies ou campagnes de vaccination.

Des formats numériques faciles à partager

L'expérience de la pandémie a mis en lumière la nécessité d'une communication claire et adaptée aux réalités de terrain des professionnels travaillant auprès des populations en situation de précarité. Il fallait répondre à leur difficulté à faire face au flux massif d'informations, au manque de temps disponible pour les intégrer,

et au besoin de répondre aux fausses informations. Le groupe de travail a choisi un format numérique simple, concis, avec des liens hypertextes pour en savoir plus si nécessaire. Souvent en déplacement auprès de publics en situation de précarité, les professionnels de terrain manquaient de temps pour consulter leurs courriels, nécessitant un format à la fois partageable sur les réseaux sociaux et facilement imprimable. Par ailleurs, au vu de cette expérience, les membres du groupe de travail ont souligné l'intérêt de disposer d'informations réactives sur des problématiques le plus souvent retrouvées chez les personnes en situation de précarité. Un dispositif de communication co-construit, réunissant sur le long terme acteurs, décideurs et chercheurs pluridisciplinaires de métropole et d'outre-mer, permettrait d'accompagner les acteurs de terrain pour une communication plus adaptée aux besoins des publics en situation de précarité. ■

1. Les personnes sans abri, les migrants, les gens du voyage et les travailleuses et les travailleurs du sexe.

2. Médecins du Monde, centre hospitalier de Cayenne, Corhesan, Santé et environnement pour tous, Accès aux soins et à la continuité des soins pour les

personnes sans abri (Assab), Migrations santé France, centre municipal de santé Saint-Denis, centre de santé Pierre-Rouquès de Villejuif, Relais accueil Gens du voyage (RAGV), Solidaires pour l'habitat (Soliha) Territoire en Normandie, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) centre municipal de santé Nanterre, Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (Arcat), Groupe SOS et Solidarités, Mezi Maore, agence régionale de santé Mayotte, agence régionale de santé Île-de-France, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Solidarité Pyrénées, Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat).

3. Cette variole simienne est une infection virale accompagnée d'une éruption cutanée qui peut être douloureuse (NDLR).

Pour en savoir plus

- Newsletters et vidéos MobCo pour les professionnels en contact avec les personnes en situation de précarité. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous/outils-pour-les-professionnels>
- Lutte contre la Covid-19 auprès de populations en grande précarité en France : partage des connaissances sur les stratégies de dépistage. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/lutte-contre-la-covid-19-aupres-de-populations-en-grande-precarite-en-france-partage-des-connaissances-sur-les-strategies-de-depistage>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Roederer T., Mollo B., Vincent C., Leduc G., Sayyad-Hilario J., Mosnier M. *et al.* Estimating COVID-19 vaccine uptake and its drivers among migrants, homeless and precariously housed people in France. *Communications Medicine*, 2023, vol. 3. <https://www.nature.com/articles/s43856-023-00257-1>
- [2] Beaumont A., Durand C., Ledrans M., Schwoebel V., Noel H., Le Strat Y. *et al.* Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies after the first wave of the COVID-19 pandemic in a vulnerable population in France: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2021, vol. 11, n° 11. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34815286/>
- [3] Allaria C., Loubière S., Mosnier É., Monfardini É., Auquier P., Tinland A. "Locked down outside": Perception of hazard and health resources in COVID-19 epidemic context among homeless people. *SSM Population Health*, 2021, vol. 15. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235282732100104X>
- [4] Husain M., Rachline A., Cousien A., Rolland S., Rouzaud C., Ferre V.-M. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the homeless: results from a retrospective closed cohort in France (March-May 2020). *Clinical Microbiology and Infection*, 2021, vol. 27, n° 10. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34111590/>
- [5] Roederer T., Mollo B., Vincent C., Nikolay B., Llosa A. E., Nesbitt R. *et al.* Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: A cross-sectional study. *Lancet Public Health*, 2021, vol. 6, n° 4. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33556328/>
- [6] Hayward S. E., Deal A., Cheng C., Crawshaw A., Orcutt M., Vandrevala T. F. *et al.* Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review. *Journal of Migration and Health*, 2021, vol. 3. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8061095/>
- [7] Longchamps C., Ducarroz S., Crouzet L., Vignier N., Pourtau L., Allaire C. *et al.* COVID-19 vaccine hesitancy among persons living in homeless shelters in France. *Vaccine*, 2021, vol. 39, n° 25. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011464/>
- [8] European Centre for Disease Prevention and Control. *Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA*. [Rapport] ECDC, 3 juin 2021. En ligne : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake>
- [9] Haidar S., Roederer T., Allaire C., Mollo B., Vincent C., Bonmarin I. *et al.* A conceptual framework to model social determinants of COVID-19 vaccination uptake among underserved homeless populations. *Vaccine : X*, 2024, vol. 18. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136224000457>

Les effets du confinement sur le développement des enfants encore difficiles à cerner

Dalila Rezzoug,

pédopsychiatre,
université Paris 13 Sorbonne-Paris-Nord,
service de Psychopathologie de l'enfant
et de l'adolescent et Psychiatrie générale,
hôpital Avicenne (Bobigny),
centre de recherche en épidémiologie
et santé des populations (CESP),
université Paris-Saclay,

Carla De Stefano,

psychologue clinicienne, psychothérapeute,
Assistance publique –
Hôpitaux de Paris (AP-HP),
Urgences – Samu 93,
université Paris 13 Sorbonne-Paris-Nord.

L'ESSENTIEL

▣ **Des études tendent à montrer que le contexte de la pandémie n'a pas entravé le développement neurologique des enfants. Toutefois, certains travaux montrent des difficultés de communication chez les nourrissons nés pendant cette période. De même, les angoisses parentales ont davantage pesé sur la qualité des interactions parents-enfants dans les familles modestes, confrontées à un quotidien plus difficile.**

La pandémie de Covid-19 nous a confrontés à l'expérience inédite d'être face à une maladie contagieuse touchant tous les âges de la vie. Le confinement instauré pour limiter la propagation du virus SARS-CoV-2 a eu pour corollaire l'arrêt de l'école et des modes de garde habituels. Il a également entraîné un recours massif au télétravail et à l'enseignement à distance. De nombreuses études ont décrit les effets de la pandémie sur la santé mentale des différentes catégories de la population en capacité de témoigner de leur vécu. Parmi ces travaux, plusieurs ont mis en évidence une dégradation de

la santé psychique des enfants et des adolescents avec des symptômes dépressifs et anxieux fréquemment rapportés, de même que de l'irritabilité et de la colère (*voir les articles dans ce dossier page 10 et page 46*). Or, qu'en a-t-il été pour les plus petits ? Cette période a-t-elle affecté leur développement et si oui, de quelle façon ?

Exposition à un stress toxique

Pour les bébés nés pendant la pandémie ou dans leur première année de vie, des facteurs liés à la grossesse tels qu'une exposition *in utero* au SARS-CoV-2 et/ou à l'environnement après la naissance pourraient avoir un impact délétère sur le développement : ceci serait en partie dû à la diminution des expériences sensorimotrices et des stimulations chez le tout-petit pendant la fermeture des lieux de garde, aux logements exigus, à la moindre disponibilité des parents en télétravail ou encore à la surexposition aux écrans. De même, pour les enfants déjà socialisés en crèche ou à l'école maternelle ou primaire, la baisse des activités physiques et sportives habituellement pratiquées à l'école a pu avoir un effet sur leur développement psychomoteur. Une méta-analyse portant sur plus de 20 000 nourrissons suggère que le développement neurologique dans sa globalité n'a pas été modifié par les événements de la pandémie, mais que la naissance ou le fait de grandir pendant cette période, indépendamment de l'exposition pendant la grossesse, étaient associés à un risque significatif de difficultés dans la communication des nourrissons.

Dans l'analyse par sous-groupes, ce risque a été mis en évidence pour les bébés de 12 mois. Chez les enfants nés après une exposition gestationnelle au SARS-CoV-2, un risque accru de difficultés dans la motricité fine a été montré [1]. La motricité fine concerne des mouvements précis des doigts et des mains pour attraper des petits objets et pour les manipuler ; la pince pouce-index acquise à 12 mois leur permet de relâcher un cube dans un récipient ou de taper deux objets l'un contre l'autre. Une étude sur la croissance et le développement des bébés pendant la crise sanitaire a relevé quelques facteurs explicatifs : l'augmentation du stress parental, la suspension des activités en classe, les mesures d'isolement social, les risques nutritionnels, le manque d'activités physiques et l'exposition des enfants au stress toxique, en particulier dans les foyers auparavant déstructurés [2]. Le stress devient toxique pour le développement quand il est prolongé et qu'il intervient dans un contexte d'insécurité, où l'enfant ne trouve pas de soutien dans sa régulation émotionnelle. Néanmoins, ces premiers résultats restent à confirmer et des études de suivis prolongés, fournissant des informations plus solides sur les résultats neuro-développementaux à long terme, sont nécessaires.

Effets de la dépression post-natale majorés

Les possibles difficultés développementales des enfants peuvent être éclairées par le niveau de détresse psychologique des parents (anxiété, *burn-out* parental, dépression, etc.). L'impact délétère de la dépression post-natale

sur la qualité des interactions parent-enfants a été majoré avec la progression de la pandémie [3]. Une étude a montré que le stress maternel et les symptômes dépressifs étaient corrélés aux conditions socio-économiques : le stress accru peut être causé par le manque de nourriture, la perte d'emploi, la baisse des revenus du ménage et la perte de garde d'enfants. Les taux de stress les plus élevés ont été corrélés à l'infection par la Covid-19 en elle-même.

En outre, concernant la santé mentale des mères, le confinement a accentué les inégalités de genre et a augmenté le déséquilibre dans la répartition des tâches ménagères au domicile. Dans les familles monoparentales, le plus souvent portées par des femmes, l'absence de structures extérieures de gardes d'enfant a renforcé l'isolement et la charge de travail, déjà plus importante que dans les autres foyers. De plus, l'isolement des femmes à la maternité, puis par rapport à leur famille, est apparu comme un facteur de vulnérabilité supplémentaire. Ces conditions de vie ont affecté les pratiques parentales notamment les capacités de régulation émotionnelle et d'ajustement à l'enfant, ainsi que les tout-petits en développement [4]. Les stratégies parentales cohérentes et constructives, telles que le soutien et la flexibilité, sont associées à une plus grande cohésion familiale. Ces pratiques parentales favorables dépendent des capacités des parents à s'adapter et à s'autoréguler, mais aussi à réguler leurs enfants – ces compétences étant fortement associées au niveau de stress. Ainsi, les pratiques coercitives augmentaient dans les situations où le stress parental était élevé.

Déterminants sociaux et pratiques parentales

Les pratiques parentales, souvent très perméables aux déterminants sociaux influent sur les interactions entre la santé mentale des parents et la santé et le développement des enfants. Dans notre expérience clinique, les familles défavorisées ont été les plus fragilisées par les angoisses parentales : celles-ci étaient alimentées par la crainte de transmission du coronavirus chez les travailleurs de première ligne, mais aussi par l'insécurité alimentaire, la perte de

revenus, les logements sur-occupés. Dans certaines familles migrantes, des traumatismes anciens ont été réactivés par la mortalité, les restrictions de mouvement et l'ambiance de contrôle policier faisant écho aux histoires du passé. Ces facteurs ont dégradé les conditions de vie des enfants qui ne sortaient jamais. Ceux présentant des troubles psychiatriques ont vu leur état clinique se dégrader du fait de l'interruption de leurs soins. La surexposition aux écrans a été massive, et au plus jeune âge pour certains ; ses conséquences s'observent aujourd'hui à travers le langage, la communication, le jeu et le développement psychomoteur dans nos consultations. Dans d'autres cas, les situations sociales stables ont permis de véritables « parenthèses dorées » pendant lesquelles parents et enfants ont pu se rencontrer ou se retrouver dans un cocon sécurisant et continu, propice au développement de compétences, celles des bébés notamment. Dans le même sens, Kiliç et al. [5] ont montré que l'implication des pères dans des activités ludiques avec les enfants pendant le confinement, ainsi qu'un

bon niveau de revenu, avaient eu un effet positif sur leur développement.

