

L'Infolettre du Centre doc

N° 11 :

Voici le onzième numéro de l'Infolettre du Centre doc. Ce document vise à synthétiser les publications les plus pertinentes en promotion de la santé.

Ce numéro spécial est consacré aux inégalités sociales de santé en période de pandémie du COVID-19 sur le plan national et international.

La crise sanitaire affecte de manière disproportionnée les personnes les plus pauvres, les minorités et un large éventail de populations vulnérables. Cette disproportion s'explique par la propagation inévitable de la contamination dans les zones de population dense et par sa capacité d'atténuation limitée en raison de la forte prévalence des maladies chroniques et du faible accès à des services de santé. De plus, les effets collatéraux de la pandémie dus à la récession économique mondiale, à l'isolement social et aux mesures de restriction des déplacements affectent inégalement ceux des couches les plus faibles des sociétés.

Les articles présentés sont disponibles sur simple demande à l'adresse observatoire.sante@hainaut.be.

Bonne lecture à vous.

Dans ce numéro, vous trouverez :

- Une analyse des facteurs associés à la mortalité par COVID-19 de 5 683 décès à l'hôpital.
- Une analyse des conditions de revenu et du niveau d'éducation dans l'admission à l'hôpital des patients COVID-19.
- Une approche des inégalités sociales générées par les mesures d'application universelle dans la société française.
- Une lecture de la pandémie du COVID-19 au prisme des inégalités sociales.
- Une analyse de l'impact économique de la crise du coronavirus sur les différents groupes de travailleurs et son impact sur les inégalités sociales.
- L'accès aux soins et aux services de santé durant la période de confinement.
- La stratification sociale des effets du COVID-19
- Les changements de comportement de santé durant la pandémie de COVID-19 et leur impact sur les inégalités sociales de santé.
- Une approche spatiale et sociodémographique de la surmortalité liée au COVID-19 en Belgique

1. Facteurs associés à la mortalité par COVID-19 auprès d'une cohorte de 5 683 décès en milieu hospitalier

Cette étude de cohorte menée au Royaume-Uni a pour objectif d'analyser la répartition des facteurs associés à la mortalité par COVID-19 afin d'identifier le poids relatif des inégalités sociales sur cette mortalité.

La plupart des comorbidités étudiées étaient associées à un risque accru de mortalité. Ces comorbidités sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires, y compris l'asthme, l'obésité, les antécédents d'hémopathie maligne ou d'autres cancers récents, les reins, le foie, les maladies neurologiques et les maladies auto-immunes.

Un diabète non contrôlé multiplie le risque de décès par rapport à un diabète bien traité. Par contre, un diabète non connu augmente également le risque de mortalité.

Un cancer récent augmente sensiblement le risque de mortalité alors qu'un cancer antérieur à 5 ans ne présente aucun risque de surmortalité.

Une pathologie hématologique présente un risque accru de mortalité et ce risque ne diminue que très peu en fonction de l'ancienneté de la maladie.

Les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiaques chroniques, les maladies hépatiques chroniques, les accidents vasculaires cérébraux ainsi que la réduction de la fonction rénale sont associés à une augmentation significative du risque de mortalité en cas d'infection par le COVID-19 (de 3 à 5 fois plus élevé en fonction des pathologies). Il est évident que le cumul de ces pathologies intervient comme un cumul des risques de chaque pathologie.

Seule l'hypertension n'influence pas la mortalité alors qu'elle est considérée comme un facteur de risque de l'hospitalisation pour COVID-19.

Les résultats mettent aussi en évidence que l'augmentation en âge est fortement associée à un risque accru de mortalité. A titre de comparaison, le groupe d'âge des plus de 80 ans court un risque 12 fois plus élevé que celui des 50-59 ans.

Le sexe masculin est associé à un risque double de mortalité.

Un risque croissant a été observé avec un niveau de privation plus élevé et un niveau plus élevé en suivant un gradient.

