

## **AVIS**

---

**relatif**

**à la crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé**

22 juillet 2021

---

Autosaisine du groupe de travail permanent Inégalités sociales de santé

---

## Sommaire

### Table des matières

Contexte.....	4
1. Méthodologie.....	5
1.1 Recherche documentaire.....	5
1.2 Auditions d'experts.....	5
2. La crise de la Covid-19 et les inégalités sociales et territoriales de santé : un impact majeur étayé par les données épidémiologiques.....	5
2.1. Les données de santé.....	6
2.2. Effets sanitaires directement liés à la pandémie.....	6
2.2.1. Mortalité.....	6
2.2.2. Séroprévalence.....	7
2.3. Effets sanitaires indirectement liés à la pandémie.....	7
2.3.1. Santé mentale.....	7
2.3.2. Vécu du confinement.....	7
2.3.3. Comportements addictifs.....	8
2.3.4. Mesures barrière.....	8
2.3.5. Attitudes face au vaccin contre la Covid-19.....	8
2.3.6. Effets de la pandémie sur les comportements de santé.....	9
2.3.7. Accès aux soins, déprogrammations.....	9
2.3.8. Economie et impacts de la pandémie sur les ISS.....	9
3. Analyse systématique des recommandations nationales.....	10
3.1. Analyse des recommandations du conseil scientifique.....	10
3.2. Projet pour le 4e Plan National Santé Environnement 2020–2024.....	11
3.3. Recherche.....	11
3.4. Conférence Nationale de Santé en partenariat avec la SFSP.....	11
3.5. Académie Nationale de Médecine.....	11
3.6. Haut Conseil de la Santé Publique.....	11
3.7. Ségur de la Santé – Recommandations (Juillet 2020) [].....	12
3.8. Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2021.....	12
3.9. Autres comites, institutions.....	12
3.10. Le rôle majeur, la créativité méconnus des associations et des collectivités territoriales	13

3.10.1.	<i>Des politiques sectorielles et intersectorielles ont été conduites sur des groupes « vulnérables »</i> .....	13
3.10.2.	<i>Les difficultés et la variété des liens avec les ARS</i> .....	13
3.10.3.	<i>Le cas particulier de l'ARS Île-de-France</i> .....	13
3.11.	<b>Le lien avec le niveau national</b> .....	13
3.12.	<b>Veille et sécurité sanitaire vs. Santé publique</b> .....	14
3.13.	<b>Les services publics</b> .....	14
3.14.	<b>Les soins de santé primaires et les médecins généralistes</b> .....	14
3.15.	<b>La PMI</b> .....	15
3.16.	<b>Absence de démocratie sanitaire (professionnels, familles)</b> .....	15
4.	<b>Synthèse</b> .....	15
4.1.	<b>Un impact majeur au-delà de l'aspect infectieux</b> .....	15
4.2.	<b>Pandémie de la Covid-19 et ISS : un lien prévisible, confirmé et des signaux précoces</b> ....	16
4.3.	<b>Les analyses et recommandations sanitaires évoquent rarement les ISS</b> .....	16
4.4.	<b>En France, des politiques nationales et un système de protection sociale très vraisemblablement efficaces</b> .....	16
4.5.	<b>En France, de nombreuses mesures « sectorielles » sur des populations spécifiques</b> .....	16
4.6.	<b>Une crise qui survient sur un système de santé mal préparé</b> .....	17
4.7.	<b>Territoires</b> .....	17
4.8.	<b>Démocratie</b> .....	17
4.9.	<b>Les soins de santé primaire et les acteurs de la solidarité, peu mobilisés par les « plans » au début de la crise, qui ont su s'adapter pour accompagner au mieux les plus démunis</b> .....	17
4.10.	<b>Universalisme proportionné : un absent de la crise</b> .....	17
4.11.	<b>Un modèle de la santé limité au système de soins</b> .....	18
4.12.	<b>Recherche</b> .....	18
4.13.	<b>Conclusion : en période de crise, les ISS font partie des priorités</b> .....	18
5.	<b>Recommandations</b> .....	19
5.1.	<b>ISS et ITS en période de crise sanitaire</b> .....	19
5.2.	<b>Réduction des ISS : une politique de long terme</b> .....	21
6.	<b>ANNEXES</b> .....	24
6.1.	<b>Membres du groupe de travail</b> .....	24
6.2.	<b>Personnes auditionnées</b> .....	25
6.3.	<b>Analyse des recommandations du conseil scientifique.</b> .....	26
6.3.1.	<i>Avis du 2 avril 2020</i> .....	26
6.3.2.	<i>Note du 2 juin 2020 sur les scenarii post-confinement</i> .....	28
6.3.3.	<i>Note du 9 juillet 2020</i> .....	28
6.3.4.	<i>Note du 27 juillet 2020</i> .....	28

6.3.5. Note du 22 septembre 2020 .....	28
6.3.6. Note du 28 octobre 2020.....	28
6.3.7. Note du 11 mars 2021.....	30
<b>6.4. Contexte de la demande de recherche bibliographique .....</b>	<b>31</b>
<b>6.5. Stratégie de recherche bibliographique .....</b>	<b>32</b>
<b>6.6. Références bibliographiques.....</b>	<b>35</b>

## Contexte

La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) fait partie des objectifs de santé publique affichés comme prioritaires dans notre pays. Elle a été confirmée comme un objectif phare de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) de 2013 et dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Au niveau régional, elle constitue, depuis la loi de 2009, l'un des axes des politiques conduites par les ARS. La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, reprend largement les thèmes des ISS dans ses préambules et dans la Stratégie Nationale de Santé [2018-2022] publiée en décembre 2017 le second axe est « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ».

Il est possible de qualifier les ISS de systématiques, socialement construites, évitables et injustes, pour reprendre les termes de Margaret Whitehead. Le terme systématique indique que les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population. Elles ne sont des inégalités que parce qu'elles sont évitables, c'est-à-dire qu'elles peuvent être prévenues ou traitées. Elles sont injustes car le droit à la santé est inscrit dans de nombreux textes, nationaux et internationaux, auxquels adhère notre pays. Enfin, elles sont sociales, car elles ne doivent rien à une fatalité biologique ou génétique et sont socialement construites. Enfin, sont injustes les disparités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.

Ces ISS sont étroitement liées aux inégalités territoriales de santé (ITS) qui ne recouvrent pas seulement la problématique de l'accès aux soins mais, de façon plus générale, les conditions de vie dans l'environnement chimique, physique et social.

Comme tout problème de santé prioritaire, les ISS et ITS devraient disposer d'une stratégie claire, de responsabilités définies, d'indicateurs de suivi et d'évaluation et enfin, de politiques publiques précisément définies et opérationnelles.

L'objectif de cet avis est d'analyser quelle a été la place des ISS et des ITS (nous emploierons le terme ISTS pour cet ensemble) dans les recommandations des sociétés savantes, des collèges nationaux de professionnels de santé, des différents conseils scientifiques mis en place pour la pandémie de la COVID-19, dans les décisions mises en place par la Direction générale de la santé (DGS) et le Ministère des Solidarités et de la santé et enfin les interventions et politiques mises en œuvre. Cette analyse a pour objectif de formuler des recommandations visant à améliorer la prise en compte des ISS dans les politiques en temps de crise.