En revanche, les enfants les plus âgés gardés à la maison ont vu leur développement affecté par rapport aux plus jeunes. Ces observations renvoient aux effets de la déscolarisation et constituent un axe important à étudier à l'avenir, en particulier pour les enfants qui étaient engagés au moment du confinement dans les acquisitions fondatrices, telles que le graphisme ou la lecture. Là encore, les inégalités sociales ont aggravé les situations des plus vulnérables [6].

Soulignons également les effets d'événement traumatiques sur les enfants, qui ont pu avoir lieu pendant la crise sanitaire de la Covid-19, comme la perte d'un parent ou d'un proche qui mobilise l'énergie psychique dirigée vers le processus de deuil. À l'échelle mondiale, plus de deux millions d'enfants ont perdu au moins un parent [7], en particulier dans des pays à faibles revenus. Dans le registre traumatique, la recrudescence de la violence intrafamiliale et des agressions sexuelles des enfants et des adolescents a eu aussi un impact délétère. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Hessami K., Shamshirsaz A. H., Monteiro S., Barrozo E. R., Abdolmaleki A. S., Arian S. E. *et al.* COVID-19 Pandemic and infant neurodevelopmental impairment: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3 octobre 2022, vol. 5, n° 10. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9617178/>
- [2] Arantes de Araújo L., Veloso C. F., De Campos Souza M., Coelho De Azevedo J. M., Tarro G. The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, juillet-août 2021, vol. 97, n° 4 : p. 369-377. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7510529/>
- [3] Federica G., Renata T., Marzilli E. Parental postnatal depression in the time of the COVID-19 Pandemic: A systematic review of its effects on the parent-child relationship and the child's developmental outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21 janvier 2023, vol. 20, n° 3. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9915850/>
- [4] Penna A. L., Machado De Aquino C., Nogueira Pinheiro M. S., Ferreira do Nascimento R. L., Farias-Antúnez S. Sá Araújo D. A. B. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on maternal mental health, early childhood development, and parental practices: A global scoping review. *BMC Public Health*, 24 février 2023, vol. 23, n° 1. En ligne : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-15003-4>
- [5] Kiliç M., Koçak Ş. Examination of psycho-motor development of children who were 6-36 months in the COVID-19 stay-at-home period. *Scientific Reports*, 2023, vol. 13, n° 1. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10682015/>
- [6] Weyers S., Rigó M. Child health and development in the course of the COVID-19 pandemic: Are there social inequalities? *European Journal of Pediatrics*, mars 2023, vol. 182, n° 3 : p. 1173-1181. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9816013/>
- [7] Hillis S. D., Unwin J. T., Chen Y., Cluver L., Sherr L., Goldman P. S. *et al.* Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: A modelling study. *Lancet*, 2021, vol. 398, n° 10298 : p. 391-402. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8293949/>

Les adolescents inégaux face à la souffrance psychique

Camille Davisse-Paturet,

Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Sorbonne Université

Marie Navarro,

Bordeaux Population Health Center, Inserm, université de Bordeaux

Junko Kose,

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), Inserm, université Paris-Saclay

Cédric Galéra,

Bordeaux Population Health Center, Inserm, université de Bordeaux, Centre Hospitalier Charles-Perrens.

Alexandra Rouquette,

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), Inserm, université Paris-Saclay, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Maria Melchior,

Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), Inserm, Sorbonne Université.

de vie sous la Covid-19 (EpiCoV) a suivi près de 130 000 personnes âgées de 15 ans et plus, de mai 2020 à novembre 2022. Ses données ont notamment permis d'évaluer l'évolution des symptômes dépressifs des adolescents âgés de 15-18 ans tout au long de la pandémie.

Pour 10 % des jeunes, des symptômes dépressifs élevés et durables

Dans l'ensemble, le taux de jeunes ayant des niveaux de symptômes dépressifs élevés, susceptibles de requérir une prise en charge dédiée, a doublé au cours de la crise sanitaire, concernant jusqu'à un jeune sur quatre [1]. D'autres analyses ont montré que pour environ 10 % des jeunes ces symptômes dépressifs élevés ont perduré tout au long de la pandémie – notamment chez les filles, les adolescents ayant déjà des troubles psychiques et ceux consommant des médicaments psychotropes. Ces résultats soulignent l'impact disproportionnel de la pandémie sur la santé mentale des populations déjà vulnérables. Pour ce qui concerne les facteurs associés à un risque suicidaire plus élevé, les symptômes dépressifs et anxieux et les antécédents de comportements suicidaires étaient les plus prédictifs du risque suicidaire chez les adolescents de la cohorte, confirmant ainsi la vulnérabilité induite par l'histoire psychique des jeunes dans le contexte de la crise sanitaire. Enfin, les jeunes de moins de 25 ans de la cohorte EpiCoV s'identifiant parmi les diversités d'orientation sexuelle rapportaient plus de deux fois plus de symptômes dépressifs que leurs pairs s'identifiant comme hétérosexuels et près de quatre fois plus de pensées suicidaires. Ce risque accru de difficultés psychologiques chez les jeunes issus des diversités d'orientation

sexuelle a déjà été observé hors crise sanitaire et présente des explications multiples [2]. L'une d'entre elles, appelée *minority stress theory*, montre par exemple l'impact délétère du stress lié à la discrimination, à l'échelle individuelle ou sociétale, sur la santé mentale de ces personnes [3].

Ces résultats soulignent l'importance des inégalités sociales en tant que facteurs de risque des problèmes de santé mentale, notamment celles liées au genre, à la vulnérabilité psychique préexistante ou à l'orientation sexuelle. Toutefois, ces disparités peuvent être anticipées et donner lieu à des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées afin de ne pas ajouter d'inégalités de prise en charge à celles pré-existantes.

Un outil en ligne pour détecter les signes précoces

Des études interventionnelles testent les façons de minimiser le risque voire d'améliorer la santé mentale des jeunes. Le projet européen Improva a ainsi l'ambition de promouvoir la santé mentale des adolescents au moyen d'une application en ligne². Cette application propose de brèves sessions interactives explorant l'estime de soi, la résolution des conflits, l'identité, les réseaux sociaux, la santé mentale et d'autres aspects de la vie des jeunes, dans l'objectif de donner aux adolescents des clés pour identifier les signes de difficultés psychologiques, gérer les situations de stress, et développer les compétences nécessaires pour faire face aux aléas de la vie. Le programme fournira également aux parents et aux enseignants des informations et des ressources leur permettant de repérer les signes de difficultés psychologiques chez les adolescents, de mieux comprendre leur développement et ainsi de se sentir plus en

L'ESSENTIEL

De mai 2020 à novembre 2022, le nombre d'adolescents ayant des symptômes dépressifs graves a doublé, concernant jusqu'à un jeune sur quatre. Les études montrent en outre des inégalités sociales, liées au genre, à l'orientation sexuelle et à une vulnérabilité psychologique préexistante, comme facteurs de risque. Pour prévenir les problèmes de santé mentale, une application en ligne, créée par des adolescents, des parents et des enseignants de quatre pays européens, est en cours d'expérimentation.

De nombreuses études¹ ont montré que la pandémie de Covid-19 a eu un impact particulier sur les adolescents et les jeunes adultes en termes de scolarité, opportunités de formation, sociabilité et aussi santé mentale. La cohorte Épidémiologie et conditions



confiance pour les accompagner dans cette étape de leur vie. Co-créée avec des adolescents, des parents et des enseignants de France, d'Allemagne, d'Espagne et de Roumanie, cette application est expérimentée simultanément au collège et au lycée dans ces quatre pays au cours de l'année scolaire 2024-2025. En France, deux académies sont parties prenantes, ainsi que le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé et de la Prévention. Dans le cadre de l'évaluation en France, une attention particulière sera portée sur la manière dont l'application peut être diffusée et utilisée par des jeunes issus de milieux sociaux défavorisés et par leur entourage. En effet, ce dispositif, s'il est efficace, ne doit pas contribuer à creuser les inégalités sociales de santé mentale chez les jeunes ; au contraire, il doit participer à améliorer l'équité dans l'accès aux aides disponibles. ■

1. Par exemple : les travaux menés par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) de l'Éducation nationale sur l'impact de la crise sanitaire. En ligne : <https://www.education.gouv.fr/la-depp-et-l-impact-de-la-crise-sanitaire-305177>

2. <https://www.improva-project.eu/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Navarro M.-C., Galesne C., Bailhache M., Moulin F., Davisse C., Falissard B. *et al.* Adolescents' depression symptoms after social distancing and restrictions: The EpiCoV French longitudinal population-Based cohort. *Journal of Adolescent Health*, 8 octobre 2024, sous presse. En ligne : [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(24\)00378-1/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(24)00378-1/abstract)

[2] Poštuvan V., Podlogar T., Zdravec Šedivy N., De Leo D. Suicidal behaviour among sexual-minority youth: a review of the role of acceptance and support. *Lancet Child & Adolescent Health*, 2019, vol. 3, n° 3 : p. 190-198. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30679139/>

[3] Meyer I. H. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, vol. 36 : p. 38-56. En ligne : <https://www.jstor.org/stable/2137286>

Dossier

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

Des étudiants en état de faim modérée à sévère

Caroline Douay,
directrice,
Lison Ramblière,
responsable d'étude et de recherche en épidémiologie,
observatoire du Samusocial de Paris.

L'ESSENTIEL

► Pendant l'année universitaire 2021-2022, l'observatoire du Samusocial de Paris a mené une enquête auprès des étudiants ayant recours à l'aide alimentaire en Île-de-France. La crise sanitaire a révélé une précarité alimentaire préoccupante, qui nécessite d'améliorer les dispositifs d'accompagnement médico-sociaux de cette population.

La crise de la Covid-19 a exposé au grand jour la précarité étudiante, les médias montrant les longues files d'attente devant des lieux de distribution alimentaire qui leur étaient dédiés. L'épidémie n'a fait que révéler des difficultés préexistantes mais méconnues des pouvoirs publics, comme en témoigne le rapport de la Cour des comptes de 2022 : « En l'absence de connaissance précise de la population étudiante et de ses besoins, et de données fiables sur la notion de précarité étudiante, les pouvoirs publics n'étaient pas préparés à faire face à une crise majeure [1]. » Au cours de l'année universitaire 2021-2022, l'observatoire du Samusocial de Paris a mené une enquête auprès d'étudiants volontaires, ayant recours à l'aide alimentaire en Île-de-France, afin de décrire leurs profils socio-démographiques, leurs difficultés à se nourrir correctement et les impacts d'une situation d'insécurité alimentaire sur leur santé et sur leur quotidien. Ces étudiants, majoritairement étrangers et en mobilité internationale, étaient particulièrement vulnérables sur le plan économique. Tous n'étaient pas confrontés aux mêmes épreuves, selon qu'ils venaient d'arriver en France, qu'ils y étaient installés depuis au moins un an ou qu'ils étaient de nationalité française [2]. En outre, comme l'ont montré de nombreuses études, les mesures adoptées en réponse à la pandémie ont eu des répercussions négatives sur leur santé, et notamment sur leur santé mentale [3].

Une moindre qualité des repas

Dans le contexte de crise sanitaire, 38,5 % des étudiants interrogés ont été contraints de limiter au moins un poste de dépenses ;

leur choix s'est essentiellement porté sur l'alimentation et 27,5 % des étudiants ont restreint la qualité des repas, leur diversité ou leur nombre journalier. Bénéficier d'une aide alimentaire ne suffit donc pas à garantir une alimentation suffisante. En effet, 14,8 % des étudiants présentaient un état de faim modérée au moment de l'enquête, et 11 % un état de faim sévère. Ils étaient 30,4 % à rapporter n'avoir eu aucun aliment à manger au moins une fois au cours du dernier mois précédant l'étude.