Un tabagisme antérieur était également associé à un risque plus élevé, ajusté à l'âge et au sexe. Même si le tabagisme actuel semble présenter de petits effets protecteurs contre le COVID-19, cela serait encore massivement compensé par les effets néfastes bien établis du tabagisme sur la santé.

Les personnes des groupes défavorisés (ici majoritairement les personnes d'origine africaine et asiatique) avaient un risque considérablement plus élevé de décès par COVID-19, uniquement partiellement attribuable à la comorbidité, à la privation ou à d'autres facteurs de risque. La privation est également un facteur de risque majeur, qui n'était que partiellement imputable à la comorbidité ou à d'autres facteurs de risque.

Autrement dit, la surmortalité constatée dans les groupes les plus défavorisés est attribuable en partie à une maladie existante. Cette augmentation du risque nécessite des stratégies plus ciblées pour protéger les personnes issues de ces groupes contre le COVID-19.

Williamson, Elizabeth, et al. "OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients." MedRxiv (2020).

2. Une analyse des disparités de vulnérabilité préexistantes face à l'hospitalisation des patients contaminés par le COVID-19

La pandémie du COVID-19 a amplifié les disparités en matière de santé. Ces disparités en santé se sont aussi traduites dans la prise en charge hospitalière des patients nécessitant une prise en charge spécifique.

Si les conditions d'origine ethnique ont pu être identifiées dès l'admission des premiers patients, aucune étude n'a porté sur les conditions de revenu et d'éducation.

Les résultats mettent en évidence que dans la population américaine, la vulnérabilité découlant des conditions préexistantes est trois fois plus élevée pour les adultes du quartile de revenu inférieur par rapport au revenu du quartile supérieur face à l'hospitalisation due au COVID-19.

Pour le niveau d'éducation, l'étude précise que l'hospitalisation des personnes ayant acquis un diplôme d'études secondaires sont 60 % plus susceptibles d'être hospitalisés que les individus ayant acquis un diplôme de niveau universitaire.

Les niveaux de revenu et d'éducation sont des facteurs déterminants de la présence des comorbidités à l'origine de la gravité de la maladie consécutive au COVID-19.

Ainsi, les adultes possédant au maximum un diplôme d'études secondaires présentent des taux plus élevés pour toutes les comorbidités à l'exception du cancer et de l'insuffisance rénale chronique. Il existe un réel gradient social dans l'apparition de ces maladies en fonction du statut socio-économique.

Ces disparités de statut socio-économique existent également dans le nombre de comorbidités. Ainsi, les personnes qui détiennent un diplôme de secondaire inférieur sont deux fois plus susceptibles de présenter trois comorbidités par rapport aux personnes qui obtiennent un diplôme de secondaire supérieur.

En prenant en compte le revenu, les adultes du quartile inférieur sont quatre fois plus susceptibles de présenter trois comorbidités ou plus par rapport aux personnes du quartile supérieur.

Ces comorbidités s'accumulent à des âges plus précoces pour les personnes au diplôme obtenu le plus faible et pour les personnes qui se situent dans le quartile inférieur de revenu.

Les résultats mettent en évidence que le nombre d'adultes de 45 à 64 ans dont le revenu du ménage se situe dans le quartile supérieur sont moins nombreux (16 %) à souffrir de deux comorbidités ou plus en comparaison au nombre d'adultes de 25 à 44 ans se situant dans le quartile inférieur de revenu (19 %).

De même, moins d'adultes appartenant au groupe d'âge le plus âgé et issus du quartile supérieur pour le revenu du ménage sont susceptibles de connaître deux comorbidités ou plus (38 %) en comparaison aux adultes d'âge moyen (45 à 64 ans) ayant des revenus situés dans le quartile inférieur (45 %).