L'épidémie de la COVID-19 a été analysée très précocement, dès avril 2020, comme potentiellement très inégalitaire, sous l'effet conjugué de plusieurs déterminants et ceci à tous les stades de l'épidémie. Les conditions d'habitat, notamment la suroccupation des logements, certaines conditions de travail présentes et/ou avec de fréquents contacts parfois rapprochés

ou encore l'utilisation des transports en commun pour aller travailler pouvaient augmenter les contaminations. Les pathologies et facteurs de risques (obésité, diabète...) plus fréquents dans les populations défavorisées avaient le potentiel de favoriser les formes graves et la mortalité. Les disparités d'accès et d'utilisation des soins portaient le risque d'aggravation des symptômes ou d'une prise en charge tardive. Les différences de niveau d'information et de connaissances risquaient d'entraîner un retard aux soins et à l'isolement des cas positifs, voire des disparités dans l'application des mesures barrières (masques, distances physiques, tests de dépistage vers diagnostic) ... Ces constats précoces ont été rapidement confirmés par la littérature scientifique internationale [1]. Compte-tenu de la priorité affichée dans la stratégie nationale de santé, il est nécessaire de se demander comment cette réalité sociale a été prise en compte dans la gestion de cette crise sanitaire. Les réponses à cette question permettront de proposer des recommandations pour la gestion de la suite de cette crise et d'éventuelles futures pandémies.

## 1. Méthodologie

### 1.1 Recherche documentaire

Une bibliographie systématique a été effectuée par un bureau d'études portant sur l'année 2020, depuis les premières analyses et recommandations sur la crise de la Covid-19 jusqu'à décembre 2020. Elle a été complétée par une recherche sur les premiers mois de l'année 2021, effectuée par une documentaliste de l'équipe du HCSP.

Cette recherche de documents visait à répondre aux questions suivantes :

- Dans l'ensemble des recommandations (Conseil scientifique, HCSP, ANSES, HAS, Sociétés savantes : quelles sont celles qui abordent les déterminants sociaux et les ISS ?) ;
- Comment les ISS sont-elles été traitées (suivi épidémiologique et interventions spécifiques ou dans les politiques publiques ?).

La stratégie de recherche, les mots-clés en français et en anglais, les institutions et pays concernés figurent en annexe.

### 1.2 Auditions d'experts

Elles ont eu pour but d'explorer les travaux de recherche conduits sur la crise de la COVID-19 ; la mise en œuvre dans les ARS et les collectivités territoriales ; les analyses des comités, conseils et autorités chargés de conseiller la démarche sanitaire. Les politiques conduites dans d'autres pays seront présentées dans un rapport à venir. La liste des experts auditionnés figure en annexe.

## 2. La crise de la Covid-19 et les inégalités sociales et territoriales de santé : un impact majeur étayé par les données épidémiologiques

Analyser l'impact de la Covid-19 et les moyens de les prévenir suppose d'examiner l'ensemble des conséquences d'une telle crise, de façon à aborder les décisions sanitaires en termes de bénéfique/risque, à court et long terme. Lorsque les bénéfices d'une décision l'emportent sur les possibles effets délétères, il importe de prévoir les meilleures décisions et interventions pour en limiter l'impact.

L'impact de la pandémie peut être direct, lié à la diffusion, à la gravité et à la mortalité de l'infection. Il peut être indirect, sur d'autres problèmes de santé, que ce soit un effet de la pandémie elle-

même, ou des décisions sanitaires prises. Cet effet indirect peut être à court terme ou différé. C'est notamment le cas des conséquences économiques et leur cortège d'impacts sanitaires.

Nous examinerons donc les liens entre déterminants sociaux et inégalités dans le domaine de l'infection, puis les impacts sur différentes pathologies et l'accès aux soins. A plus long terme, les ISS peuvent être favorisées par la baisse des revenus entraînée par la crise, le risque de chômage, les conséquences sur les inégalités scolaires.

## 2.1. Les données de santé

Les données du dispositif statistique de veille et de surveillance épidémiologique ont pu être complétées par des données de recherche.

Les données relatives aux ISS ne sont pas collectées en routine dans les systèmes de surveillance de santé, y compris dans les bases de données médico-administratives utilisées par les entités en charge de la surveillance (SNDS, Organisation de la surveillance coordonnée des urgences - réseau Oscour®) ou dans le système d'information SIVIC (système d'information pour le suivi des victimes) mobilisé pour le suivi des cas de Covid-19 à l'hôpital ou encore dans les certificats de décès. On dispose cependant des données CMU, de l'âge, du sexe et de la commune de résidence. Les données du SNDS n'intègrent pas de données sociales. L'information relative à la CMU permet de travailler sur la précarité, mais pas sur les ISS. La mise à disposition des taux de contamination au niveau de l'IRIS a permis de croiser l'indice de défavorisation à l'IRIS avec les données de mortalité par Covid-19 à partir de novembre 2020. Cependant, ce dispositif statistique ne permet pas le pilotage continu des politiques et interventions publiques, ce que reflètent le caractère relativement tardif des publications de l'ORS Ile de France et l'Insee, de même que le constat établi par la DREES dans son rapport de juillet 2020.

En recherche, plusieurs cohortes ont été développées, dont COCONEL, EPICOV et SAPRIS. Réalisées dans des délais courts, elles ont le mérite d'exister, mais les résultats arrivent plusieurs mois après la première vague, ce qui rend difficile une gestion active de l'épidémie. L'enquête de l'INED (COCONEL) a porté sur les conditions de vie et les conséquences du confinement général. Il s'agit d'une enquête statistique *ad hoc* représentative de la population adulte française de 18 ans ou plus. Le projet SAPRIS (Santé, Pratiques, Relations, Inégalités sociales) associe une équipe de chercheurs responsables des grandes cohortes Constances, NutriNet-Santé, Elfe, E3N-E4n, SAPRIS, associés à des chercheurs en sciences sociales de l'INED, du CNRS et de l'université. Le questionnaire a été élaboré en une semaine et l'enquête a été lancée dès le 1<sup>er</sup> avril 2020. Le projet EpiCov, grâce à une collaboration avec l'INSEE, porte sur un échantillon représentatif de la population de 135 000 personnes. Le questionnaire est identique à celui de SAPRIS. La mise en place des deux enquêtes EPICOV et SAPRIS en un temps record a nécessité une mobilisation très importante.

## 2.2. Effets sanitaires directement liés à la pandémie

La problématique des ISS est apparue précocement, notamment lors d'une flambée épidémique survenue en mars 2020 à Perpignan. Elle a en effet impacté fortement des quartiers défavorisés, qui hébergent une communauté gitane (10 000 personnes), avec de nombreuses personnes hospitalisées et des décès, y compris parmi les jeunes.

### 2.2.1. Mortalité

Le travail de l'ORS Ile de France et de l'Insee confirme dès avril 2020 une surmortalité dans les territoires les plus pauvres. Le nombre de décès domiciliés entre le 1<sup>er</sup> mars et le 10 avril 2020 comparés aux décès observés sur la même période en 2019, indique une surmortalité particulièrement marquée en Seine-Saint-Denis (+ 118,4 %) [2]. Une surmortalité est également notée dans les autres départements denses de la métropole du Grand Paris (+101,5 % dans les Hauts-de-Seine, +94,1 % dans le Val-de-Marne et +92,6 % à Paris).

## 2.2.2. Séroprévalence

Les grandes enquêtes SAPRIS [3] et EpiCoV [4], menées auprès de larges échantillons représentatifs de la population française ont permis d'étudier la répartition de l'infection par l'étude de la séroprévalence.