Sans surprise, cette précarité alimentaire¹ concernait davantage les étudiants présentant des difficultés financières importantes (difficultés à finir le mois ou à payer son loyer), mais également ceux sans soutien émotionnel, et/ou en état dépressif majeur. De fait, les étudiants ayant un état de santé mentale dégradée présentaient un plus grand risque de situation de précarité alimentaire, l'un pouvant être la cause et/ou la conséquence de l'autre. En effet, le fait de ne pouvoir subvenir à un besoin primaire peut entraîner un grand stress avec un impact direct sur l'état psychique. Ceux inscrits à l'université, dont les coûts de scolarité sont moindres que pour ceux inscrits dans les filières privées, présentaient un risque plus faible d'état de faim modérée à sévère ; ils ont bénéficié de l'accès au restaurant universitaire, et notamment du repas à un euro généralisé à tous les étudiants en 2020, et de la forte mobilisation des facultés qui ont organisé des distributions alimentaires dans leurs locaux.

Cartographier les dispositifs d'aide

L'aide alimentaire n'est donc pas une garantie de sécurité alimentaire. L'accès à l'alimentation en autonomie nécessite la mise en place de dispositifs adaptés aux besoins exprimés par les étudiants (horaires des distributions, temps limité de trajet ou d'attente, choix des produits). La visibilité et la lisibilité des démarches dédiées à cette population est essentielle : il serait, par exemple, pertinent de cartographier de façon interactive tous les sites proposant une aide dédiée aux étudiants – alimentaire, sociale, médicale, etc. – en spécifiant les conditions d'accès.

Cette enquête démontre également la nécessité d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et de proposer des actions spécifiques de prévention, en particulier pour les étudiants les

plus à risque de présenter un état psychique dégradé (étudiantes² ; étudiants sans soutien social ; ayant des problèmes de santé physique et/ou en état de faim). La crise Covid et les confinements laissent encore aujourd'hui des traces chez les étudiants, dont la santé mentale demeure fragile : selon une enquête de l'Observatoire de la vie étudiante, menée en 2023, 36 % d'entre eux manifestent des symptômes de détresse. ■

1. Concerne les personnes en situation de faim modérée à sévère selon l'indice domestique de la faim.

2. Dans l'enquête ÉtuCris, la part d'étudiantes ayant une perception mauvaise à très mauvaise de leur état de santé mentale est de 21,7 % versus 12,1 % chez les étudiants. Aussi, 41,6 % des étudiantes se disent concernées par un état dépressif majeur, contre 26,9 % d'étudiants.

Pour en savoir plus

Guénée L. (coord.), Bedo Y., Douay C., Lebugle A., Lesvoisier C., Ramblière L. et al. *Entre quête d'autonomie et recours à l'aide alimentaire francilienne, les trajectoires heurtées d'étudiantes et d'étudiants en crise (ÉtuCris)*. Paris : observatoire du Samusocial de Paris, septembre 2022 : 211 p. En ligne : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2022-11/EtuCris_15.11.22_WEB.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Cour des comptes. *Rapport public annuel 2022*. p. 120. En ligne : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-02/20220216-RPA-03-soutien-Etat-vie-etudiante.pdf>

[2] Guénée L., Bedo Y. Trajectoires et budgets d'étudiants à l'aide alimentaire : des séquences de précarité contrastées (ÉtuCris, Paris, 2021-2022), *Populations vulnérables*, 2024, n° 10. En ligne : <https://journals.openedition.org/popvuln/4567?lang=en>

[3] Ramblière L., Lesvoisier C., Bedo Y., Macalli M., Lebugle A., Douay C., Guénée L. Major depressive disorder in post-secondary students attending food-banks in France. *Frontiers in Public Health*, 2023. En ligne : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1177617/full>

« Les étudiants ont retrouvé un plaisir de manger »

Entretien avec Dominique Nicolas,
co-fondateur et co-président du Centre ressources
d'écologie pédagogique de Nouvelle-Aquitaine (Crepaq).

La Santé en action : La crise sanitaire a-t-elle mis en lumière la précarité alimentaire des étudiants ?

Dominique Nicolas : La situation était déjà connue, et notre association avait initié avant la crise de la Covid-19 différentes actions pour l'améliorer. Cette précarité alimentaire s'est aggravée lors de la pandémie, beaucoup d'étudiants ayant perdu leur *job*. Ensuite, il y a eu une flambée des prix des produits alimentaires. Nous constatons que le système d'aide d'urgence a atteint ses limites. Nous pensons, comme d'autres, qu'il devrait être remplacé par un droit à l'alimentation, une allocation donnée à chacun pour une alimentation saine, durable et locale. Aussi avons-nous décidé de passer à la vitesse supérieure en imaginant, sur le modèle d'autres expérimentations menées en France, un projet de sécurité sociale de l'alimentation (SSA) dédiée aux étudiants. Il repose sur les trois principes historiques de la sécurité sociale : l'universalité, une cotisation en fonction de ses revenus, une gestion démocratique par les citoyens.

S. A. : Comment avez-vous mis en place cette expérience ?

D. N. : Nous avons porté cette action avec La Gemme, une association qui a développé une monnaie locale girondine afin de favoriser l'économie de proximité, sociale et solidaire. Le projet a été mis en œuvre entre septembre 2023 et juin 2024. Il a été co-construit au sein d'une caisse locale de l'alimentation, composée d'étudiants, d'associations étudiantes et de solidarité, les deux universités de Bordeaux, des acteurs agricoles et de l'alimentation, des collectivités comme Bordeaux Métropole et la ville de Bordeaux. Nous avons lancé un appel auprès des campus bordelais, 150 étudiants ont été tirés au sort parmi 280 candidatures. Seuls ceux vivant chez leurs parents ont été écartés. Chaque participant cotisait au moins 10 euros par mois ; il recevait en contrepartie l'équivalent en monnaie locale de 100 euros, versés sur le portefeuille électronique de son Smartphone.

Les « gemmes » pouvaient être dépensés dans des magasins ou chez des producteurs conventionnés, respectant la charte éthique, sociale et environnementale de l'association.

S. A. : Quels sont les retours des participants ?

D. N. : Leurs appréciations sont enthousiastes. Incontestablement, cette action a changé leurs apports nutritionnels puisqu'ils ont eu accès à une alimentation plus saine. Les étudiants ont retrouvé un plaisir de manger voire de cuisiner avec des produits de qualité. Certains nous ont raconté avoir pu inviter des amis pour un repas sympathique, différent des habituels plats à base de pâtes et de riz. Cette dimension sociale est aussi importante. Les participants ont également témoigné d'un allègement de leur charge mentale ; car une fois le loyer et les charges payés, il ne reste parfois à certains que 40 euros ou 50 euros par mois pour vivre et pour se nourrir.

S. A. : Ce projet est-il évalué ?

D. N. : Un groupe de chercheurs pluridisciplinaires (économie, géographie, management) a suivi cette expérimentation. Ses membres sont issus de deux laboratoires de l'université de Bordeaux, de Bordeaux Sciences Agro et de l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae), Les résultats de leurs travaux devraient être publiés en ce début d'année 2025. Un questionnaire avec une trentaine d'items, portant notamment sur les habitudes alimentaires et sur la perception de la précarité, a été administré aux participants au début et à la fin du projet. L'idée est entre autres de vérifier si les changements de comportement se sont maintenus, ou si au contraire les étudiants n'ont pas eu d'autres choix que de revenir à leur façon coutumière de se nourrir, en l'absence d'un coup de pouce financier, tel que celui des 100 euros mensuels reçus pendant l'expérimentation.

S. A. : Quelles suites allez-vous donner à ce projet ?

Le budget prévisionnel de l'expérimentation bordelaise était de l'ordre de 200 000 euros ; moins de 10 % de ce budget était assuré par

L'ESSENTIEL

■ **Une « sécurité sociale de l'alimentation » a été expérimentée sur les campus bordelais afin de lutter contre la précarité alimentaire des étudiants. Les participants, tirés au sort, cotisaient au moins 10 euros et recevaient une somme de 100 euros en monnaie locale pour s'approvisionner dans des magasins proposant des produits bios et locaux. Les premiers résultats montrent une alimentation plus saine et une moindre charge mentale liée aux difficultés de se nourrir.**

les cotisations mensuelles des étudiants. Il est difficile d'obtenir des subsides publics et privés, les financeurs exigeant une part d'autofinancement plus conséquente. Nous préparons une seconde phase de l'expérimentation pour la rentrée universitaire 2025-2026, avec l'ouverture du dispositif à l'ensemble de la communauté universitaire – étudiants, chercheurs, enseignants, personnel administratif et technique des campus. Nous espérons convaincre des personnes aux revenus plus élevés de s'inscrire dans ce projet, ce qui permettra d'augmenter l'autofinancement, puisque la cotisation est proportionnelle aux ressources. D'autre part, en Charente, nous menons une autre expérimentation de sécurité sociale de l'alimentation avec le Département et trois autres associations, et l'hôpital d'Angoulême y est également partie prenante. Lancée début novembre 2024, elle concerne 75 étudiants et 75 allocataires du revenu de solidarité active (RSA). Prévue sur trois ans, elle devrait nous permettre de tester la capacité d'autofinancement d'un tel dispositif. Et l'évaluation scientifique comportera un volet santé spécifique. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

Dossier

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

« Les taux d'invalidité en fin de carrière sont deux fois plus élevés chez les travailleurs de deuxième ligne »

Entretien avec Christine Erhel, professeure au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), directrice du Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET-CNAM).

L'ESSENTIEL

► **Éboueurs, caissières, boulangers, aides à domicile, agents d'entretien, conducteurs, ouvriers de l'industrie agro-alimentaire... Environ 4,6 millions de salariés du privé ont continué de travailler sur site pendant la crise sanitaire. Ces travailleurs essentiels ont des conditions de travail et d'emploi plus défavorables que les autres. Ils parviennent plus difficilement à l'âge de la retraite, en activité et en bonne santé. Valoriser leur utilité sociale en mobilisant plusieurs leviers est un premier pas pour réduire ces inégalités de santé au travail.**

La Santé en action : Selon vous, les travailleurs ont-ils subi inégalement la crise de la Covid ?

Christine Erhel : Il y a eu effectivement des différences entre trois grands groupes de travailleurs : ceux qui ont continué à exercer leur activité professionnelle sur site, c'est-à-dire les personnes qu'on a appelées les travailleurs de première et de deuxième lignes ; ceux qui ont télétravaillé pendant les confinements ; et ceux qui ont été en chômage partiel ou, parfois, en arrêt maladie. Ces groupes, environ un tiers de la population des salariés pour chacun, n'ont pas subi l'impact de la crise sanitaire de la même façon. Le fait d'être au chômage partiel a pu créer une

forme d'insécurité par rapport aux conditions de retour à l'emploi ; être en télétravail a entraîné des difficultés dues à l'isolement et aux débordements de la vie professionnelle dans la sphère privée. Néanmoins, en termes de santé au travail, le maintien des activités sur site a été le plus problématique, avec les risques de contamination. Cependant, cette situation n'a pas toujours été mal vécue, loin de là : les enquêtes montrent que les salariés ont, pendant cette période, perçu plus de sens à leur travail, avec un sentiment accru d'utilité sociale.