Concernant les données relatives au revenu ou au niveau d'éducation, celles-ci ne sont pas disponibles dans les données de surveillance hospitalière. Pourtant les disparités socio-économiques dans la présence et le nombre de comorbidités prédiraient des disparités d'hospitalisations plus importantes encore que celles identifiées pour la race ou le groupe ethnique. Ces disparités apparaissent déjà dès la quarantaine. Le statut socio-économique affecte donc le

risque d'hospitalisation en raison de la présence plus précoce et plus nombreuse de comorbidités, mais également par le fait que les populations défavorisées présentent des taux plus élevés de maladies non diagnostiquées et qu'elles bénéficient d'une prise en charge et d'une surveillance plus faibles.

Wiemers, Emily E., et al. "Disparities in vulnerability to complications from COVID-19 arising from disparities in preexisting conditions in the United States." *Research in social stratification and mobility* 69 (2020): 100553.

3. Les inégalités sociales au temps du COVID-19 en France

Cette étude aborde la question des inégalités sous deux angles :

- d'une part, les facteurs d'exposition au virus liés au lieu de résidence, aux conditions de logement ou à la nécessité de travailler hors du domicile ;
- de l'autre, les effets du confinement sur les conditions de vie : recours au télétravail, prise en charge des enfants, situation d'emploi, situation financière.

Elle décrit ces diverses formes d'inégalités en s'attachant spécialement à leurs effets cumulatifs pour certaines catégories de la population. Elle est centrée sur les femmes et les hommes d'âge actif, entre 18 et 64 ans pour tenir compte de l'impact de l'épidémie sur la situation d'emploi.

Son objectif est d'estimer la dynamique de l'épidémie à l'échelle française et départementale, mesurer les effets des conditions de vie sur l'exposition au virus et, réciproquement, ceux de l'épidémie sur les conditions de vie.

L'enquête se propose de suivre l'évolution de l'épidémie en interrogeant les mêmes personnes sur plusieurs vagues.

Les résultats de l'enquête ont permis de mettre en évidence que les mesures prises pour lutter contre l'épidémie ont permis de réduire efficacement la contamination dans la population. Elles se sont par contre heurtées aux inégalités sociales. Si ce phénomène n'est pas spécifique à la crise sanitaire du COVID-19, les inégalités sociales de classe et à l'origine des personnes contaminées sont très présentes et présentent un effet cumulatif. Les inégalités de genre semblent moins marquées mais se retrouvent dans la répartition de l'origine des femmes immigrées qui sont des ouvrières non qualifiées. Les différences de genre se manifestent aussi si on prend en considération la répartition des tâches ménagères et la prise en charge des enfants.

Le lieu de résidence et l'origine ethnique illustrent également les inégalités sociales face à l'exposition potentielle au virus et expliquent les variations de mortalité. Or, ces personnes adoptent tout autant que les autres l'application des mesures dites gestes barrières. Ce sont aussi ces mêmes groupes qui connaissent des prévalences plus élevées de comorbidités susceptibles d'influencer une évolution plus grave de la maladie par COVID-19.

La crise sanitaire a aussi accentué les inégalités sociales face à l'emploi et à son maintien et par conséquent à la vulnérabilité financière. Quelles que soient les configurations sociales considérées, les données de l'enquête attestent de l'importance des conditions de vie pour rendre compte de l'impact social de la crise sanitaire.

Nathalie Bajos (Inserm), Josiane Warszawski (Inserm – Université Paris Saclay), et al. , *Les inégalités sociales au temps du COVID-19, Questions de santé publique, IREPS, n° 40, octobre 2020, 12 p.*

4. La pandémie du COVID-19 et les inégalités de santé

Les auteurs de cet article se sont d'abord interrogés sur la question des inégalités dans une approche historique des pandémies.

A titre d'exemple, la littérature répertorie la présence des inégalités dans la pandémie de grippe espagnole de 1918.

La littérature internationale démontre qu'il existait des inégalités dans les taux de prévalence et de mortalité entre les pays à revenu élevé et à faible revenu, dans les quartiers plus et moins aisés, au sein des groupes socio-économiques supérieurs et inférieurs, et selon les zones urbaines et rurales.