En mai 2020, la proportion de personnes âgées de 15 ans ou plus, ayant été en contact avec le virus responsable de la Covid-19, est estimée [5] à 4,5 % en France métropolitaine. Cette moyenne cache néanmoins de fortes disparités. La séroprévalence est plus élevée aux deux extrêmes de la distribution des niveaux de vie (5,7 % pour 10 % des niveaux de vie les plus faibles [6] et 6,0 % pour 10 % des niveaux de vie les plus élevés). Les données de SAPRIS ont montré un déplacement du profil social de l'épidémie au fil du temps. Les cadres supérieurs présentaient des symptômes renvoyant à une probable contamination avant le confinement. Celui-ci a profité à toutes les catégories sociales, mais cette baisse est beaucoup plus marquée chez les cadres supérieurs que dans les catégories populaires. Cumulés avec les premiers résultats d'EPICOV, on constate une aggravation des ISS en période de Covid -19 concernant l'exposition et l'impact de l'épidémie. Les femmes sont plus souvent testées positives (5 %) que les hommes (3,9 %). Les personnes immigrées de pays hors Europe ont deux fois plus de risque d'être testées positives (9,4 %) que les personnes non immigrées (4,1 %).

Des variations régionales ont été bien documentées. Les personnes habitant dans des communes très densément peuplées (soit plus de 1 500 habitants par km<sup>2</sup>, sur une agglomération de plus de 50 000 habitants) présentent deux fois plus de tests positifs (6,4 %) que dans les communes moyennement ou peu denses (séroprévalence respective de 3,3 % et 3,4 %) [7]. L'exposition au virus est deux fois plus élevée dans les logements surpeuplés [8] (9,2 %) que dans les logements non surpeuplés (4,3 %). Pour plusieurs catégories de population, densité de population du lieu de vie et exigüité du logement se cumulent. C'est notamment le cas pour les personnes de la tranche d'âge 25-34 ans, les personnes sans diplôme, et plus particulièrement celles disposant des niveaux de vie les plus bas et les personnes immigrées d'origine non européenne, expliquant en partie les taux de séroprévalence signalés ci-avant. Les personnes immigrées logent généralement dans des foyers surpeuplés, au sein de communes densément peuplées. Les personnes à faible niveau de vie, même si elles vivent dans des villes de densité moyenne, habitent dans des logements souvent de petite taille et ont plus souvent dû aller sur leur lieu de travail, par rapport aux personnes de niveaux de vie plus élevés, qui ont pu plus facilement télétravailler.

## 2.3. Effets sanitaires indirectement liés à la pandémie

### 2.3.1. Santé mentale

Dans l'étude CoviPrev<sup>9</sup> (Santé Publique France), la santé mentale s'est dégradée depuis le 1<sup>er</sup> confinement, surtout au début, pour s'améliorer progressivement jusqu'au confinement suivant (30 octobre 2020) où tous les indicateurs sont repartis à la hausse, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes et aboutir à une épidémie de recours pour détresse psychologique et troubles des conduites alimentaires, observée dans les structures sanitaires. Les groupes ayant un vécu psychologique le plus défavorable sont les femmes, les 18-34 ans et les inactifs pour les états anxieux ; les femmes, les 18-24 ans, les inactifs et les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées pour les problèmes de sommeil ; les 50-64 ans, les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées et les personnes présentant un risque de développer une forme grave de COVID-19 pour les états dépressifs. Chez les volontaires de la cohorte MAVIE, l'exigüité du logement est là encore relevée comme un facteur important de dégradation des conditions de vie.

### 2.3.2. Vécu du confinement

Les études notent un impact souvent négatif (vécu comme une épreuve, une souffrance, l'exacerbation d'inégalités existantes) mais des vécus positifs ont aussi été relevés (maison avec jardin, profession non exposée, expérience de vie, familiale, changement futur de notre manière

de vivre et de prendre en compte l'environnement et sa préservation.) ont été relevés dans une partie de la population. Le vécu du confinement a été influencé par l'habitat : être logé en maison avec jardin et à défaut, en appartement avec balcon ou terrasse, était associé à un niveau de satisfaction de vie plus élevé<sup>1</sup>[10]. Cette exigüité et promiscuité ont été à l'origine d'infractions aux règles du confinement : 22 % des Français habitant une surface de moins de 30 m<sup>2</sup> sont sortis sans attestation. Ce ne sont pas les plus jeunes qui ont enfreint les règles mais essentiellement les retraités (38 %) (enquête VICO). Les données disponibles ne fournissent pas de résultats directement liés aux indicateurs traditionnels de position socioéconomique. Cependant, le rôle de l'habitat et de l'accès à des ressources pour faire face au confinement voire pour migrer vers des lieux extra-urbains indique qu'un vécu difficile du confinement a affecté plus profondément les groupes sociaux les moins dotés en ressources, pour lesquels le confinement a été source de tensions accrues, notamment du fait de la densité élevée dans le logement [11].

## Enfants

L'impact de la crise de la Covid-19 a fait l'objet d'un rapport en juin 2020 [12]. Les conséquences sur les enfants de la mortalité liée au Covid-19 chez les adultes pourraient être élevées. Un modèle de micro-simulation publié aux États-Unis suggère que chaque décès lié au COVID-19 laisse 0,078 enfant âgé de zéro à 17 ans orphelin d'au moins un parent [13]. Aux États-Unis ceci représente une augmentation de 18 à 20 % du nombre d'enfants orphelins. Une estimation rapide pour la France, sur la base de 111 111 décès au 1er juillet 2021, aboutit à un chiffre de 8 700. Compte tenu de la stratification sociale et du fait que les catégories défavorisées ont subi la crise du Covid-19 avec une plus grande intensité et que la surmortalité y a été plus forte, il est vraisemblable que cette augmentation du nombre d'orphelins affecte préférentiellement les populations défavorisées.

### 2.3.3. Comportements addictifs

Le confinement a fait craindre le risque d'une augmentation des consommations de tabac, de cannabis et d'alcool. Selon Santé publique France [14], « plus d'un quart des fumeurs a augmenté sa consommation de tabac pendant le confinement avec une hausse moyenne du nombre de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens de 5 cigarettes par jour. Parmi les consommateurs d'alcool interrogés, seuls 11 % déclarent que leur consommation d'alcool a augmenté depuis le confinement. A notre connaissance, il n'existe pas de données permettant de préciser les évolutions des comportements addictifs selon les groupes sociaux.

### 2.3.4. Mesures barrière

L'analyse des incidences du confinement et des mesures barrières mises en place montre [15] que, si ces actions ont effectivement contribué à limiter la propagation du virus, elles semblent néanmoins avoir bénéficié plus largement aux catégories socioéconomiques aisées qu'aux classes populaires, renforçant alors le gradient social de santé. Le fait d'être un homme et un faible niveau de littératie en santé étaient associés à une moindre adoption des mesures de protection (mesure d'hygiène et mesures de distanciation physique) [16].

### 2.3.5. Attitudes face au vaccin contre la Covid-19

Les femmes sont d'une manière générale plus opposées au vaccin que les hommes, mais c'est encore plus marqué pour le vaccin anti-Covid-19 [17]. La confiance envers le gouvernement apparaissait comme un facteur particulièrement prédictif de la position sur la vaccination anti-Covid-19. Les personnes issues de l'immigration, de première ou deuxième génération, sont, d'une manière générale, moins favorables à la vaccination que les autres, mais cet écart diminue face au Covid-19. Les catégories socialement défavorisées apparaissent plus réticentes à se faire vacciner contre le Covid-19. Plus on descend dans l'échelle sociale, plus il y a de distance à l'égard du discours des scientifiques. Mais, face au Covid-19, on observe des formes de résistance

---

1



particulière chez les très diplômés que l'on trouve moins vis-à-vis de la vaccination en général. Ce sont les catégories défavorisées, les plus pauvres, souvent immigrées, qui sont tout à la fois les plus exposées à la maladie du fait de leurs conditions de travail et de logement, et qui entretiennent le rapport le plus distant à la vaccination. Cette stratification sociale se retrouve parmi les soignants [18]. Au niveau national, 72,2 % des médecins ont reçu une première injection, contre 58,7 % des infirmiers et 50 % des aides-soignants [19].

