

Le Covid-19, nouveau révélateur de l'impact des inégalités sur la santé

Santé publique Le Covid-19 tue d'abord, et de façon plus importante, les plus modestes. Une étude conduite par quatre économistes français, Paul Brandily, Clément Brébion, Simon Briole et Laura Khoury, a mis en lumière une inégalité de l'excès de mortalité dû au Covid-19 dans les municipalités françaises, selon qu'elles étaient favorisées ou défavorisées. La différence est manifeste « D'un côté, les trois quarts des communes du territoire français considérées comme les plus riches connaissent un excès moyen de mortalité, dû au Covid-19, de 50% pour l'année 2020. De l'autre, dans le quart des communes les plus pauvres, il atteint 88% », écrivent les auteurs.

Un dossier de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) sur les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19, coordonné par Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak et Sylvie Rey, dresse le même constat d'inégalités sociales et territoriales face au virus : inégalités d'exposition, inégalités de vulnérabilité, inégalités dans la prise en charge et l'accès aux soins.

Des causes socio-économiques

Cette surmortalité s'explique notamment par le surpeuplement au sein du logement, ayant entraîné une circulation plus active du virus dans ces zones défavorisées. Ces dernières ont été particulièrement touchées par la Covid-19, comme par exemple le département de la Seine-Saint-Denis, l'un des départements les plus pauvres et les plus jeunes de France métropolitaine. Or ces zones cumulent de très nombreux handicaps structurels, socio-économiques, culturels, auxquels sont surajoutés des éléments plus spécifiques liés à la nature hautement contagieuse de cette crise.

Pourquoi le département de la Seine-Saint-Denis a-t-il ainsi payé un lourd tribut à la pandémie Covid-19 ?

- Les aspects économiques : ce département concentre de nombreux travailleurs dont les métiers ont été considérés comme « essentiels » pendant la pandémie : personnels soignants, employés de la grande et de la petite distribution, de l'industrie agroalimentaire, auto entrepreneurs des plates-formes de livraison telles que Uber Eats ou Deliveroo... Par la poursuite de leurs activités professionnelles, du fait de leur utilité ou de la menace trop forte d'une perte de revenus, avec des mesures de protection tout à fait insuffisantes, ces personnes souvent jeunes ont sans doute contribué à la propagation du virus.
- Les aspects socio-culturels : la Seine-Saint-Denis concentre des problèmes de logements, avec un surpeuplement de l'habitat qui a favorisé les échanges du virus au sein des familles et a rendu le confinement plus difficile à supporter, donc à respecter. Un cercle vicieux d'infection et de transmission au sein de clusters familiaux s'est ainsi constitué. Par ailleurs, l'examen de la structure sociale et culturelle dans ces départements fait apparaître une proportion importante de personnes issues de l'immigration et un éloignement des politiques de prévention : les messages de protection et de distanciation physique ont ainsi probablement, dans les communes défavorisées, eu plus de difficultés qu'ailleurs à être entendus, acceptés, compris et mis en pratique.
- Les aspects médicaux : les populations défavorisées, quel que soit leur département de résidence, ont souvent plus de comorbidités (obésité, diabète, hypertension artérielle, bronchite chronique...), qui sont des facteurs mis en avant comme étant associés à une augmentation de la sévérité de la maladie. Le rapport de la Drees cité plus haut montre que « pour les résidents des communes socialement les plus défavorisées, les inégalités sociales se creusent à partir de 45 ans ».

De plus, il y a eu un important renoncement aux soins durant le premier pic de la pandémie de Covid-19, pouvant avoir des conséquences néfastes pour les populations fragilisées. L'Assurance maladie a ainsi observé une diminution de l'activité de 40% pour les médecins généralistes et de 50% pour les spécialistes.

Le constat ne suffit pas !

Ceci est un constat. Il n'a rien d'original et, pour aussi désolant et attendu qu'il soit, si nous n'en tirons pas les leçons, il n'aura servi à rien pour préparer la suite. Cet impact était prévisible, nous avons anticipé et alerté, tout début mars, alors que la pandémie Covid-19 n'était pas encore, en France, le fléau qu'elle est devenue.

Face aux faiblesses structurelles et systémiques de nouveau mises en exergue par la pandémie Covid-19, il faut mettre en place une réponse également structurelle et systémique, à partir de balances socio-économiques intégrant tous les paramètres. L'allocation des ressources vers des actions sociales et économiques à forte valeur est en effet possible.

Les analyses évaluent peu la totalité des impacts socio-économiques ; les audits souvent réalisés à partir de macrodonnées statistiques privent les décideurs et acteurs de solutions adaptées à chaque territoire. Il existe pourtant des approches validées scientifiquement qui prennent le temps de poser un diagnostic en profondeur, afin d'évaluer les impacts socio-économiques qualitativement et quantitativement. La régulation des dysfonctionnements cités plus haut mobilise une énergie de la part des acteurs qui reste cachée, comme l'ont documenté les travaux des Professeurs Savall et Zardet : elle n'apparaît pas directement dans les bilans et ressources comptables et peut générer des performances si elle est correctement orientée vers des actions à forte valeur. C'est à la condition d'un travail avec les acteurs que des solutions concertées peuvent être construites puis mises en application de manière décentralisée, tout en étant synchronisées avec une politique générale.

Nous n'avons pas la naïveté de penser que, comme par enchantement, il serait possible d'améliorer l'accès à l'emploi salarié ou à un logement décent, de réduire la surreprésentation des maladies chroniques dans ces départements, communes ou quartiers défavorisés. Néanmoins, une politique volontariste impliquant tous les secteurs (urbanisme, logement, transport, éducation, santé, sport) et menée sur le long terme est nécessaire si l'on souhaite avoir un impact significatif et durable sur ces inégalités sociales de santé. Il est également nécessaire, dans ces quartiers et communes défavorisés parce qu'ils ont été le plus touchés, mais également sur l'ensemble du territoire français, de faire naître et d'ancrer une vraie culture de la santé publique de la prévention, de l'inscrire dans notre culture commune.

Il faut être conscient qu'une nouvelle crise sanitaire surviendra, presque certainement, bien avant que non seulement une telle politique volontariste ait pu porter ses fruits mais avant même qu'elle ait pu être mise en place.

Il est donc impératif, dès à présent, de réfléchir à des plans d'action et d'anticiper des approches déjà existantes qui permettraient, face à une nouvelle crise sanitaire, de mettre en place avec une réactivité importante des mesures, adaptées à la nature de chaque crise, visant spécifiquement à protéger les populations les plus vulnérables.

La devise de la France prône l'égalité. Mais face aux inégalités sociales de santé, il faut penser équité, faire plus, faire différemment, pour ceux qui en ont le plus besoin. La pandémie de Covid-19 nous l'a cruellement rappelé.

Pr Marc Bardou

Membre du comité d'experts pour la prévention et la promotion de la santé à Santé Publique France

Marc Frachette

Management sanitaire, Cabinet Cap O2