Diverses études sur la grippe hivernale cyclique en Amérique du Nord ont également trouvé des associations entre la mortalité, la morbidité et la gravité des symptômes et le statut socio-économique chez les adultes et les enfants.

A titre d'exemple en ce qui concerne l'infection par le COVID-19, les données intermédiaires publiées par le gouvernement catalan en Espagne suggèrent que le taux d'infection au COVID-19 est six ou sept fois plus élevé dans les zones les plus défavorisées de la région par rapport aux moins défavorisées.

A Chicago (au cours de la période se terminant le 17 avril 2020), 59,2 % des décès dus au COVID-19 concernaient des résidents noirs et le taux de mortalité au COVID-19 des habitants de Chicago noirs était de 34,8 pour 100 000 habitants contre 8,2 pour 100 000 habitants parmi les résidents blancs.

Il existe bien une interaction entre les inégalités raciales et socio-économiques, démontrant l'"intersectionnalité" de multiples aspects du désavantage qui se

combinent pour aggraver la maladie et augmenter le risque de mortalité.

La pandémie COVID-19 se produit dans un contexte d'inégalités sociales et économiques dans les maladies non transmissibles existantes ainsi que d'inégalités dans les déterminants sociaux de la santé. Des inégalités dans les taux d'infection et de mortalité au COVID-19 résultent donc d'une 'syndémie'* du COVID-19, des inégalités dans les maladies chroniques et des déterminants sociaux de la santé. La prévalence et la gravité de la pandémie du COVID-19 sont amplifiées en raison des épidémies préexistantes de maladies chroniques - qui sont elles-mêmes structurées socialement et associées aux déterminants sociaux de la santé.

Ces inégalités dans les maladies chroniques résultent d'inégalités d'exposition aux déterminants sociaux de la santé : les conditions dans lesquelles les gens vivent, travaillent, grandissent et vieillissent, y compris les conditions de travail, le chômage, l'accès aux biens et services essentiels (par exemple, l'eau, l'assainissement et l'alimentation), le logement et l'accès aux soins de santé.

* Une syndémie existe lorsque les facteurs de risque ou les comorbidités sont entrelacés, interactifs et cumulatifs - exacerbant négativement le fardeau de la maladie et augmentant de manière additive ses effets négatifs

En effet, les études mettent bien en évidence que l'accès aux soins de santé est plus faible dans les communautés défavorisées et marginalisées - même dans les systèmes de santé universels.

Les déterminants sociaux de la santé contribuent également à rendre les personnes issues de communautés

marginalisées plus vulnérables à l'infection par le COVID-19 - même lorsqu'elles ne souffrent d'aucun problème de santé sous-jacent. Des décennies de recherche sur les déterminants psychosociaux de la santé ont montré que le stress chronique de la privation matérielle et psychologique est associé à l'immunosuppression.

Aujourd'hui, il y a de plus en plus de preuves que le fait de vivre dans des environnements défavorisés peut produire un sentiment d'impuissance et une menace collective parmi les résidents, conduisant à des facteurs de stress chroniques. Avec le temps, ces facteurs nuisent à la santé en influençant l'évolution et l'issue des maladies infectieuses en ce compris les maladies respiratoires comme le COVID-19.

Mais l'impact du COVID-19 sur les inégalités de santé ne se limite pas en termes d'infection virale et de mortalité, mais aussi dans les conséquences sanitaires des réponses politiques entreprises par la plupart des pays.

Les vecteurs par lesquels le confinement décidé d'urgence pour lutter contre le COVID-19 sont également susceptibles d'avoir des impacts inégaux sur la santé et sont multiples.

Les conditions de surpopulation, du caractère urbain, de l'accès aux espaces verts, la perte d'emploi et de revenus influencent la façon de vivre ce confinement. Les déterminants sociaux de la santé sont aussi impactés par ce confinement, notamment par la réduction d'accès aux services de santé pour des raisons indépendantes du COVID-19 car le système de soins était submergé par la pandémie ou parce que la mobilité était moindre. De même, ce confinement a généré un impact sur la santé mentale par l'isolement et par l'augmentation des violences intrafamiliales.