### 2.3.6. Effets de la pandémie sur les comportements de santé

L'augmentation du temps passé devant un écran semble être un des rares comportements qui ait le plus augmenté dans les catégories les plus diplômées. L'augmentation du temps d'écran est davantage observée chez les jeunes, les plus diplômés, les personnes ayant travaillé à domicile pendant le confinement et les personnes vivant en zone urbaine [20]. Dans l'étude CoviPrev 2020 [21], un impact du confinement apparaît relativement à plusieurs comportements alimentaires, particulièrement chez les femmes. Des associations positives ont été observées entre la prise de poids et une situation financière perçue comme difficile.

### 2.3.7. Accès aux soins, déprogrammations

D'après l'Institut National du Cancer, un recul de 17 % de l'activité des chirurgies d'exérèse entre mars et août 2020 a été observé comparativement à la même période en 2019. Le recul le plus marqué est observé pour les cancers de l'œsophage ; le plus faible pour les cancers de l'ovaire [22]. Un lien est observé entre le retard à la prise en charge et l'augmentation de la mortalité pour 13 des 17 indications de traitement de cancer étudiées [23]. Ce sont 11 % des mammographies qui n'ont pas eu lieu dans le cadre du dépistage organisé (DO) par rapport à 2019 et 40 % des dépistages du cancer colorectal. A notre connaissance, il n'existe pas de données sociales chiffrées sur cette question.

### 2.3.8. Economie et impacts de la pandémie sur les ISS

Les liens entre les effets économiques de la pandémie et la santé, et notamment les ISS, sont potentiellement multiples, directs ou indirects. Ils peuvent se manifester à court ou moyen terme et sont, comme pour toute crise économique majeure, susceptibles de se manifester également profondément à long terme. En ce sens, les politiques économiques qui vont être maintenant menées à plus long terme pour la reprise économique et leurs effets [24] sont aussi un enjeu de santé environnementale, de santé publique et donc d'ISS. Etant donné l'importance de ce lien économique et sanitaire, prendre en compte le volet économique des réponses des pouvoirs publics à la pandémie est donc fondamental pour comprendre l'impact sanitaire de la pandémie.

#### **Perte de revenus, pauvreté**

Au niveau global, l'épidémie a et aura un impact majeur en termes d'aggravation de la pauvreté et dans la région Europe, l'épidémie remet en cause les projections pré-COVID-19 d'une baisse de la pauvreté [25] (Brooks K. et al., 2021). Si la perte de revenus a été globalement faible, nulle (voire positive du fait de moindres dépenses), selon l'Observatoire des inégalités, la perte de revenus s'est concentrée sur environ 5 millions de non-salariés et salariés intérimaires ou en CDD. Selon le Secours Catholique et d'autres associations caritatives, la crise aurait fait basculer 1 million de personnes dans la pauvreté. L'enquête COCONEL de l'INED [26] confirme que la stratégie sanitaire a eu des effets sociaux très inégaux sur les individus en fonction de leur catégorie sociale, de leur sexe et de leur âge. Les effets se cumulent entre eux, quel que soit l'indicateur retenu (perte d'emploi, diminution de revenu, sentiment d'isolement...) : ceux qui perdent le plus vis-à-vis d'un indicateur perdent également le plus vis-à-vis des autres. Les jeunes présentent la plus forte dégradation de tous les indicateurs (baisse de revenu, perte d'emploi, départ du logement, fort sentiment d'isolement). Les conséquences sociales et familiales du confinement sur l'emploi et l'école renforcent les inégalités sociales qui existaient avant le confinement, avec un risque

important de voir décrocher de nouvelles catégories de la population sur leur capacité à faire face à une crise économique et sociale qui s'installe dans la durée. La situation financière s'est dégradée pour 28 % des femmes et 29 % des hommes, notamment pour les personnes ayant des enfants à charge, mais aussi celles passées en chômage technique ou partiel. Les catégories sociales les plus touchées sont les professions les plus vulnérables à la crise : agriculteurs, indépendants et entrepreneurs, ouvriers, personnes sans emploi.

### **Chômage, accès à l'emploi**

Près de 11 % des personnes de 18 à 64 ans occupant un emploi n'ont pas travaillé pendant le confinement. Ce taux atteint 18 % chez les 18-24 ans. Cette situation est plus fréquente en milieu populaire : elle a touché 14 % des employés non qualifiés, 16 % des ouvriers qualifiés et 17 % des ouvriers non qualifiés, contre seulement 5 % des cadres et professions intellectuelles supérieures. Les mesures de chômage partiel ou de chômage technique ont concerné davantage les jeunes et les milieux populaires, dont le rapport à l'emploi était déjà fragile avant la crise sanitaire. Ainsi, les ouvriers, les immigrés de première génération et les personnes les moins aisées financièrement ont été beaucoup plus souvent concernées par ces mesures que les autres catégories sociales [27]. Sur le télétravail, les contrastes sociaux sont marqués : 50 % des cadres ont pratiqué exclusivement le télétravail pendant le premier confinement, contre 1 % seulement des ouvriers.

### **Scolarisation et formation**

Les résultats des évaluations nationales de la rentrée scolaire 2020 montrent que les écarts s'accroissent en 2020 entre le secteur hors éducation prioritaire et le secteur de l'éducation prioritaire. Ils témoignent du fait que les élèves issus des milieux les plus défavorisés ont été les plus touchés par les modifications entraînées par le confinement [28].

## **3. Analyse systématique des recommandations nationales**

Comme le note le rapport du Sénat, plusieurs agences et hauts conseils de l'Etat ont parmi leurs missions, selon leur champ de compétence, celle de participer à la réponse à des crises sanitaires majeures : Santé Publique France, HAS, ANSM, HCSP... Pour autant, l'expertise de ces agences a peu été sollicitée pour apporter des éléments décisionnels au Conseil de défense qui s'est principalement appuyé sur les avis du Conseil scientifique (CS) [29]. Même si toutes ces structures ont produit des avis et recommandations, peu ont été prises en compte par les instances décisionnelles. Leurs recommandations ont cependant été analysées au regard de leur contribution à la prise en compte des ISS et des ITS.

### **3.1. Analyse des recommandations du conseil scientifique.**

Plusieurs thèmes reviennent à plusieurs reprises dans les notes du Conseil scientifique : la précarité, la gouvernance, avec un appel à la participation des citoyens, les effets de la crise sur les aspects de la santé en dehors des aspects infectieux et enfin, plus rarement, les déterminants sociaux et les ISS (voir Annexe 1.3).

- La nécessité de prendre des mesures pour les personnes en situation de précarité apparaît dans les notes du 11 mars 21, du 28 octobre 2020, du 2 juin 2020, du 2 avril 2020 ;
- Sous une formule un peu vague, les ISS apparaissent dans la note du 28/10/2020 (L'impact de la crise peut être désastreux pour certains de nos concitoyens). Les inégalités sociales sont citées explicitement dans les notes des 2 avril et du 2 juin 2020 ;
- Le 2 avril, le CS attire l'attention sur la nécessité de disposer d'indicateurs sociaux.

Des alertes sont lancées sur les risques psychosociaux au travail dans la note du 27 juillet 2020 et sur l'impact du travail dans la note du 2 avril 2020. Une réflexion sur les comportements en tant que phénomène social apparaît dans cette même note.

- Les appels à une gouvernance partagée, à la consultation des citoyens, à la délibération apparaissent dans les notes du 22/9/2020, du 9 et du 27 juillet et du 28 octobre 2020.
- Des préoccupations pour les pathologies hors-Covid-19 apparaissent dans les notes des 11/3/2021, du 2 avril 2020 et du 28 octobre 2020.