S. A. : Qui sont ces travailleurs de deuxième ligne ?

C. E. : Cette expression est apparue pour la première fois dans un discours du président de la République à la fin du premier confinement. Dans d'autres pays, on a également utilisé la dénomination de « travailleurs essentiels », dont l'activité est indispensable à la continuité de la vie économique et sociale. Aux États-Unis, on parlait de *frontline workers*, les travailleurs du front qui sont restés en contact avec la population et ont été davantage exposés au risque de contamination. En France, on a adopté l'appellation travailleurs de « première ligne » pour les secteurs de la santé et de la sécurité, et de « deuxième ligne » pour les secteurs du commerce, de la propreté, des transports, de l'agro-alimentaire, de l'aide à domicile. Le rapport *Reconnaissance et valorisation des travailleurs de la deuxième ligne* (voir encadré) définit plus

précisément les métiers concernés dans le secteur privé, selon deux critères : l'activité sur site et les conditions de travail exposant à un risque de contamination, à cause du contact avec le public ou de l'interaction avec des collègues. Dix-sept familles professionnelles ont été identifiées, des conducteurs aux agents d'entretien, caissières, ouvriers de manutention ou de l'agro-alimentaire, aides à domicile et aides ménagères, employés de commerce, salariés agricoles, etc. Cela représente 4,6 millions de personnes.

S. A. : Quelles sont les conditions de travail et d'emploi, déterminants de la santé de ces salariés ?

C. E. : Cette catégorie apparaît désavantagée sur une série d'items en matière de qualité de l'emploi et du travail. Leur rémunération est systématiquement en dessous de l'ensemble des salariés du privé, en moyenne 30 % de moins, et l'écart peut être encore plus grand, par exemple pour les aides à domicile qui ont de faibles revenus ; leur salaire horaire est faible, mais leur rémunération annuelle aussi, car ce sont des métiers où l'on comptabilise beaucoup de temps partiels. Le nombre important de contrats à durée déterminée et d'intérim dans l'industrie (10,5 % contre 7,5 % pour la totalité des salariés) induit une précarité de l'emploi, c'est donc un point de fragilité pour les travailleurs de la deuxième ligne. Leurs conditions de travail sont plus difficiles : 61 % des salariés de deuxième

ligne sont exposés à au moins trois contraintes physiques, contre 36 % pour l'ensemble des salariés ; ils ont également davantage de contraintes horaires : travail le soir, le week-end, de nuit, journées discontinues ; ce sont des facteurs qui génèrent une très forte pénibilité du travail. Dans la plupart de ces métiers, on observe un déficit de formation, qui joue sur l'évolution professionnelle : la probabilité d'avoir une carrière ascendante y est faible. Leurs fins de carrière sont d'ailleurs marquées par l'inactivité ; les taux d'invalidité sont deux fois plus élevés chez les travailleurs de deuxième ligne que chez les autres salariés. Il y a incontestablement un déficit de qualité de l'emploi dans ces métiers essentiels au fonctionnement de la société, c'est le paradoxe mis en lumière par la crise. Parmi les salariés qui ont une relation assez directe avec le public, comme les conducteurs ou les aides à domicile, le sentiment d'utilité sociale est assez élevé ; c'est aussi le cas chez les agriculteurs et les maraîchers. Or cette perception est en décalage avec le manque de valorisation de leur travail par le salaire ou par les conditions d'emploi.

S. A. : La situation de ces 4,6 millions de travailleurs essentiels est-elle meilleure aujourd'hui ?

C. E. : Certainement pas autant qu'on aurait pu l'espérer. Le point positif, c'est tout de même une prise de conscience par les partenaires sociaux des difficultés cumulées de ces métiers. Des efforts ont été faits dans certaines branches professionnelles sur la reconnaissance de l'utilité sociale. Il y a eu des augmentations de salaire, par exemple, dans le secteur de l'aide à domicile, avec une prise en charge publique d'une partie de ces revalorisations, puisque l'allocation personnalisée d'autonomie financée par des conseils départementaux peut servir à rémunérer l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes. Les secteurs de la propreté et de la sécurité ont eu des négociations salariales, avec une amélioration des grilles de rémunération – mais loin d'être suffisante pour leur attractivité. Dans la propreté toujours, on note des évolutions sur l'organisation du travail :

on essaie notamment de développer les interventions des femmes et des hommes de ménage en journée, pendant le temps de présence des salariés dans les entreprises. Cependant, les leviers à mobiliser, que nous préconisons dans notre rapport, ne l'ont été que très partiellement à ce jour. Le problème salarial ne peut se régler seulement dans les branches professionnelles, il faudrait une hausse du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) pour donner une impulsion significative. Beaucoup reste à faire aussi du côté de la formation continue, en particulier la simplification des parcours de valorisation professionnelle de l'expérience (VAE), dont les procédures demeurent complexes. Nous avons également proposé de mettre en place des standards de qualité de l'emploi dans les marchés publics pour privilégier, par exemple, les contrats sans horaires atypiques ou proposant un temps de travail continu. Il faudrait de même conditionner une partie des aides

publiques aux entreprises au respect de ces standards de qualité. Concernant les fins de carrière, des efforts de prévention doivent être réalisés en amont pour préserver la santé au travail de ces personnes. Un autre axe de réflexion porte sur la gestion des transitions professionnelles, en anticipant le passage vers d'autres types de métier. Le recul de l'âge de la retraite à 64 ans devrait inciter à mieux traiter ces enjeux, sinon à courir le risque de faire face à un nombre important de salariés en incapacité de travail, avec un coût pour les finances publiques. Si la crise Covid a révélé la situation et l'utilité sociale de ces travailleurs que l'on dit aussi « invisibles », on tend à l'oublier aujourd'hui. La perception de ces métiers a pu changer, mais sans que cela soit suffisant pour améliorer leurs conditions d'emploi et de travail, et leur santé. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

UN PAS POUR LA RECONNAISSANCE DES TRAVAILLEURS ESSENTIELS

Fin 2020, Elisabeth Borne, alors ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion a confié une mission à deux spécialistes des questions d'emploi et de ressources humaines – Christine Erhel, directrice du Centre d'études de l'emploi (CEET-CNAM) et Sophie Moreau-Follenfant, directrice

générale adjointe en charge des ressources humaines de RTE – pour définir, en lien avec les partenaires sociaux, un ensemble de critères qualifiant les métiers dits de « deuxième ligne ». Leur rapport vient en appui aux branches professionnelles dans leur travail de revalorisation de ces métiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Erhel C., Moreau-Follenfant S. *Rapport de la mission d'accompagnement des partenaires sociaux dans la démarche de la reconnaissance des travailleurs de la deuxième ligne*. Transmis à Elisabeth Borne, Premier ministre, le 19 décembre 2021 : 49 p. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/283080.pdf>
- Amossé T., Erhel C., Béatriz M., Koubi M., Mauroux A. Quelles sont les conditions de travail des métiers de la « deuxième ligne » de la crise Covid ? *Dares Analyses*, mai 2021, n° 23. En ligne : [https://](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/8f1d9e08a5956834a666c266fff98056/Dares%20Analyses_m%C3%A9tiers-deuxi%C3%A8me%20ligne_crise%20covid.pdf)

- dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/8f1d9e08a5956834a666c266fff98056/Dares%20Analyses_m%C3%A9tiers-deuxi%C3%A8me%20ligne_crise%20covid.pdf
- Amossé T., Erhel C. *Les Fins de carrières des seniors de la deuxième ligne*. [Note] Paris : Centre d'études de l'emploi et du travail/Centre national des arts et métiers (CEET/Cnam), février 2023. En ligne : <https://ceet.cnam.fr/le-ceet/evenements-actualites-du-ceet/les-fins-de-carrieres-des-seniors-de-la-deuxieme-ligne-1393137.kjsp>

Le télétravail, un facteur de vulnérabilité ?

Sandrine Caroly,
professeure d'ergonomie,
université de Grenoble Alpes.

L'ESSENTIEL

► La pandémie a constitué un tournant important, avec un essor conséquent du télétravail. Mais pour les personnes ayant de bas revenus, dotées de moins de ressources matérielles, la digitalisation des activités peut s'exercer dans des conditions assez délétères.

Le télétravail, s'est répandu massivement pendant la pandémie. Il s'est intensifié de façon différenciée selon la nature des activités professionnelles. Selon l'enquête Emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 81 % des cadres et 60 % des artisans, commerçants et chefs d'entreprise ont télétravaillé pendant le premier confinement, contre 51 % des professions intermédiaires, 38 % des employés qualifiés, 18 % des employés non qualifiés, 4 % des ouvriers qualifiés et 3 % des ouvriers non qualifiés. De plus, 81 % des salariés de l'enseignement et 71 % des salariés des services aux entreprises ont télétravaillé [1]. Pendant les périodes de confinement, où de nombreux salariés sont passés à 100 % en télétravail, les conditions d'exercice n'ont pas été les mêmes, selon les catégories socio-professionnelles et selon le sexe. Les emplois de qualification faible ou moyenne et le travail des femmes sont en particulier à interroger. Pour les premiers, le logement n'était pas adapté, ni les connexions Internet ou le matériel informatique. Les secondes, assumant déjà la double tâche (professionnelle et domestique), ont vu celle-ci augmenter, avec des difficultés accrues à concilier travail et vie privée. Selon une étude de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [2], les raisons du non-télétravail sont un logement et un contexte familial ne permettant pas le télétravail pour 8 % des femmes et pour 13 % des hommes. 48 % de femmes (contre 55 % des hommes) estiment que leurs conditions de travail ont été adaptées, telles que : modification des horaires plus adaptée au rythme familial, utilisation de logiciels

de l'entreprise, adaptation de l'espace ou équipement à domicile pour travailler, etc. Il semblerait que la division du travail demeure. Après la crise sanitaire, le télétravail a continué plutôt pour des cadres, hommes ou femmes, ou des emplois qualifiés, qui le pratiquaient avant la Covid. Selon l'Insee, le télétravail était plus fréquent chez les cadres (55 %), dans les secteurs des services aux entreprises (46 %) et de l'administration publique (32 %) et dans les grandes entreprises (36 %) et en Île-de-France (56 % à Paris). Il était plus répandu, chez les salariés avec un haut revenu, avec un contrat de travail permanent et avec un haut niveau de diplôme.

Les questions de santé au travail, importantes avec l'activité à distance, ont été interrogées au travers de quelques enquêtes [3]. Les avis des télétravailleurs sont mitigés ; certains apprécient le fait de pouvoir avoir quelques jours de travail à la maison, de pouvoir concilier les tâches familiales, domestiques avec leurs tâches professionnelles. Cependant les conditions restent précaires pour d'autres : pas de bureau à l'intérieur du domicile en raison du manque d'espace, chaleurs fortes en période de canicule, isolement dû à l'éloignement des collègues, outil informatique inadapté, rythme de travail élevé, etc.

Ainsi, les mauvaises conditions du télétravail peuvent conduire à des inégalités de santé. D'une part, le travail plus sédentaire contribue au développement de troubles musculo-squelettiques comme les lombalgies,

le syndrome du canal carpien, et des problèmes de surpoids. D'autre part, la dématérialisation engendre une charge mentale plus élevée. Les difficultés de conciliation travail et hors travail apparaissent plus importantes chez les femmes pour lesquelles le brouillage des frontières génère davantage de conflits [4]. Des troubles de santé mentale apparaissent, liés à l'intensité du travail, l'isolement, la sédentarité et l'hyperconnectivité. Il apparaît indispensable d'améliorer les équipements de travail à domicile et de proposer des outils numériques adaptés aux utilisateurs, notamment pour les personnes à faibles revenus. Toutefois, cela ne suffit pas, car les femmes et les hommes ont besoin de sociabilité dans le travail. Les relations informelles jouent un rôle essentiel pour trouver du sens à son activité professionnelle. Le collectif de travail est important aussi pour débattre des critères de qualité du travail et avoir un point de vue dans le dialogue avec les directions sur l'amélioration des conditions de travail et la préservation des risques [5]. ■

Pour en savoir plus

Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) sur le télétravail et la santé des travailleurs, 19 février 2024. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/content/teletravail-poursuivre-recherche-effets-potentiels-sante>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Jauneau Y., Vidalenc J. Durée travaillée et travail à domicile pendant le confinement : des différences marquées selon les professions. *Insee Focus*, 14 octobre 2020, n° 207. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4801229>

[2] Réseau Anact-Aract. *Télétravail de crise en 2021 : quelles évolutions ? Quels impacts ?* Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, 2021 : 64 p. En ligne : <https://veille-travail.anact.fr/osiros/result/notice.php?queryosiros=id:99444#:~:text>

=le%20sentiment%20de%20travailler%20plus,%C3%A0%20l'id%C3%A9e%20de%20retourner

[3] Dares. *Le vécu du travail depuis la crise sanitaire (2024)*. En ligne : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/appel-projets-de-recherche/post-enquetes-qualitatives-associees-lenquete-quantitative-tracov2>

[4] Méda D. *Le Temps des femmes. Pour un nouveau partage des rôles*. Paris : Flammarion, 2021 : 204 p.