Bambra, Clare, et al. "The COVID-19 pandemic and health inequalities." J Epidemiol Community Health (2020).

5. L'impact économique de la crise du COVID-19 et ses conséquences sur l'emploi et les inégalités sociales

La crise du COVID-19 a affecté tout le monde. La santé de chacun est menacée et pour lutter contre la maladie, la vie professionnelle a été modifiée dans tous les pays.

Mais certaines catégories de travailleurs sont plus touchées que d'autres : la relation entre le type d'emploi des personnes et leur exposition à de grands risques économiques ou sanitaires dans cette crise n'est en aucun cas uniforme.

Les auteurs ont identifié quatre groupes de personnes qui, même si elles ont été exposées à la même crise, vont subir des conséquences très différentes de cette expérience.

1. Ces quatre groupes sont : Les travailleurs dits 'de base' qui sont les plus exposés aux risques car ils continuent à travailler dans des emplois où la distanciation sociale est difficile ;
2. Les travailleurs de secteurs d'activité qui ont été mis à l'arrêt et qui sont les plus susceptibles de perdre leur emploi ou de voir réduire leur temps de travail ;
3. Les travailleurs qui ont l'opportunité de faire du travail à domicile ;
4. Les travailleurs qui poursuivent leur activité en entreprise mais qui bénéficient des conditions de garantie de l'application des gestes barrières.

Premier constat, ce sont les personnes les moins rémunérées, les jeunes et les femmes qui sont le plus impactées par la crise sanitaire et la baisse de revenu.

En effet, ce sont majoritairement les femmes qui occupent les postes pour lesquels la distanciation sociale est difficile à respecter. 39 % des mères qui travaillaient étaient des travailleuses clés avant le début de cette crise, contre seulement 27 % de la population active dans son ensemble.

Les travailleurs issus des secteurs économiques qui ont dû fermer sont les personnes qui sont le plus affectées par la perte de revenus. Ce sont majoritairement des indépendants ou des travailleurs ayant peu de sécurité d'emploi. L'étude met en évidence que ce sont aussi les personnes qui ont le plus d'insécurité de leur logement. Majoritairement locataires, ils voient leur pouvoir d'achat fortement diminué malgré les aides gouvernementales. Ce sont également les travailleurs qui ont connu la plus forte détérioration de la progression salariale au lendemain de la crise financière.

Les résultats mettent en évidence que 45 % des travailleurs qui connaissent une insécurité d'emploi sont issus des secteurs qui ont été contraints de fermer leur activité et représentent 30 % des travailleurs à temps partiel.

A cela s'ajoute le fait que le confinement, les mesures de distanciation sociale ont également bouleversé la vie de la plupart des familles de ces derniers mois, la fermeture des écoles affectant la capacité de nombreux parents à poursuivre leur vie professionnelle normalement.

Il est évident que les mesures gouvernementales jouent un rôle énorme pour protéger les groupes touchés par les graves conséquences économiques. Mais l'impact sur la fermeture d'entreprises et la perte d'emploi qui y est associée

n'interviendront qu'après la crise et les conséquences risquent d'être désastreuses et d'appauvrir les plus pauvres tout en faisant gonfler le nombre de personnes confrontées à la pauvreté.

Ce virus ne fait pas de distinction entre riches et pauvres, mais l'impact économique et sanitaire est différent selon les catégories de travailleurs. En effet, ce sont les travailleurs dans les situations économiques les plus précaires et les plus fragiles qui supportent le plus gros des risques économiques et sanitaires de cette crise.

Gustafsson, M., and Charlie McCurdy. "Risky business: economic impacts of the coronavirus crisis on different groups of workers." Resolution Foundation 28 (2020).