Les développements sur ces thèmes n'atteignent pas le niveau de détail qu'atteignent les thèmes cliniques et biologiques.

### **3.2. Projet pour le 4e Plan National Santé Environnement 2020-2024**

Ce projet recommande le renforcement d'un suivi systématique des ISS et d'une politique du logement en matière de précarité, de renforcer les moyens de l'action des départements et des communes pour lutter contre les inégalités territoriales en santé environnement. Ce rapport observe que la crise sanitaire de la Covid-19 a fait ressurgir les inégalités territoriales, sociales et environnementales en matière de mortalité et de morbidité face au risque infectieux.

### **3.3. Recherche**

Le Gouvernement a lancé un Appel à Manifestation d'Intérêt pour l'hébergement et l'accompagnement des personnes en situation de grande marginalité. L'AMI a mobilisé 5 millions d'euros.

Un appel à projets de projets non thérapeutiques sur la crise de la Covid-19 a permis de financer des projets prenant explicitement les ISS comme objectif, par exemple :

- Projet SAPRIS, déjà décrit ;
- Projet SISCOVID : son objectif est de décrire de manière exploratoire les facteurs d'inégalités sociales d'accès au soin selon les catégories socio-professionnelle (Insee) et lieu de résidence (score IRIS) ;
- Projet REPERCOV : son objectif est de décrire les facteurs d'inégalités d'accès au soin et d'étudier leur impact sur la gravité de l'infection et la présence d'une plainte fonctionnelle ou psycho-sociale.

### **3.4. Conférence Nationale de Santé en partenariat avec la SFSP**

Un appel à contributions auprès des organisations issues de la société civile a été lancé par la Conférence Nationale de Santé (CNS), visant à permettre l'expression d'observations, de points d'alertes, d'analyses et de recommandations sur l'épidémie...[30].

### **3.5. Académie Nationale de Médecine**

Deux communications ont porté sur les personnes en situation de précarité, le 26 mars 2020, celle intitulée « Sans abris, sans papiers et confinés » et, le 21 juin 2020, celle sur « La précarité ».

### **3.6. Haut Conseil de la Santé Publique**

Un avis a été consacré à la précarité et deux aux ISS chez les enfants.

- 30/03/2020 : « Coronavirus SARS-CoV-2 : prise en charge des personnes en situation de précarité [31] ;
- 20/04/2020 : « Épidémie de Covid-19, confinement et santé des enfants [32] » ;

- 18/06/2020 : « Gestion de l'épidémie Covid-19 et ISS des enfants, leçons pour le futur [33] ».

### **3.7. Ségur de la Santé – Recommandations (Juillet 2020) [34]**

La mesure 27 s'intitule « Lutter contre les inégalités de santé ». Parmi ses mesures :

- Développer le Service d'Accès aux Soins (SAS), service universel, accessible en ligne et reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux ;
- Doter chaque région d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités, associant l'ensemble des acteurs (usagers, élus, associations, experts...) ;
- Renforcer le fond d'intervention régional pour engager des démarches de promotion de la santé adaptées aux travailleurs pauvres et des dispositifs prenant en compte les nouvelles conditions de travail dans l'accès au soin.
- renforcer en temps médicaux et paramédicaux les 400 permanences d'accès aux soins de santé prenant en charge les patients sans droit dans les hôpitaux ;
- créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations des territoires défavorisés, basée sur leur participation au projet du centre et le recours à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat ;
- créer 500 nouveaux « lits haltes soin santé » pour atteindre 2 600 places d'ici 2022, offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe ;
- Recourir aux démarches « d'aller-vers » pour toucher les populations les plus difficiles à atteindre, au travers d'équipes mobiles pluridisciplinaires, en lien avec le tissu associatif telles que : les PASS mobiles, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les équipes mobiles de coordination Santé Précarité, rattachées aux Services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO) et financées par l'assurance maladie, des « Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Précarité ».

Dans son discours sur les conclusions du Ségur de la santé [35], le ministre de la santé Olivier Véran déclarait "nous devons nous appuyer sur les territoires, en dotant chaque région d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités, avec des élus, des associations, des usagers, qui s'appuieront sur un comité scientifique." La gouvernance stratégique dans la lutte contre les inégalités, proposée au niveau régional n'a pour le moment pas été mise en place.

### **3.8. Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2021**

Ce PLFSS prévoit la protection des personnes fragiles par la fourniture gratuite de masques chirurgicaux : malades de la COVID-19, personnes considérées comme vulnérables à risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-Cov-2, personnes identifiées « cas contacts » (29 septembre 2020).

### **3.9. Autres comites, institutions**

L'analyse des communiqués, rapports ou avis ne fait pas apparaître de recommandations concernant les ISS et la crise de la Covid-19 émanant de l'ANSES, du Comité interministériel à la santé, de la HAS, de la Société française de pédiatrie ou encore de la Société de Réanimation de Langue Française, de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, de la Société Française de Médecine d'Urgence, de la Société de Pneumologie de Langue Française, de la Société Française de Cardiologie, de la Société Française de Dermatologie, de la Société Nationale de Médecine Interne, du Collège National des Généralistes Enseignants, de Santé Publique France, de l'ANSM (Agence Nationale sur la Sécurité du Médicament) ou des textes du ministère de l'Education Nationale.

### **3.10. Le rôle majeur, la créativité méconnus des associations et des collectivités territoriales**

#### **3.10.1. Des politiques sectorielles et intersectorielles ont été conduites sur des groupes « vulnérables »**

Les associations ont joué un grand rôle face aux conséquences de la déprogrammation des soins, santé mentale, retards au dépistage, problèmes à la sortie d'hôpital, pour poursuivre à domicile les soins ambulatoires post-Covid-19. Des universités ont proposé des paniers de fruits et légumes à leurs étudiants les plus précaires et un service d'emprunt d'ordinateurs et clés 4G ; une plateforme Solidarité numérique qui permet aux personnes qui ne maîtrisent pas les outils numériques de recevoir une aide a été créée. Des collectivités territoriales ont pris de multiples initiatives, parmi lesquelles la mise en place d'une d'équipe mobile de prévention et d'information sur le Covid » ; l'envoi de masques réutilisables à chaque habitant et en dotant de masques les écoles puis, sur la base du quotient familial, en visant les 25 à 30 % de la population qui sont proches ou en dessous du seuil de pauvreté. Développement d'une communication de type communautaire en direction des jeunes ou encore la création de conseils scientifiques et citoyens composé d'universitaires, de médecins de premier recours et des infirmiers, mais aussi de simples citoyens tirés au sort. Pendant la crise, le parti a été pris de faire baisser la population carcérale, ce qui a permis de passer le nombre de détenus en Ile-de-France de 13 000 à 10 000. Une absence de cas graves mérite toutefois d'être notée. La crise Covid 19 est un sujet qui a été particulièrement bien maîtrisé au niveau du monde carcéral.

#### **3.10.2. Les difficultés et la variété des liens avec les ARS**

Globalement, la situation est contrastée au niveau national. Le dialogue social, le travail partenarial avec les associations et les élus a été très limité dans certaines ARS et particulièrement développé dans d'autres. La région Île-de-France en est un exemple.