[5] Caroly S. *Le corps et la gestion des risques dans l'activité collective*. Toulouse : Octarès, 2022 : 222 p.

« Nous considérons que la dette de santé publique perdue et se creuse »

Entretien avec Cécile Chevance, responsable du pôle Offre de soins, finances, FHF data, recherche, e-santé (OFFRES), Fédération hospitalière de France (FHF), directrice d'hôpital.

La Santé en Action : **Comment avez-vous établi le Baromètre de l'accès aux soins ?**

Cécile Chevance : Ce Baromètre repose sur deux enquêtes : une étude statistique, scientifique et médicale à partir des données factuelles d'activité du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et un sondage Ipsos réalisé à la demande de la Fédération hospitalière de France (FHF) auprès d'un panel de 1 500 personnes. Les résultats du sondage étayaient ce que nous observons en matière d'évolution de l'activité des établissements de santé : un sous-recours aux soins pour la population française au regard des besoins de santé. L'étude menée à partir des données du PMSI concerne l'activité de tous les établissements de santé, publics et privés, et ce afin d'éviter les biais. Nous avons considéré le taux de recours aux soins sur 2019, année la plus récente avant la crise sanitaire de la Covid-19, et nous avons calculé une activité attendue. Après avoir vérifié la pertinence et la solidité de notre modèle sur les années antérieures à l'année de référence, nous observons une différence très préoccupante entre l'activité attendue et l'activité réellement constatée sur les quatre années suivant 2019. Entre 2020 et 2023, la sous-consommation nationale cumulée est de l'ordre de 3,5 millions de séjours en médecine, actes peu invasifs et chirurgie. Derrière un

constat de reprise globale d'activité, la réalité est plus contrastée, des activités étant toujours en sous-recours en 2023 (médecine avec nuitées, chirurgie de recours).

S. A. : **Doit-on ce sous-recours aux soins aux seules déprogrammations d'hospitalisation durant la crise Covid ?**

C. C. : Les déprogrammations et les reports de prise en charge ont été particulièrement importants en 2020 au cours de la première vague, lorsque les établissements de santé ont dû faire face à l'afflux de patients atteints de la Covid. Ces déprogrammations se sont poursuivies en 2021 et 2022 avec les vagues successives, et il a fallu du temps pour retrouver le niveau d'activité d'avant crise, en raison de la désorganisation de l'offre de soins. Qui plus est, en 2022, nous avons subi des difficultés de recrutement entraînant de nombreux postes vacants et des lits fermés. Ces difficultés se sont atténuées, même si la situation reste tendue. Pour autant, à elles seules, les tensions sur les capacités hospitalières ne suffisent pas à expliquer ce sous-recours à l'hospitalisation, en particulier les hospitalisations avec nuitées. Les données d'activité sont à prendre avec précautions et nuances, nous ne pouvons qu'avancer des hypothèses et des pistes pour comprendre la situation. Toutefois, nous considérons que la dette de santé publique, qui correspond à l'écart entre activité attendue du fait de l'évolution démographique et épidémiologique et le taux d'activité constatée, perdue et se creuse. Nous souhaitons que les pouvoirs

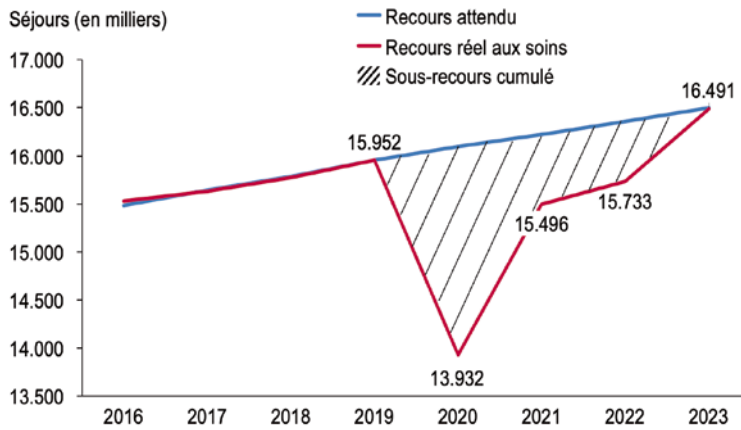
L'ESSENTIEL

■ **Le Baromètre de l'accès aux soins de la Fédération hospitalière de France (FHF), publié en mars 2024, fait état d'un sous-recours aux soins dispensés par les établissements de santé publics et privés. L'organisation chiffre à 3,5 millions le nombre de séjours hospitaliers non réalisés entre 2019 et 2023, et alerte sur une « dette de santé publique sans précédent » en raison d'une activité qui n'a pu être rattrapée ou qui n'a pas retrouvé tout de suite son niveau attendu. Celle-ci concerne principalement les personnes de plus de 45 ans. S'agissant du diabète, une des pathologies chroniques les plus liées à la position sociale, l'étude pointe une corrélation possible entre le manque de suivi dû à la pandémie et une augmentation des complications les années suivantes.**

publics poursuivent leur soutien aux établissements afin de faire face à cette problématique. Il est à craindre que le sous-recours aux soins entraîne un impact sur l'espérance de vie et notamment l'espérance de vie en bonne santé. Cette dette de santé publique sans précédent à la suite de la pandémie pourrait représenter une véritable bombe à retardement.

S. A. : **Quelles sont les conséquences sur la santé de cette baisse des taux de recours ?**

C. C. : Certains séjours annulés ou reportés ont certes pu être rattrapés, comme les interventions pour



Évolution du nombre de séjours hospitaliers 2016-2023

cataracte ou les prothèses chez les personnes âgées. Cependant, en médecine, la situation est très différente, par exemple pour un suivi de diabète, une pathologie plus fréquente parmi les catégories sociales défavorisées. Un suivi moins régulier pendant plusieurs mois ne va pas entraîner deux fois plus de rendez-vous au cours des mois suivants. Ce sous-recours sur une période donnée peut entraîner des risques de complication pour les patients diabétiques. Nous avons croisé les données relatives aux prises en charge pour diabète avec les complications observées de la maladie. S'agissant des personnes de plus de 35 ans, le recours aux soins en 2023 est inférieur de 14 % à celui attendu, alors que la prévalence du diabète n'a pas diminué. Or, nous observons que la baisse des prises en charge des personnes diabétiques en 2020 a coïncidé avec une hausse de l'activité pour coma et acidocétose diabétique¹ dans les deux années postérieures. Il semble qu'il existe une possible corrélation entre le sous-recours en termes de suivi du diabète pour les plus de plus 35 ans et une augmentation des complications liées à la maladie.

Autre exemple, les endoscopies digestives ont nettement chuté en 2020, avant d'entamer une reprise progressive. L'augmentation des endoscopies diagnostiques a été moins rapide que celle des endoscopies thérapeutiques, ce qui n'est pas illogique car on a donné la priorité aux actes thérapeutiques. Au total, 260 000 endoscopies diagnostiques n'ont pu être réalisées depuis 2020.

Ce chiffre invite à s'interroger sur les éventuels retards de diagnostic et de prise en charge, même si nous n'avons pas les moyens de le confirmer à travers les données du PMSI. Cependant, nous observons que les chirurgies digestives majeures, dont les interventions pour les cancers, n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant crise. Cette dette de diagnostic et de soins concernant les affections de l'appareil digestif ne peut qu'interpeller.

S. A. : Existe-t-il des disparités sociales ou territoriales de sous-recours aux soins ?

C. C. : La quasi-totalité du sous-recours (séjours de médecine, hors chirurgie et actes peu invasifs) concerne les personnes âgées de plus de 45 ans, et elle s'accroît pour les plus de 70 ans. Ainsi, l'activité constatée est inférieure de 8,4 % par rapport à l'activité attendue pour les plus de 45 ans, et de 11 % au-delà de 70 ans. Les disparités territoriales observées sont plus complexes à analyser au regard de la méthodologie utilisée pour l'étude PMSI. Toutes les régions n'avaient pas un taux de recours équivalent avant la crise sanitaire. Par exemple, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), ce taux est toujours plus important que le taux de recours national, et ce en neutralisant les effets de la répartition sexe-âge. Cette différence est probablement due à la concentration de l'offre hospitalière et des professionnels de santé dans cette région. Le recours aux soins a baissé dans tous les territoires, mais il reste toujours plus élevé en Paca qu'au niveau national. Dans

les départements et régions d'outre-mer, le sous-recours avant crise était de l'ordre de 20 % par rapport au niveau national, il s'est légèrement réduit entre 2021 et 2023.

S. A. : Quelles informations le sondage Ipsos organisé pour la FHF a-t-il générées ?

C. C. : Ce sondage montre, d'une part, un sur-recours aux urgences publiques, et d'autre part, une hausse des renoncements aux soins. Les personnes ont été interrogées sur la perception de leur accès aux soins, les délais de rendez-vous, les difficultés rencontrées en matière d'accès aux soins, géographiques ou financières. Nous avons pu comparer ces résultats à ceux d'une enquête similaire réalisée en 2019. Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous a presque doublé en cinq ans, avec des délais qui peuvent atteindre plusieurs mois pour certaines spécialités. Cette dégradation de l'offre de soins n'est pas sans conséquence pour les urgences publiques. Faute de rendez-vous dans des délais qui leur semblent acceptables, les patients se rendent aux urgences. Par ailleurs, 60 % des patients indiquent qu'ils ont déjà renoncé à au moins un acte de soin sur les cinq dernières années, en raison des délais pour obtenir un rendez-vous, de difficultés financières ou encore de l'éloignement géographique. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

1. L'acidocétose diabétique est une complication du diabète qui se manifeste par des nausées, des vomissements et des douleurs abdominales.

Faciliter l'appropriation des informations sur la santé

Cécile Allaire,

chargée d'expertise sur la littératie et l'accessibilité, Santé publique France.

L'épidémie de Covid-19 a contraint la population à assimiler de nouvelles informations dans des délais très courts. Un flot continu de données sur la nature du virus, sa dangerosité et les mesures de prévention a occupé une place importante dans les médias. Ces données ont été renchériées par des consignes et de nouvelles organisations à appliquer au travail, à l'école et pour l'accès aux soins. Ces informations évolutives, et parfois contradictoires, ont rapidement mené à une surcharge informationnelle, qualifiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'« infodémie [1] ». De plus, la prolifération de fausses informations ou *fake news* a contribué à alimenter la confusion et parfois la méfiance envers les autorités sanitaires et politiques.

Le rôle de la littératie en santé

Ce contexte a mis en lumière le concept de littératie en santé. Définie comme les compétences nécessaires pour accéder, comprendre et utiliser les informations en santé, la littératie en santé est aujourd'hui reconnue comme une compétence indispensable pour que les personnes prennent des décisions utiles à leur santé [2]. Elle a été essentielle dans la gestion de l'épidémie, car il était attendu des individus qu'ils connaissent et comprennent les risques du virus SARS-CoV-2 et les mesures à prendre pour s'en protéger : c'est la dimension « fonctionnelle » de la littératie en santé. Compte tenu de la surabondance d'informations, validées ou non, il était aussi attendu que

le public opère un tri : c'est la dimension « critique » de la littératie. Enfin, la population a dû intégrer de nouvelles façons de communiquer – par exemple *via* les plateformes numériques pour consulter un médecin.