6. L'accessibilité aux services de santé et aux soins pendant la période de confinement

Les études réalisées ces dernières décennies ont bien mis en évidence que l'accès aux services de santé et aux soins adéquats est influencé par le sexe, l'appartenance ethnique, la position socio-économique (SEP) et le poids des comorbidités.

L'objectif de l'étude est de mettre en évidence l'impact de la pandémie du COVID-19 sur l'aggravation des inégalités de santé existantes en Grande-Bretagne.

Les participants provenaient de cinq cohortes britanniques longitudinales homogènes d'âge (nées en 2001, 1990, 1970, 1958 et 1946). Une enquête en ligne et par téléphone a fourni des données sur les rendez-vous chirurgicaux ou médicaux annulés, et le nombre d'heures de soins reçues pendant le confinement national britannique du COVID-19.

Dans toutes les cohortes, le sexe féminin était associé à une probabilité plus élevée de chirurgie annulée, d'interventions médicales ou de rendez-vous médicaux supprimés.

De même, la présence d'une (ou de plusieurs) maladie(s) chronique(s) était associée à un risque plus élevé de voir une intervention ou rendez-vous médical annulé.

Le statut socio-économique et l'origine ethnique ne semblaient pas être des facteurs influençant l'annulation de rendez-vous médicaux ou d'interventions chirurgicales.

En outre, les minorités ethniques et les personnes atteintes d'une maladie chronique ont eu des besoins de soins considérablement plus élevés pendant le confinement. Les jeunes générations ont autant de difficultés à accéder aux soins de santé et à des besoins de soins accrus que les personnes âgées.

Le confinement imposé par le gouvernement britannique pendant la pandémie de COVID-19 semble avoir aggravé les inégalités de santé existantes, touchant principalement les femmes, les minorités ethniques et les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les autorités de santé publique doivent mettre en œuvre d'urgence des politiques pour garantir un accès équitable à la santé et aux soins pour tous.

Topriceanu, Constantin-Cristian, et al. "Inequality in access to health and care services during lockdown-Findings from the COVID-19 survey in five UK national longitudinal studies." medRxiv (2020).

7. La stratification sociale des effets du COVID-19

Cette étude examine comment les vulnérabilités sanitaires et socio-économiques liées au COVID-19 coexistent au niveau des ménages, et comment elles sont réparties entre les types de ménages et les zones géographiques au Royaume-Uni.

La recherche sur le COVID-19 s'est principalement concentrée sur l'atténuation et l'identification des risques pour la santé au niveau individuel, sans trop se soucier de la façon dont les personnes âgées et les jeunes sont imbriqués dans différentes structures familiales et comment leurs possibilités de suivre les directives gouvernementales peuvent être limitées par les configurations du ménage et du logement.

L'analyse met en évidence quatre résultats saillants.

1. Si les risques de morbidité et de mortalité se concentrent sur les ménages et les personnes à l'âge de la retraite, 25 % des ménages sont également concernés par ces risques et touchent particulièrement les personnes issues de minorité ethnique, peu scolarisées et non mariées.
2. Tous les types de ménage sont exposés à de multiples vulnérabilités croisées. Ainsi, la précarité financière et du logement touche particulièrement les familles monoparentales. La précarité à l'emploi et financière affecte les ménages adultes avec enfants. Les ménages adultes sans enfants et les isolés sont davantage concernés par la précarité du logement. Les ménages et les personnes isolées à la retraite sont plus impactés par la vulnérabilité numérique et par les complications liées à l'infection.

La récession économique pour les ménages en difficulté financière pourrait aggraver les conditions de santé physique et sociale, rendant ainsi les gens encore plus vulnérables aux effets du COVID-19.

3. Les vulnérabilités varient selon les régions, ce qui signifie que les inégalités sociales s'inscrivent aussi dans des inégalités territoriales. Cependant, une plus grande désagrégation spatiale est nécessaire pour comprendre les vulnérabilités régionales et au niveau des quartiers.
4. L'étude souligne également le croisement et le cumul de différentes dimensions de vulnérabilité. Désavantage financier, risque de perte du logement, fracture numérique, fragilité de la santé peuvent s'associer pour accroître la vulnérabilité de certaines personnes, familles ou groupes sociaux.