#### **3.10.3. Le cas particulier de l'ARS Île-de-France**

L'intervention de l'ARS a été dans un premier temps dirigé vers les grands exclus (les sans-abris, les personnes hébergées, les personnes en centre CHRS, les demandeurs d'asile, les personnes vivant dans des bidonvilles, etc.). Ces populations sont très nombreuses en région Île-de-France. Des centres COVID pour personnes précaires ont également été mis en place avant le niveau national. En effet, certaines personnes se retrouvant à la rue à la sortie de leur prise en charge à l'hôpital, la mise en place de centres d'accueil pour personnes COVID a été jugée nécessaire. Ce système a été développé par la suite. A l'issue de la première vague, très peu de décès parmi ces publics fragiles ont été recensés, contrairement à ce qui était attendu. L'ARS s'est positionnée en amont des décisions prises au niveau national pour agir et pour déployer des dispositifs. En avril 2020, le focus a été porté sur les foyers de travailleurs migrants. Les foyers de travailleurs migrants ne relevaient pas de la grande exclusion mais d'une approche de type ISS, donc d'une approche générique au même titre que les politiques de la ville. L'Agence a pris conscience de la nécessité d'intervenir davantage vis-à-vis de trois déterminants : la politique de la ville (travail de proximité), les questions relatives à l'habitat (et notamment surpeuplé) et celles relatives à l'emploi (et notamment peu l'emploi qualifié).

### **3.11. Le lien avec le niveau national**

Les auditions conduites par le groupe de travail confirment qu'à l'échelle nationale, l'Etat a été à l'écoute des remontées. En revanche, de fortes disparités ont été constatées sur le terrain dans la

mise en place d'actions par les services déconcentrés de l'Etat. Sur certains territoires, une lenteur administrative a été observée. L'ARS, la Direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS) et la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ne semblaient pas communiquer suffisamment entre elles. Plusieurs régions n'ont pas mis en place d'équipes mobiles de dépistage malgré les besoins recensés. Les ministères concernés ont été informés de ces difficultés, permettant parfois des évolutions positives. Des « chèques services » ont été mis à disposition des associations et des personnes accompagnées afin de subvenir à leurs besoins alimentaires. A plusieurs endroits, des équipes mobiles de dépistage ont été déployées pour lever les freins matériels et démographiques observés. Le Fonds Solidarité Logement (FSL) a été créé pour aider les personnes en situation de précarité à poursuivre le paiement de leur loyer à l'issue de la trêve hivernale. La trêve des expulsions locatives a aussi permis de protéger les personnes en situation de précarité.

### **3.12.Veille et sécurité sanitaire vs. Santé publique**

Durant la crise, les institutions en charge des questions de santé dans les territoires n'étaient plus l'ARS ou les collectivités territoriales en santé, mais la préfecture, mobilisée autour d'une approche de sécurité sanitaire mais qui n'a pas dans son champ de travail la question des ISS. Cette dichotomie au niveau territorial reflète la double approche de la santé au niveau national, d'une part la sécurité sanitaire, de l'autre la promotion de la santé.

### **3.13.Les services publics**

Tous les services publics ont été entravés dans leur activité. Dans le domaine de la santé, les situations ont été très variables selon les régions, par exemple pour les PMI, certaines ont développé des programmes originaux et d'autres ont interrompu la quasi-totalité de leur activité, sans toujours d'information claire sur cette situation. L'accès aux services (banque, poste, assurance maladie...) a été un obstacle d'autant plus difficile que les ressources alternatives faisaient défaut.

### **3.14.Les soins de santé primaires et les médecins généralistes**

Des difficultés d'accès aux soins en médecine ont été observées et des actions de plaidoyer ont été engagées par les associations de solidarité pour améliorer l'accès aux soins et au droit à la santé des personnes en situation de précarité. Des déprogrammations d'interventions et des reports de suivi de soins ont aussi été mis en œuvre. La protection universelle maladie (PUMA), l'Aide Médicale Etat (AME) et la Complémentaire santé solidaire restent difficiles à appréhender par certaines personnes, à l'origine de freins à l'accès à des services ou à des droits. Des renoncements aux soins ont fait suite aux craintes des personnes de se rendre dans les centres de soins, lieux potentiels de contaminations. Les associations de solidarité incitent les centres de santé et les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles à aller vers les structures d'hébergement et les acteurs de la veille sociale pour réaliser des actions de promotion et de prévention de la santé ou encore des actions thérapeutiques, en coopération avec les acteurs et partenaires du territoire [36]. Les situations de refus de soins se révèlent récurrentes, le plus souvent au regard du type de couverture maladie, de l'absence de carte Vitale, de la méconnaissance de la langue française par le patient, du refus du professionnel d'appliquer le tiers-payant ou du fait de l'impossibilité d'appliquer des dépassements tarifaires à certaines couvertures.

La mobilisation des médecins généralistes (MG) sur les ISS est récente. L'exercice monoprofessionnel et à l'acte ne permet pas de prendre en compte les déterminants sociaux. Dans un certain nombre de villes et d'expériences, les MG ont pu être impliqués dans des équipes pluriprofessionnelles et/ou faire le lien avec les équipes municipales élues pour mettre en place

des interventions locales. La formation ne semble pas à la hauteur des enjeux. Pour les associations, les dispositifs « aller vers » ont eu un impact positif, notamment en matière de dépistage. La téléconsultation reste peu adaptée aux personnes en situation de précarité qui ne sont pas accompagnées.

### **3.15. La PMI**

La PMI est connue pour sa contribution à la réduction des ISS avant la crise. Mais la continuité des soins a été suspendue pendant le confinement, avec une grande confusion pour les familles. Les situations ont été hétérogènes selon les départements. Le plus souvent, les consultations ont été maintenues. Une étude du SNMPMI a été conduite dans 28 départements ; 19 d'entre eux ont maintenu les consultations infantiles pendant le confinement tandis que la moitié seulement a poursuivi les consultations de femmes enceintes ou de planification familiale. Les services de PMI ont eu des difficultés à être reconnus en tant que service de santé à part entière. Certaines ARS, en fonction des régions, ont omis de faire appel au service départemental de PMI comme service de santé ressource, comme elles s'adressent aux médecins libéraux et aux services hospitaliers. Les situations restent différentes selon les départements et les collectivités. Les institutions ont tout d'abord freiné les visites à domicile pour ne pas mettre en danger les professionnels. La mise en œuvre s'est révélée variable selon les départements et les plans de continuité de l'activité. Les familles ont apprécié le maintien des relations *via* des outils de téléconsultation. Le dispositif a été assez largement utilisé, y compris parmi les foyers précaires.

### **3.16. Absence de démocratie sanitaire (professionnels, familles)**

La démocratie sanitaire a été pratiquement absente au cours de la crise du Covid-19. Dans la mesure où les doctrines de santé ont été définies au niveau national ou préfectoral, il a été très difficile d'y impliquer la population et particulièrement les jeunes. \*

## **4. Synthèse**

### **4.1. Un impact majeur au-delà de l'aspect infectieux**

Les données disponibles, nationales et internationales, montrent un impact majeur de la crise sanitaire sur les déterminants socioéconomiques et sur les ISS, sur un ensemble de problèmes sanitaires qui dépassent les seuls indicateurs épidémiologiques liés à l'infection. La crise sanitaire est donc à considérer comme une crise globale et les ISS vont porter, non seulement sur les aspects infectieux de la crise, mais sur un large ensemble de pathologies conséquences indirectes de celle-ci. Le terme de syndémie désigne cet impact large affectant de nombreuses pathologies et creusant les inégalités sociales [37]. La liste des pathologies est longue, à commencer par la santé mentale, mais peut inclure les violences, les reports de soins, la nutrition, la scolarité... Dans ces conditions, l'efficacité de mesures de prévention d'isolement, de confinement peuvent entraîner des risques, ce qui ne les remet pas nécessairement en cause. Si le bénéfice des mesures envisagées l'emporte sur les risques, la préparation d'une réponse sanitaire au risque prévisible doit être anticipée parmi les mesures de crise. Par exemple, les mesures de prévention de dégradation de la santé mentale peuvent être largement anticipées, tant elle a été observée dans des circonstances critiques diverses (explosion d'une usine, inondations, épidémie virale...).