Plusieurs études conduites pendant la crise sanitaire ont établi qu'un faible niveau de littératie en santé était associé à une moindre compréhension et une moindre adhésion aux comportements de prévention. Par exemple, l'enquête CoviPrev de Santé publique France, lancée en mars 2020 pour suivre l'évolution des comportements et la santé de la population générale, a montré que les personnes avec une plus faible littératie en santé avaient adopté moins de mesures de prévention recommandées par les pouvoirs publics (se laver régulièrement les mains, tousser dans son coude, rester confiné, se saluer sans se serrer la main, etc.) [3]. D'autres enquêtes ciblant des populations vulnérables, comme les personnes migrantes ou celles en situation de précarité, donnent des résultats comparables. Parmi ces dernières, les individus avec un faible niveau de littératie en santé comprenaient moins bien les symptômes de la Covid-19 et les mesures de prévention, et ils adoptaient moins les gestes préventifs [4 ; 5]. De la même façon, les personnes ayant des difficultés à détecter les *fake news* étaient plus susceptibles d'être hésitantes ou opposées à la vaccination [6 ; 7].

La crise sanitaire a-t-elle eu un effet sur les aptitudes ?

On aurait pu s'attendre à ce que la population développe une certaine expertise relative à la Covid-19 au fur et à mesure de la progression de l'épidémie. En effet, du fait des confinements et des moyens déployés en

L'ESSENTIEL

À partir de mars 2020, la population a été précipitée dans un flot d'informations sur le coronavirus, sa propagation et sa dangerosité, ainsi que sur l'arsenal préventif pour s'en protéger au travail, à l'école, dans les transports, etc. Cette situation a mis en lumière le concept de littératie en santé – ou comment, pour prendre des décisions éclairées sur leur santé, les individus doivent disposer de compétences permettant de trouver et comprendre les informations pertinentes.

communication, une part des personnes a pu consacrer du temps à traiter ces nouvelles informations. Toutefois, indépendamment du caractère anxiogène des données diffusées (le nombre de décès quotidiens par exemple), il faut prendre en compte la capacité des individus à faire face à cette surcharge informationnelle, meilleure chez les personnes avec une bonne littératie en santé [8]. Par ailleurs, les compétences initiales ont pu être mises à l'épreuve, avec la diffusion par les médias de notions scientifiques et techniques complexes, y compris pour les gens instruits [7], comme la transmission asymptomatique, les tests antigéniques et PCR ou encore l'immunité collective.

Les compétences numériques ont également joué un rôle majeur, alors que les réseaux de diffusion de l'information et les modalités de communication se multipliaient (téléconsultations médicales, travail à distance, etc.). Certains ont pu améliorer leurs capacités à utiliser les ressources numériques, y compris leur accès est resté difficile [9 ; 10].

L'enquête CoviPrev¹ témoigne d'un score de littératie en santé stable entre mars 2020 et septembre 2021.

Pendant, derrière cet indicateur, les stratégies déployées pour s'approprier les informations ont pu évoluer. Ainsi, au fil des mois, les répondants déclaraient moins souvent « comparer les informations provenant de différentes sources », mais plus souvent « interroger les professionnels de santé sur la qualité des informations trouvées ».

Les interactions sociales, un soutien informationnel

La littératie en santé se développe au contact des professionnels de santé ainsi que *via* les interactions sociales pendant lesquelles s'échangent des idées et des informations. Ainsi, les relations sociales constituent un soutien informationnel et augmentent la probabilité d'avoir accès à d'autres sources de connaissances. Ce soutien est une ressource majeure pour certains publics, notamment les plus fragiles. C'est le cas, par exemple, pour les jeunes adultes qui vivent une phase d'apprentissage vis-à-vis de leur santé, à mesure qu'ils deviennent

indépendants de leurs parents. C'est aussi le cas pour les personnes les plus âgées, même si les capacités des proches peuvent se montrer insuffisantes compte tenu de situations de santé plus complexes [11]. Dès lors, le soutien social pendant la crise sanitaire, du fait des mesures de distanciation, a pu jouer sur les possibilités de recevoir l'information et de la traiter.

L'importance de la littératie en santé et des inégalités face à un environnement informationnel compliqué ont été bien documentées au cours de la crise. La capacité des individus dépend fortement du cercle social, de l'environnement dans lequel ils vivent et du contexte de diffusion des informations. Pour l'avenir, il apparaît essentiel de renforcer ces aptitudes : selon la *Health literacy survey* (enquête sur la littératie en santé), 44 % des adultes en France ont un niveau de littératie en santé insuffisant, et ils sont 75 % à posséder un niveau de littératie en santé numérique insuffisant. Les personnes défavorisées socialement et

les personnes plus âgées éprouvent en moyenne davantage de difficultés pour accéder à l'information et pour se l'approprier [12].

Pour améliorer la situation, il faudrait combiner des approches individuelles et collectives, adaptées aux besoins des différents groupes, en renforçant les compétences dès l'école pour faciliter l'appropriation des informations sur la santé et en structurant un environnement de communication et d'information plus accessible. Il s'agit de diffuser des données faciles à comprendre ; de développer des approches dites « d'aller-vers » ou « de ramener-vers », telles que la médiation en santé ; de faciliter le lien social ; d'accompagner les acteurs de terrain et de les former ; d'adapter les dispositifs de communication aux diversités linguistiques et culturelles ; ou encore de diminuer la fracture numérique. ■

1. Enquête CoviPrev, exploitation Santé publique France, données non publiées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). Lutter ensemble contre l'« infodémie ». [Communiqué de presse], 29 juin 2020. En ligne : <https://www.who.int/europe/fr/news/item/29-06-2020-working-together-to-tackle-the-infodemic>
- [2] Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, vol. 12, art. 80. En ligne : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- [3] Lasbeur L., Lecrique J.-M., Raude J., Léon C., Bonmarin I., Du Roscôtat E. *et al.* Adoption des mesures de prévention recommandées par les pouvoirs publics face à l'épidémie de Covid-19 pendant la période de confinement en France métropolitaine. Enquête CoviPrev, 2020. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020, vol. 16 : p. 324-333. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/16/2020_16_1.html
- [4] Markey K., Mswoya U., Burduladze N., Salsberg J., MacFarlane A., Dore L. *et al.* Antecedents and consequences of health literacy among refugees and migrants during the first two years of COVID-19: A scoping review. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 2024, vol. 9, n° 5. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38787049/>
- [5] Longchamps C., Ducarroz S., Crouzet L., El Aarbaoui T., Allaire C., Colleville A. C. *et al.* Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire Covid-19*, 2021, n° 1 : p. 2-9. En ligne : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_1/pdf/2021_Cov_1_1.pdf
- [6] Montagni I., Ouazzani-Touhami K., Mebarki A., Texier N., Schück S., Tzourio C. Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *Journal of Public Health*, 2021, vol. 43, n° 4 : p. 695-702. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33693905/>
- [7] Fenta E. T., Tiruneh M. G., Delie A. M., Kidie A. A., Ayal B. G., Limenh L. W. *et al.* Health literacy and COVID-19 vaccine acceptance worldwide: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 2023, vol. 11. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10563502/>
- [8] Breyton M., Schultz É., Smith A., Rouquette A., Mancini J. Information overload in the context of COVID-19 pandemic: A repeated cross-sectional study. *Patient Education and Counseling*, 2023, vol. 110. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9922676/>
- [9] Nedeljko M., Bogataj D., Perovic B. T., Kaucic B. M. Digital literacy during the coronavirus pandemic in older adults: Literature review and research agenda. *IFAC-PapersOnLine*, 2022, vol. 55, n° 39 : p. 153-158. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38620995/>
- [10] Choukou M. A., Sanchez-Ramirez D. C., Pol M., Uddin M., Monnin C., Syed-Abdul S. COVID-19 infodemic and digital health literacy in vulnerable populations: A scoping review. *Digital Health*, 2022, vol. 8. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8874333/>
- [11] Klinger J., Berens E.-M., Schaeffer D. Health literacy and the role of social support in different age groups: results of a German cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 2023, vol. 23, n° 1, art. 2259. En ligne : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17145-x>
- [12] Touzani R., Allaire C., Schultz E., Ousseine Y., Dembélé E., Rigal L. *et al.* *Littératie en santé : rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024 : 70 p.

Pour en savoir plus

Littérature relative au dossier

55

Laetitia Haroutunian

documentaliste,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

Pour compléter ce numéro spécial consacré à la question des inégalités sociales de santé post-pandémie de Covid-19, cette bibliographie rassemble des rapports, enquêtes et études traitant des multiples dimensions de ces inégalités. Elle explore notamment les disparités socio-économiques, sanitaires et territoriales exacerbées par la crise sanitaire, ainsi que les impacts spécifiques sur divers groupes vulnérables : enfants, personnes âgées, populations en situation de précarité. Les documents recensés examinent également les mesures d'intervention mises en œuvre, notamment les dispositifs de soutien et de médiation, pour répondre aux besoins des populations les plus impactées. Une sélection d'ouvrages complète cette bibliographie.

Dans chaque section thématique, les références sont classées par ordre chronologique inversé. Les liens internet mentionnés ont été consultés le 04/11/2024.

RAPPORTS ET AVIS

- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). *Economic and social inequalities in Europe in the aftermath of the COVID-19 pandemic*. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2023 : 102 p. En ligne : <https://www.eurofound.europa.eu/system/files/2023-01/ef22002en.pdf>
- Sarles N., Tolmont S. *Rapport d'information n° 5055 sur l'évaluation de l'adaptation des politiques de lutte contre la pauvreté au contexte de crise sanitaire*. Paris : Assemblée nationale, 2022 : 119 p. En ligne : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/115b5055_rapport-information
- Lang T., Monnet E., Com-Ruelle L., Aujard Y., Brignon J.-M., Claudet I., et al. *Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé*. Paris : Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2021. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1127>
- Joseph D., Trostiansky O. *Crise sanitaire et inégalités de genre. Avis du Conseil économique, social et environnemental*. Paris : CESE, 2021 : 76 p. En ligne : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_11_crise_sanitaire_inegalites_genre.pdf
- Croix Rouge suisse. *Vulnérables – solidaires – résilients. Expériences et enseignements de la crise du coronavirus*. Berne : Croix-Rouge suisse, 2021 : 72 p. En ligne : <https://www.migesplus.ch/fr/publications/vulnerables-solidaires-resilients>
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Avis relatif à la gestion de l'épidémie COVID-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur*. Paris : HCSP, 2020 : 44 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>
- Richard Z., Chabrol F., Ridde V., Zinszer K. *Santé publique en contexte pandémique : les inégalités sociales de santé dans la lutte contre le coronavirus*. *Santé Publique*, 2022 : 34 (HS1) : 14c-c.
- Rea A., Racapé J., Fortunier C. *Les inégalités sociales et de santé du COVID-19*. *Revue Médicale de Bruxelles*, 2022 : 43 (4) : 439-44. En ligne : <https://www.amub-ulb.be/revue-medicale-bruxelles/article/les-inegalites-sociales-et-de-sante-du-covid-19>
- Ramblière L., Pisarik J., Prioux M., Cagan B., Rasli S., Giron S., et al. *Caractéristiques et parcours vaccinal des personnes en situation de précarité vaccinées contre la Covid-19 sur un lieu de distribution alimentaire à Paris*. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022 (15 – série Covid-19) : 2-10. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/Cov_15/2022_Cov_15_1.html
- Gaudray P. *Covid-19, une crise plus que sanitaire*. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2022, 117 (1) : 26-8.
- Bajos N., Costemalle V., Leblanc S., Spire A., Franck J.-E., Jusot F., et al. *Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales*. *Études et résultats*, 2022 (1222) : 8 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1222.pdf>
- Théry H. *L'épidémie de Covid-19 révèle et aggrave les inégalités*. *Hérodote*, 2021, 181 (2) : 26-40.
- Pollak C., Rey S., Dubost C.-L. *Les importantes inégalités sociales face à l'épidémie de Sars-Cov-2 se confirment*. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2021, 116 (4) : 49-52.
- Malengreaux S., Lambert H., Le Boulangé O., Rousseaux R., Doumont D., Aujoulat I. *Tous égaux face aux vaccins contre la Covid-19 ? État des lieux de la littérature scientifique et grise*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS/RESO, 2021 : 19 p. En ligne : <https://www.vaccination-info.be/wp-content/uploads/2021/04/Tous-egaux-face-aux-vaccins-contre-la-Covid-19.pdf>
- Host S., Mangeney C., Grémy I. *Vulnérabilités sociales face à la Covid-19 : principaux constats et perspectives pour une gestion plus durable*. *Environnement, Risques & Santé*, 2021, 20 (3) : 304-7.
- Henrard J.-C. *Partage de connaissances et d'expériences face à la pandémie*. *Santé Publique*, 2021, 33 (6) : 789-92.