Les mesures politiques qui visent à atténuer les conséquences sanitaires et socio-économiques de la pandémie de COVID-19 devraient examiner comment les vulnérabilités se regroupent et interagissent les unes avec les autres au sein des individus et des différents types de ménages, et comment celles-ci peuvent exacerber les inégalités déjà existantes.

Mikolai, Júlia, Katherine Keenan, and Hill Kulu. "Intersecting household-level health and socio-economic vulnerabilities and the COVID-19 crisis: An analysis from the UK." SSM-Population Health 12 (2020): 100628.

8. Les changements de comportement de santé durant la pandémie de COVID-19 et leur

impact sur les inégalités sociales de santé

La pandémie de coronavirus (COVID-19) et les mesures de distanciation physique et de confinement ont eu des conséquences profondes sur la santé de la population, en particulier dans les groupes déjà défavorisés. Ces conséquences comprennent des modifications dans les comportements ayant un impact sur la santé (comme l'activité physique, le sommeil, l'alimentation et la consommation d'alcool) qui sont d'importants facteurs d'inégalités en matière de santé.

Les conséquences du confinement sur les comportements peuvent différer en fonction de facteurs tels que l'âge, le sexe, le statut socio-économique et l'origine sociale, aggravant potentiellement les inégalités sociales de santé déjà existantes.

Les résultats mettent ainsi en évidence que dans les cohortes les plus jeunes, les auteurs identifient une augmentation de l'activité physique, du temps de sommeil, de la consommation de fruits et légumes et une diminution de la consommation d'alcool notamment la consommation sociale.

Par contre, les femmes adultes sont à plus hauts risques de connaître des difficultés dans leur sommeil que les hommes durant la période de confinement. Avant le confinement, les femmes déclaraient pratiquer moins d'activités physiques que les hommes. Durant le confinement, cet écart s'est fortement réduit sans que l'on ne puisse attribuer ce changement à une augmentation de la pratique d'une activité physique chez les femmes ou à une diminution de l'activité physique chez les hommes. Les hommes déclarent une augmentation de la consommation d'alcool et une plus faible consommation de fruits et légumes que les femmes durant le confinement.

Les personnes moins scolarisées présentaient un risque plus élevé de perturbation du sommeil durant la période de confinement. Un faible niveau de scolarité était également associé à une plus faible participation aux activités physiques pendant le confinement et ce, autant pour les femmes que pour les hommes. Il en est de même pour la consommation de fruits et légumes mais pas pour la consommation d'alcool qui est restée stable dans ce groupe de personnes pendant le confinement.

Les perturbations du sommeil étaient plus intenses durant le confinement lorsque les personnes étaient issues de classes sociales inférieures dans leur enfance, pratiquaient moins d'activité physique et consommaient moins de fruits et légumes. Ces résultats montrent bien l'effet cumulatif des changements de comportements sur l'aggravation des inégalités sociales de santé et sur les risques pour la santé.

Changes in the behavioural determinants of health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: gender, socioeconomic and ethnic inequalities in 5 British cohort studies ». medRxiv (2020)

9. Une analyse sociodémographique et spatiale de la surmortalité liée au COVID-19 en Belgique lors de la première vague de l'épidémie

La Belgique a été particulièrement touchée en termes d'infections et de décès lors de la première vague, la plaçant dans le top mondial des pays les plus affectés par le virus. L'analyse des données spatiales et sociodémographiques met en évidence une répartition inégale au sein de la population belge. Cette étude descriptive, menée par le centre de recherche en démographie de l'Université de Louvain, a analysé la surmortalité sur base de différents critères

tels que l'âge, le sexe, le groupe social d'appartenance, l'inscription territoriale.

L'âge se révèle un indicateur prioritaire dans l'impact de la contamination sur la mortalité. Il existe un gradient entre l'avancée en âge et le risque létal comme issue de la maladie.