## **4.2. Pandémie de la Covid-19 et ISS : un lien prévisible, confirmé et des signaux précoces**

Les ISS constatées au fur et à mesure du déroulement de la crise ne sont pas une surprise. Dès le début de l'épidémie, la littérature scientifique sur l'importance des déterminants sociaux de santé dans la construction des ISS rendait cette situation prévisible. Un rapport du HCSP sur les ISS avait d'ailleurs attiré l'attention sur cette question dès juin 2020 [38].

## **4.3. Les analyses et recommandations sanitaires évoquent rarement les ISS**

L'analyse des textes et les auditions montre que les déterminants socioéconomiques sont largement absents des analyses, recommandations et mesures issues des autorités et des divers comités, pérennes ou permanents. Le Conseil scientifique exprime ses préoccupations sur ce thème, le plus souvent sur la précarité. Dans quelques notes, les ISS en général et les facteurs de risque psychosociaux en particulier sont traités, mais la priorité reste la maîtrise de l'épidémie dans une population homogène que ne distinguent que les critères démographiques (âge, sexe) et géographique.

## **4.4. En France, des politiques nationales et un système de protection sociale très vraisemblablement efficaces**

Il est très vraisemblable que des politiques publiques nationales, de nombreuses initiatives locales ou émanant de collectivités territoriales de différents niveaux qui ont été décidées et mises en place, ont limité le creusement des ISS pendant la crise. Les mesures d'aide financières par le chômage partiel, le Fond de solidarité, les aides diverses de compensation de pertes de revenu, le maintien de l'ouverture des écoles... font partie de ces mesures. Il n'est pas possible aujourd'hui de savoir si ces mesures, décidées pour prévenir une crise sociale et politique majeure ont permis de réduire les ISS et dans quelle mesure, ou ont limité leur creusement. Les deux champs, sanitaire d'une part, dominé par la maîtrise de l'épidémie, et économique de l'autre, mobilisant les autorités pour limiter l'impact de la crise, semblent être restés étanches l'un à l'autre. Plusieurs économistes ont montré que les dépenses publiques massives pour lutter contre la crise sanitaire, maintenir et relancer l'économie, étaient justifiées et auraient pu être plus massives (J Tirole, C Gollier.. ). Mais les études des économistes portant sur la crise sanitaire révèlent qu'ils ont globalement moins travaillé ou considéré la question des ISS que l'impact économique total (*i.e.* le rapport coûts/bénéfice...) de la pandémie et des réponses apportées.

## **4.5. En France, de nombreuses mesures « sectorielles » sur des populations spécifiques**

Populations « précaires » et ISS : Ces populations, aux contours mal définis, ont fait l'objet de recommandations d'institutions et d'autorités sanitaires. Un rapport du HCSP leur a été consacré en 2020 [39]. Différentes interventions leur ont été consacrées et certaines ARS, comme celle d'Île-de-France, ont conduit des politiques actives dirigées vers ces populations. Ces mobilisations ont été et restent nécessaires. Elles ne résument pas à ce que pourrait être une politique publique de réduction des ISS. Dans cette crise de la Covid-19., la surmortalité observée en Seine-Saint-Denis n'est probablement pas le fait de populations très précaires mais concerne des personnes et des familles qui disposent d'un logement, d'un travail et sont insérées socialement. C'est cependant le cumul de ces conditions de vie, favorisant l'infection et les conséquences indirectes de la crise, se cumulent et sont à l'origine de ces séroprévalences, gravité et mortalité élevées. Au-delà d'interventions ciblées, encore une fois nécessaires, c'est face à un ensemble de conditions



de vie, de logement, d'accès à l'emploi, de transports et d'accès aux soins que les interventions de réduction des ISS sont à mobiliser.

## **4.6. Une crise qui survient sur un système de santé mal préparé**

Les limites du dispositif statistique français en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé sont connues et ont fait l'objet de rapports antérieurs ou pendant la crise [40]. Elles ne seront pas reprises dans cet avis.

## **4.7. Territoires**

Durant la crise de la Covid-19, l'accès différencié des populations aux structures de soins en fonction de l'offre du territoire n'a pu qu'être révélé [41]. A ce niveau l'absence de données permettant un pilotage fin au niveau local s'est de nouveau manifestée [42]. Malgré l'abondance d'informations qui ont circulé, les décideurs régionaux et locaux n'ont pas eu accès rapidement à une information utile pour eux. Or il se révèle que ce sont elles qui, de par leur champ de compétence, notamment au niveau des communes, connaissent le mieux les populations les plus en difficulté [43]. Le processus décisionnel n'a guère pu laisser de place à la parole des acteurs de terrain.

## **4.8. Démocratie**

La démocratie sanitaire a été mise à rude épreuve. Du fait de l'Etat d'urgence déclaré, les parlementaires, représentants de la population, n'ont pas été sollicités pour la validation des décisions de l'Etat. De nombreuses associations ont pris très rapidement la mesure de l'impact du protocole mis en œuvre sur les personnes les plus fragiles ou défavorisées. Si elles ont pu témoigner des difficultés des personnes, ce fut sans réelle tribune pour faire porter leur voix. Les décisions prises en matière sanitaire ont surtout eu pour objectif d'éviter la saturation de notre système de santé avec un prisme hospitalo-centré.

## **4.9. Les soins de santé primaire et les acteurs de la solidarité, peu mobilisés par les « plans » au début de la crise, qui ont su s'adapter pour accompagner au mieux les plus démunis**

La médecine de premier niveau n'a pas trouvé sa place dans l'organisation de la réponse sanitaire qui s'est fondée principalement sur une prise en charge hospitalière. Cela n'a pas facilité la mobilisation des acteurs qui auraient pu concourir à la prévention par l'explication des risques et des gestes barrières. Les acteurs du secteur médico-social ont été peu intégrés en dehors de la gestion de la crise sanitaire auprès des personnes vulnérables (personnes âgées notamment). L'activité des acteurs du secteur social a été mis en suspens du jour au lendemain, laissant les plus démunis sans recours possibles, le temps que les acteurs de la solidarité arrivent à se mobiliser, pour assurer leurs conditions de vie, sinon de survie. Ces derniers ont eu à gérer des situations exceptionnelles non envisagées par les autorités nationales : mise à l'abri / en isolement des personnes sans abri, maintien ou poursuite des démarches pour l'ouverture des droits, soutien aux personnes isolées.

## **4.10. Universalisme proportionné : un absent de la crise**

La vulnérabilité, concept ambigu entre le sanitaire et le social a été un terme souvent mobilisé. Dans les avis du CS, il s'agit de la vulnérabilité face au virus, qui se traduit par une mortalité plus importante ou un diagnostic plus péjoratif : personnes âgées, avec comorbidité... Cela n'a pas favorisé le développement d'une politique inclusive destinée à l'ensemble de la population et organisant des interventions selon les besoins des groupes sociaux, avec une gradation des efforts sanitaires en fonction des besoins, selon le principe de l'Universalisme Proportionné.

## 4.11. Un modèle de la santé limité au système de soins

Le constat est que la santé et les ISS sont fortement impactées par des politiques, sans que le lien ne soit nécessairement fait. Il est positif que nombre de mesures décidées pendant cette crise aient limité le creusement des ISS. Mais faut-il se préoccuper de l'absence de lien explicite à la santé ?

Plusieurs raisons semblent plaider pour établir ce lien :

- les conséquences de politiques publiques ont parfois des effets positifs, mais ce n'est pas toujours le cas, ce qui appelle une pratique généralisée de l'évaluation d'impact en santé des politiques publiques ;
- ne pas intégrer les effets d'autres politiques sur la santé et les ISS ne permet pas de réfléchir à des priorités éventuelles entre politiques de santé et autres politiques publiques.