DES INÉGALITÉS EXACÉRBEES PAR LA PANDÉMIE ?

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET COVID-19 : ENQUÊTES, ANALYSES

- Bayer-Oglesby L., Bachmann N., Sepahniya S., Jörg R. *Inégalités sociales et Covid-19. OBSAN (Observatoire suisse de la santé)*. *Bulletin*, 2024 (4) : 8 p. En ligne : https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-08/obsan_bulletin_2024_04_f.pdf

Dossier

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

- Delpierre C., Vandentorren S., Kelly-Irving M., Mouly D., Counil É., Grémy I., *et al.* Les inégalités sociales de santé à l'heure de l'épidémie de Covid-19. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2021, 113 (1) : 35-49.
 - Rousseau A., Bevort H., Ginot L. La santé publique au risque de la COVID-19 : du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives. *Santé publique*, 2020, 32 (2) : 83-7.
 - Manus J.-M. Coronavirus : la pandémie se nourrit aussi des inégalités économiques et sociales. *Revue Francophone Des Laboratoires*, 2020 (525) : 23.
 - Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives. *Dossiers de la Drees*, 2020 (62) : 40 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>
 - Damon J. Des inégalités déconfinées par le coronavirus. *Futuribles*, 2020 (4) : 53-9.
 - Barhoumi M., Jonchery A., Lombardo P., Le Minez S., Mainaud T., Raynaud E., *et al.* Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement. In : *France, Portrait Social*. Montrouge : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2020 : 11-44. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797670?sommaire=4928952>
 - Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Counil E., Jusot F., Spire A., *et al.* Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *Questions de santé publique*, 2020 (40) : 1-12. En ligne : https://iresp.net/wp-content/uploads/2022/09/IRSP_40_2020040.pdf
 - Azria E., Sauvegrain P., Blanc J., Crenn-Hebert C., Fresson J., Gelly M., *et al.* Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19. *Gynécologie, obstétrique, fertilité & sénologie*, 2020, 48 (12) : 847-9.
- INÉGALITÉS TERRITORIALES, INÉGALITÉS STRUCTURELLES (LOGEMENT, URBANISME)**
- Singer M., Bulled N., Ostrach B., Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet* 2017 ; 389 : 941-50. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30003-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30003-X/fulltext)
 - Horton R. COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet* 2020 ; 396 : 874. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
 - Piccolo M. « Pandémie » ou « Syndémie » ? Comment la crise du Covid-19 a-t-elle accentué des vulnérabilités déjà existantes ? *Sociétés*, 2022, 158 : 97-110. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-societes-2022-4-page-97?lang=fr&tab=texte-integral>
 - Kushtanina V., Vinel V. Inégalités territoriales et sociales des logements du premier confinement. Regroupements familiaux et isolement en régions françaises. *Revue des politiques sociales et familiales*, 2022, 142-143 (1) : 109-22.
 - Ledéret B., Leclerc C., Trottet L. Inégalités face à la COVID-19. Profils de territoire. *Santé publique*, 2021, 33 (6) : 847-52.
 - Lacoste O., Raynaud J. Santé et territoire en France : Covid-19, la fin d'un cycle de distanciation territoriale de l'analyse sanitaire. *Hérodote*, 2021, n° 183 (4) : 251-66.
 - Host S., Mangeney C., Grémy I. Vulnérabilités sociales face à la Covid-19 : principaux constats et perspectives pour une gestion plus durable. *Environnement, Risques & Santé*, 2021, 20 (3) : 304-7.
 - Guérin S.M., Delevoye-Turrell Y.N., Bird J.M., Karageorghis C.I. # RestezChezVous : Importance des habitudes sportives et de l'environnement de vie pour prévenir les inégalités de mal-être et de sédentarité pendant le confinement COVID-19. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 2021, 62 (1) : 32.
 - Ginot L. Quartiers populaires et Covid-19. *Les Tribunes de la santé*, 2021 (2) : 85-93.
 - Bretagne G., Lang T. Urbanisme et inégalités sociales de santé : La ville impacte-t-elle la santé de tous de la même manière, au temps de la Covid 19 ? *Droit et Ville*, 2021 (1) : 25-48.
 - Mariette A., Pitti L. Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé. *Métropolitiques*, 2020 (7). En ligne : <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-1-2-quand-l-epidemie-aggrave-les-inegalites.html>
 - Mariette A., Pitti L. Covid-19 en Seine-Saint-Denis (2/2) : comment le système de santé accroît les inégalités. *Métropolitiques*, 2020 (7). En ligne : <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-2-2-comment-le-systeme-de-sante-accroit-les.html>
 - Febvrel D. La crise de la Covid-19, révélatrice des inégalités sociales et territoriales de santé. *Les cahiers du développement social urbain*, 2020, 72 (2) : 13-4.
 - Association Qualitel pour la qualité du logement. *Enquête exclusive Qualitel – IPSOS. Le confinement, révélateur des inégalités dans la qualité du logement*. Paris : Association Qualitel, 2020 : 10 p. En ligne : <https://www.qualitel.org/magazine/le-confinement-revelateur-des-inegalites-dans-la-qualite-du-logement/>
- IMPACTS SPÉCIFIQUES SUR LES DIFFÉRENTES POPULATIONS**
- Enfants**
- Tichit C., Jeong J. L'expérience inégale du confinement chez les enfants : résultats de l'enquête CORALIM-INRAE. Semaine Data-SHS. Nanterre, 11 décembre 2023. En ligne : <https://hal.science/hal-04477441v1>
 - Fianu A., Aissaoui H., Naty N., Lenclume V., Rachou E., Delpierre C., *et al.* Santé des enfants à la sortie du premier confinement : une enquête en population à la Réunion. *Santé Publique*, 2022, 34 (HS1) : 20a-a
 - Claudet I., Duché P., Aujard Y., Villemeur Abd., Bodeau-Livinec F., Com-Ruelle L., *et al.* Les enfants victimes de la crise sanitaire. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2021, 116 (4) : 47-9.
- Personnes âgées**
- Belhadj-Ziane K., Moscato Q., Galloro P., Jovelin E. Difficultés, besoins et résilience des personnes âgées immigrées extracommunautaires dans le contexte de la Covid-19 en France. *Migrations Société*, 2024, 195 (1) : 27-41.
 - Amyot J.-J. Covid-19 : un révélateur du traitement social de la vieillesse. *Vie sociale*, 2022 : 37 (1) : 75-90.
 - Nicolas G. L'égalité d'accès aux soins ou la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en période de pandémie. *Droit, Santé et Société*, 2020, 1 (1) : 31-40.
- Personnes en situation de précarité**
- Longchamps C., Ducarroz S., Crouzet L., El Aarbaoui T., Allaire C., Colleville A.-C., *et al.* Perceptions et impact de l'épidémie liée à la COVID-19 chez les personnes en situation d'exclusion en France. *Santé Publique*, 2022 : 34 (HS1) : 20d-d.

- Carillon S. L'expérience du confinement : une épreuve ordinaire de désaffiliation pour des personnes immigrées en situation de précarité. *Santé Publique*, 2022, 34 (HS1) : 20c-c.
- Accardo A., Brun A., Lellouch T. La crise sanitaire a accentué la précarité des bénéficiaires de l'aide alimentaire. *Insee Première*, 2022 (1907) : 4 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6466177>
- Melchior M., Desgrées du Loû A., Gosselin A., Datta G.-D., Carabali M., Merckx J., et al. À quand une prise en compte des disparités ethnoraciales vis-à-vis de l'infection à COVID-19 en France ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2021, 69 (2) : 96-8.
- Desprès C., Boissonnat-Pelsy H. Pandémie de COVID-19 : la grande pauvreté à l'épreuve de la levée du confinement. *Santé Publique*, 2021, 33 (6) : 885-95.

Travailleurs

- Counil E., Khat M. Covid-19 : les classes populaires paient-elles le plus lourd tribut au coronavirus en France ? *The Conversation*, 2020 : 1-8. En ligne : <https://theconversation.com/covid-19-les-classes-populaires-paient-elles-le-plus-lourd-tribut-au-coronavirus-en-france-138190>
- Côté D., Dubé J., Frozzini J. Précarité et inégalités sociales de santé au travail à l'ère de la COVID-19. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 2020 (24) : 216-20.
- Côté D., Dubé J., Frozzini J. *Précarité du travail et inégalités sociales de santé : quelles leçons à tirer de la pandémie de COVID-19*. Laboratoire de recherche en relations interculturelles (LABRRI). 2020 : 5 p. En ligne : https://labrri.net/wp-content/uploads/2020/05/Article_Site-LABRRI_travailPrecarite-5.pdf

INTERVENTIONS, DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT

- Maurin M., Uribelarrea G., Verbeck C. L'hébergement d'urgence à l'épreuve de la pandémie. Enquête sur les reconfigurations d'un dispositif de mise à l'abri hivernal. *Revue française des affaires sociales*, 2023 (1) : 205-23.
- Richard É., Vandentorren S. Accompagnement des gens du voyage face à la pandémie de Covid-19 : l'apport de la médiation en santé. *La Santé en action*, 2022 (460) : 37-8. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/672068/4466534?version=1>
- Hamel E., Allaire C., Lydié N., Héritage Z., Bonmarin I. Prévention du Sars CoV2 et populations migrantes en France : une démarche d'universalisme proportionné. *Santé Publique*, 2022, 34 (HS1) : 4a-a.
- Vandentorren S., Laporte A., Delmas G., Hamel E., Shah J., Allaire C., et al. *Lutte contre la Covid-19 auprès de populations en grande précarité en France : partage des connaissances sur les stratégies de dépistage*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 12 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/642492/4348618?version=1>
- Richard É., Brabant G., Autes E., Ramel V., Vandentorren S. *Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Investigation de clusters complexes par la médiation en santé*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 35 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/641513/4344968?version=1>
- Mosnier É., Farnarier C., Mosnier M., Allaria C., Loubière S., Monfardini E., et al. Un modèle innovant d'intervention, de dépistage et de prise en charge mobile de la Covid-19 chez les personnes sans-abri à Marseille. *Santé Publique*, 2021, 33 (6) : 947-57.
- Bruno T., Decuman S., Perl F. Littérature en santé et crise sanitaire : l'exemple de la COVID-19. *Santé Publique*, 2021, 33 (6) : 843-6.