Le sexe intervient également dans une répartition inégale de la mortalité entre hommes et femmes. La mortalité masculine est plus importante que la mortalité féminine, en partie attribuable au conditionnement des normes sociales associées au genre.

Le statut socio-économique est apparu comme un facteur de différenciation et de vulnérabilité, notamment en raison de la présence de comorbidité(s) et du stress associé aux conditions de vie. Le niveau d'éducation et le revenu de base du ménage sont des indicateurs importants du statut socio-économique et vont également influencer les comportements de santé en termes de consommation, de sommeil, de pratique de l'activité physique et de rapport à la santé.

Par ailleurs, les conditions de vie (logement, environnement, offre de santé, milieu rural ou urbain,...) vont également influencer la façon dont le virus va se propager en fonction du type d'exposition.

Tous ces facteurs agissent indépendamment l'un de l'autre mais se combinent également pour déterminer un niveau de vulnérabilité. Ainsi, le fait d'être un homme, plutôt âgé, socialement défavorisé, vivant dans un espace exigu et partagé, fumeur et consommateur d'alcool, originaire de Wallonie et vivant en milieu urbain présente un risque plus élevé d'être contaminé et de mourir de cette maladie.

La surmortalité attribuable à la pandémie de COVID-19 n'a pas de précédent dans l'histoire récente de la Belgique, que ce

soit la grippe saisonnière, la pollution ou la canicule.

Le taux de mortalité excessif révèle de fortes inégalités au sein de la population.

L'âge en est probablement l'indicateur le plus révélateur : le nombre de décès par COVID-19 touche principalement les classes d'âge 65-74 ans, 75-84 ans et les plus de 85 ans avec une intensité quasi doublée pour chaque classe d'âge supérieure.

La surmortalité est aussi déterminée par le sexe. Globalement, elle est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes, et ce malgré le fait qu'elle soit davantage masculine en phase ascendante des décès, puis plutôt féminine au-delà de 65 ans, en phase décroissante de la pandémie.

Le lieu de résidence est également un facteur de répartition inégale de la mortalité. La région bruxelloise connaît une surmortalité plus importante que la Wallonie, qui, à son tour, connaît un taux supérieur à la Flandre. La densité de population, l'offre de santé et le risque de pauvreté en sont probablement les facteurs clés.

Au niveau spatial, la surmortalité présente des configurations différentes dans les différentes provinces selon l'intensité et le timing (les pics de surmortalité ne se produisent pas au même moment selon les provinces).

Selon la configuration des types de résidences, des inégalités spatiales de surmortalité sont également apparues. Ainsi, ce sont les agglomérations qui comptabilisent les taux de mortalité les plus élevés, en raison de leur densité de population et de l'importance de la mobilité. Ensuite, se retrouvent les zones rurales pour lesquelles l'offre de soins est moins disponible. Les banlieues et les zones de navetteurs semblent plus épargnées par cette surmortalité.

La distribution spatiale par arrondissement souligne également des disparités. Si l'arrondissement correspond à une zone urbaine, comme c'est le cas pour Bruxelles, elle s'explique sur base de la densité. Mais d'autres arrondissements comme celui de Mons, qui connaît une surmortalité très tôt dans l'évolution de l'épidémie, reste énigmatique.

L'étude révèle donc les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle met bien en évidence que tous les belges ne sont pas égaux face au risque de mortalité par le COVID-19.

Si cette réalité est bien connue pour d'autres causes de mortalité, l'imputation de la surmortalité ne se limite pas aux comportements ou aux caractéristiques individuelles mais inclut également des facteurs liés au milieu de vie et à l'environnement des personnes décédées.

Mélanie Bourguignon, Damiens Joan, Yoann Doignon, Thierry Eggerickx, Scott Fontaine, et al., Surmortalité liée à la Covid-19 en Belgique : variations spatiales et socio-démographiques. 2020. (hal-02977464)