SÉLECTION D'OUVRAGES, NUMÉROS THÉMATIQUES

	<p>Burton-Jeangros C., Jackson Y., Racapé J., Raynault M.-F., Rea A. <i>Les inégalités sociales et de santé : Gestion de la crise de la Covid-19 à Bruxelles, Genève et Montréal</i>. Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles, 2024 : 205 p.</p>
	<p>Spira A., Leblanc N. <i>Santé. Les inégalités tuent</i>. Vulaines-sur-Seine : Éditions du Croquant, 2022 : 160 p.</p>
	<p>Lambert A., Cayouette-Rembrière J., Meda D. <i>L'explosion des inégalités</i>. La Tour d'Aigues : L'Aube, 2021 : 448 p.</p>
	<p>Habiter son logement au temps du confinement. Expériences contrastées et inégalités. <i>Revue des politiques sociales et familiales</i>, 2021 (141) : 42 p.</p>
	<p>Lazar M., Plantin G., Ragot X. <i>Le monde d'aujourd'hui : les sciences sociales au temps de la Covid</i>. Paris : Presses de Sciences Po, 2020 : 386 p.</p>
	<p>Inégalités et Covid-19 : double peine pour les quartiers populaires. <i>Les Cahiers du développement social urbain</i>, 2020 (72) : 47 p.</p>

« L'employeur doit veiller à ce que le lieu de travail ne soit pas vecteur de tabagisme »

Entretien avec Cécile Gailliard, chargée de mission, **Lidiana Munerol,** médecin de santé publique, référentes Tabac, Direction de la promotion de la santé, de la prévention et de la santé environnementale, département Promotion de la santé, prévention et vulnérabilités, agence régionale de santé (ARS) Grand Est.

L'ESSENTIEL

► L'agence régionale de santé (ARS) Grand Est a mis en œuvre un projet Administration sans tabac depuis 2020, avec un dispositif d'évaluation. Plusieurs actions sont proposées aux agents, gratuitement et sur leur temps de travail : consultations de professionnels, conférences, animations conviviales, comme la « pause autrement ». La principale difficulté est de s'engager dans une « dénormalisation » de la consommation de tabac sans stigmatiser les fumeurs associés à la réflexion.

La Santé en action :

Quelle est l'origine du projet « ARS sans tabac » ?

Lidiana Munerol : L'agence régionale de santé (ARS) Grand Est a construit avec les acteurs du territoire son premier plan régional de lutte contre le tabac en 2018. Nous avons repris les deux axes principaux du plan national, à savoir prévenir l'entrée des jeunes dans le tabagisme et aider à arrêter de fumer les fumeurs qui le désirent. Nous avons souhaité ajouter un troisième axe qui nous tenait à cœur : créer des environnements favorables à l'arrêt du tabac. L'ARS a considéré qu'il était compliqué d'encourager les établissements de santé à s'inscrire dans ce programme régional sans

que l'agence ne soit elle-même partie prenante de cette démarche pour ses 700 agents. La direction générale a soutenu « ARS sans tabac », dans un souci d'exemplarité institutionnelle.

S. A. : Comment avez-vous construit ce dispositif ?

Cécile Gailliard : Nous nous sommes inspirés de l'initiative « Campus sans tabac », menée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Un comité de pilotage – porté conjointement par trois directions : le secrétariat général, la direction de la communication ainsi que la direction de la promotion de la santé, de la prévention et de la santé environnementale – a été mis en place. Les agents volontaires et les directeurs souhaitant s'impliquer ont été invités à rejoindre un groupe de travail, réunissant personnes non fumeuses et fumeuses. Il n'a jamais été question de stigmatiser les fumeurs, la démarche se voulant, dès le départ, bienveillante et non clivante. L'objectif était de réfléchir collectivement à un plan d'actions. Nous nous sommes par ailleurs appuyés sur des experts et sur la littérature pour identifier guides et retours d'expériences relatifs à des démarches similaires.

L. M. : Une enquête préalable, par auto-questionnaire, a permis de mesurer l'intérêt des agents pour la thématique et la possibilité de traiter du tabac au sein de l'environnement professionnel. Nous voulions savoir comment la démarche allait être ressentie, si les fumeurs souhaitaient ou non disposer d'une aide dans le cadre du travail... Les résultats ont favorisé le déploiement de cette initiative au sein de l'agence, pour laquelle un budget de 70 000 € a été dégagé. « ARS sans

tabac » a démarré en janvier 2020, après une année de phase préparatoire. Ce financement de départ n'est pas encore épuisé, montrant qu'une telle action peut être conduite avec des frais minimes.

S. A. : Quelle est sa mise en œuvre concrète ?

C. G. : Des consultations gratuites et anonymes avec des tabacologues et des diététiciens sont proposées aux agents, et ce pendant leur temps de travail. Elles sont ouvertes à tous, fumeurs et non-fumeurs. On peut ainsi rencontrer le tabacologue pour soi ou pour ses proches. Avec la crise sanitaire de la Covid, ces consultations ont été poursuivies à distance, par visioconférence, ce qui a très bien fonctionné. Aujourd'hui, les agents ont le choix d'être reçus sur rendez-vous dans le cabinet du tabacologue ou du diététicien ou de consulter ces professionnels par visioconférence. À la date de juillet 2024, nous recensons 56 consultations de tabacologie, et 133 de diététique. Des conférences gratuites ont lieu, toujours sur le temps de travail des agents, pour évoquer des thèmes variés en lien avec le tabac : stratégie de l'industrie du tabac, alimentation et tabac, adolescence et tabac, etc. Elles sont prévues lors des événements forts que sont la Journée mondiale sans tabac, le 31 mai, et le Mois sans tabac, en novembre. D'autres animations sont proposées, telles que les « pauses autrement » : c'est une alternative aux pauses-cigarettes classiques, avec dégustation de pommes en prenant une infusion ou un thé. Des « défis marche », seul ou en équipe, avec des lots à gagner, sont également organisés sur chacun des sites. En

mai 2023, 26 participants en solo et 77 en équipes ont parcouru un total de 4 057 km.

L. M. : Un chantier essentiel a été l'aménagement des zones fumeurs, lesquelles doivent être agréables, mais sans être trop confortables, et localisées dans des endroits peu gênants pour les non-fumeurs, c'est-à-dire éloignées des fenêtres, portes et points de passage. L'idée n'est pas de cacher les fumeurs en les reléguant le plus loin possible, mais de protéger les agents du tabagisme passif, et de prévenir les risques de rechute pour les personnes en sevrage tabagique. Un agent qui a pris la décision d'arrêter de fumer ne doit pas être stressé à l'idée de venir travailler, à cause de cigarettes à proximité. Ce travail sur les espaces fumeurs a été bien reçu par les agents, mais il n'a pas été possible de suivre les préconisations sur tous les sites, à cause de la configuration des locaux. Un effort particulier a été fait sur le volet communications interne et externe, afin d'afficher l'implication de notre administration. Que ce soit dans les salles de réunions ou les ascenseurs, les courriers ou les mails, le logo ARS Grand Est affiche la précision « ARS sans tabac ». Nous voulons susciter des questionnements et un intérêt à l'extérieur. Nous avons réalisé une charte et un guide, disponibles sur le site Internet de l'agence. Ces documents rassemblent des outils pratiques et des conseils pour les administrations et pour les entreprises qui souhaitent se lancer.

S. A. : Avez-vous des relais sur place ?

C. G. : Les agents de l'ARS Grand Est travaillent sur 11 sites différents, sur lesquels il nous était difficile d'être présentes simultanément pour orchestrer le déroulement du projet. Des ambassadeurs sont donc nos relais pour porter la démarche sur le terrain, avec un vade-mecum résumant leurs missions.

L. M. : Nous avons lancé un appel à candidatures pour les recruter, et 25 personnes se sont portées volontaires. Afin de pouvoir répondre aux questions des agents, les orienter, les conseiller, ces ambassadeurs ont bénéficié d'une sensibilisation à la tabacologie et d'une courte formation à la gestion

des relations interpersonnelles et des conflits. Leur dynamisme et leurs idées ont été un atout pour concrétiser les choses. À titre d'exemple, des ambassadeurs ont proposé des sorties collectives tous les midis à l'occasion et mis en place un défi photo lors de ce moment, d'autres ont organisé des *escape-games* sur le thème du tabac (jeu de la Ligue contre le cancer).

S. A. : Quels sont les principaux résultats de l'évaluation ?

L. M. : Pour cette évaluation, toujours en cours, les critères retenus sont : la connaissance du dispositif « ARS sans tabac » par les agents, leur adhésion et leur implication. Une enquête en ligne a été réalisée avant le lancement, en 2019, puis rééditée en 2022 avec les mêmes questions, et à nouveau fin 2023. À chaque fois, nous avons recueilli environ 200 réponses. En complément, une enquête plus qualitative a été effectuée à la fin de l'année 2023. Les premiers résultats sont plutôt favorables : le ressenti très positif de la démarche s'est maintenu dans le temps avec, en 2019, 94 % d'agents favorables ou très favorables à la démarche, un pic en 2022 où ils étaient 96 % et, en 2023, un retour au niveau de 2019 à 94 %. En revanche, si la connaissance du dispositif progresse entre 2019 et 2022 – puisque la part de répondants disant connaître parfaitement le dispositif passe de 49 % à 65 % –, une légère baisse est notée en 2023 (58 %), mais avec un niveau qui reste supérieur au niveau de départ ; des piqûres de rappel paraissent donc nécessaires pour que cette connaissance ne fléchisse pas. L'implication des agents reste stable pour la participation aux conférences : en moyenne, 47 personnes par conférence avec des pics à 70 participants, mais elle baisse légèrement pour les défis marche (la première édition avait comptabilisé 89 participants en novembre 2021, 140 en novembre 2022, 103 en mai 2023 et 81 participants en novembre 2023). Il a pu nous être demandé, y compris par nos directions, de mesurer les résultats en termes d'arrêt du tabac. Rappelons que l'objectif du projet n'est pas une injonction individuelle d'arrêter de fumer, mais de créer un environnement professionnel favorable à la « dénormalisation » de la consommation de cigarettes. L'évolution

du nombre de fumeurs ne fait donc pas partie des critères d'évaluation, notamment parce que l'échantillon de répondants n'est pas stable, ne serait-ce qu'en raison du *turn-over* des agents. De plus, le tabagisme est multifactoriel, et son arrêt également. Il serait inconsidéré d'affirmer qu'un agent a cessé de fumer grâce à notre action, qui ne peut être qu'un élément parmi d'autres. Notre message principal est de dire qu'il est normal que l'employeur veille à ce que le lieu de travail ne soit pas vecteur de tabagisme. Par ailleurs, d'aucuns se sont étonnés du fait que les consultations diététiques étaient accessibles aux non-fumeurs. Ce n'est pas à nos yeux un problème, au contraire. Il est difficile pour une personne de demander de l'aide, de s'interroger sur son alimentation. En dégageant une heure de temps de travail pour permettre cette consultation, nous participons à la qualité de vie au travail des personnels, et à leur bien-être au travail.

S. A. : Cette démarche doit-elle évoluer ?

L. M. : Il nous faut sans doute améliorer la communication afin de mieux faire connaître la démarche en interne, notamment auprès des nouveaux arrivants. Nous souhaitons également continuer à travailler sur le positionnement des espaces fumeurs : sur quelques sites, ces espaces sont une réussite et les agents en sont très satisfaits, mais c'est loin d'être le cas partout. Nous réfléchissons aussi à élargir la démarche, vers une ARS promotrice de santé, où différentes briques se complèteraient : le tabac, mais aussi l'alimentation, l'activité physique, l'environnement. Il est nécessaire d'envisager la personne dans sa globalité, avec des actions qui se répondent et qui ont de nombreux bénéfices pour la santé générale. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

Pour en savoir plus

● *Guide Administration & Entreprise sans tabac. Un outil pour vous aider pas à pas.* Nancy : ARS Grand Est. 60 p. En ligne : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/96596/download?inline>

Où en est ma santé ?



.....
Mon Bilan Prévention

GRATUIT

J'ai entre 18-25, 45-50, 60-65 et 70-75 ans.
Je prends rendez-vous avec le professionnel
de santé de mon choix.