## 4.12. Recherche

L'effort de recherche a été considérable et mis en place en un temps record, notamment pour deux projets rassemblant des cohortes existantes (SAPRIS) ou créées de novo (Epicov). SAPRIS a documenté les probables contaminations avant et pendant le confinement et a montré un déplacement du profil social de l'épidémie au fil du temps.

## 4.13. Conclusion : en période de crise, les ISS font partie des priorités

Une argumentation entendue se réfère à l'urgence d'intervenir face à l'épidémie, reléguant à l'arrière-plan d'autres problèmes sanitaires et peut-être plus encore les ISS, qui existaient avant la crise. S'il n'est pas question de minimiser l'importance de l'épidémie, considérer les impacts non infectieux permet de placer dans une perspective de rapport bénéfices/risques les décisions prises. L'impératif est alors de prendre une décision, d'en mesurer les conséquences et les prévenir dans la mesure du possible. Le débat sur la fermeture des écoles relève de cette discussion. L'impact sur la santé mentale du confinement relève de politiques de remédiations du risque causé par la décision. Une autre analyse entendue insiste sur le fait que les ISS sont des inégalités sociales en soi et qu'il faut traiter les inégalités sociales de façon large. Cette analyse fait l'impasse sur l'amélioration possible du système de santé, lui-même générateur d'ISS, tant au niveau des soins que de la prévention. Une analyse rarement entendue soutiendrait l'idée que réduire les ISS est parfois la solution par laquelle il faut passer pour résoudre une crise. Il suffit d'évoquer la vaccination contre le SRAS-Cov-2 qui ne peut être efficace que si la couverture vaccinale dépasse les 90 %, ce qui suppose d'aborder certes les réticences au vaccin, mais aussi le gradient social des intentions de se vacciner.

Au terme de ce travail, il apparaît que les ISS, thème pourtant clairement annoncé dans la SNS, ne sont pas considérées comme une priorité, disposant d'une véritable stratégie, avec ses indicateurs explicites. Si les ISS sont une priorité, alors le système d'information statistique doit refléter cette priorité en mesurant systématiquement les moyennes, mais aussi les dispersions des indicateurs. De même, si les ISS sont une priorité, alors elles doivent faire l'objet d'évaluation d'impact de toutes les politiques, tant leurs déterminants imprègnent l'ensemble des politiques publiques. Au vu de ces données, une question se pose : elle est de savoir pourquoi les ISS restent un objectif secondaire, alors que ne pas les réduire freine l'ensemble des progrès sanitaires et génère un coût économique [44]. Ce bilan sera étendu à d'autres pays, pour obtenir une analyse internationale et repérer des expériences internationales inspirantes pour des recommandations. Comme cela est souligné dans les pages consacrées à l'économie, le lien avec les ISS a été très rapide par les

baisses de revenu, le chômage, mais le retentissement portera aussi sur le long terme, conséquence profonde de la crise économique et de ses effets immédiats. Mais cet impact sera aussi fonction des politiques économiques mises en œuvre dans la période à venir. La surveillance et les politiques publiques de surveillance et de réduction des ISS se doivent d'être des choix politiques et des efforts de long terme.

## 5. Recommandations

La prise en compte des ISS et des ITS lors de la crise reflète largement la réalité de cette priorité affichée dans les politiques publiques. Une partie des recommandations s'inscrit donc dans la continuité des propositions déjà avancées dans des rapports antérieurs. D'autres sont plus spécifiques à une période de crise.

### 5.1. ISS et ITS en période de crise sanitaire

**Recommandation 1 : Considérer toute crise sanitaire, y compris infectieuse, comme une crise globale**

Dans un très grand nombre de crises, l'impact ne se limite pas à son origine principale, infectieuse par exemple, virale ou bactérienne. De même, une catastrophe industrielle ne se résume pas à l'impact en mortalité et en blessures et incapacités. Toute crise a des répercussions, notamment en santé mentale et sur les soins habituels, rendus plus difficiles. Dans la crise de la Covid-19, des effets sont liés au confinement comme le développement de violences intrafamiliales, des répercussions sur les habitudes nutritionnelles ou la sécurité alimentaire. L'analyse bénéfiques/risques, qui est habituelle en santé publique, doit donc s'accompagner d'une étape supplémentaire. (par exemple, si un confinement s'impose par les bénéfices qu'il apporte face au risque qu'il va générer, il importe de se préparer aux risques ainsi créés). Ainsi, lors de l'instauration du confinement, il était très rapidement prévisible qu'un impact sur la santé mentale allait se produire, il pouvait donc être prévu et anticipé.

**Recommandation 2 : Evaluer *a priori* l'impact des recommandations, mesures et politiques publiques nationales sur la santé, sur les ISS et les ITS**

Pendant la crise, il faut rapidement évaluer l'impact sur les ISS de toute recommandation et mesure. Une évaluation rapide permettrait de modifier la recommandation ou de l'accompagner de mesures complémentaires pour réduire l'impact sur les ISS. Compte tenu de la situation critique, la méthodologie retenue devrait tenir compte du caractère d'urgence mais néanmoins évaluer avec la même rigueur l'impact sur les ISS que sur les autres aspects de la santé.

**Recommandation 3 : Mettre en cohérence les politiques nationales et les initiatives locales (associations, collectivités territoriales)**

Les actions territoriales de mise en œuvre des recommandations nationales ont été diversement mises en œuvre sur le territoire national, avec des contrastes entre des ARS et des régions dans lesquelles la coopération entre les institutions et les associations ou collectivités territoriales a été forte, contrairement à des ARS dans lesquelles le contact a été réduit au minimum. Les associations locales (quartiers, communes) assurent du lien social, de l'entraide et de la solidarité face à l'isolement qui s'est avéré un risque sanitaire dans la crise de la Covid-19. Le HCSP recommande la mise en place de procédures d'échanges et de concertation entre les ARS et les associations œuvrant sur le terrain pour une adaptation optimale des recommandations à la réalité du terrain et pour une démocratie sanitaire vivante. Le fonctionnement des associations est essentiel au même titre que la continuité du service public. Cet effort devrait s'accompagner d'une remontée d'indicateurs de processus visant à harmoniser les politiques sur le territoire national.

L'exemple des enfants et la très grande variété de la prise en charge selon les départements illustre l'intérêt d'un tel suivi national pour harmoniser les prises en charge sans les standardiser.

**Recommandation 4 : Lors de la constitution des comités scientifiques divers, établir une composition scientifique incluant les SHS, y compris l'économie, ainsi que des représentants de la société civile (collectivités territoriales, professionnels notamment du secteur médico-social et citoyens)**

La composition des comités scientifiques permettrait d'éviter des difficultés constatées lors de la crise et soulevées lors de nombreuses auditions : d'une part, un point de vue essentiellement biomédical et modélisateur dans la conduite de la crise aux dépens des considérations sociales, d'acceptabilité, de faisabilité et d'impact social. Dans cet esprit, la composition de ces comités *ad hoc* devrait inclure des représentants des professionnels, des citoyens et des représentants des collectivités territoriales.

**Recommandation 5 : veiller à ce que les mesures portent sur la création d'un environnement favorable et ne privilégient pas exclusivement celles basées sur les changements de comportement de l'individu**

Le port des masques suppose qu'ils soient disponibles et financièrement accessibles ; la protection contre la transmission par l'air intérieur peut reposer sur les comportements des individus mais aussi sur des mesures environnementales collectives (aération et filtration de l'air) dont l'impact sur les ISS est réduit, voire nul.

**Recommandation 6 : Accès aux soins : mesurer et veiller à l'équité dans les soins, la prévention et l'accès aux soins intensifs**

Les difficultés d'accès aux soins peuvent être majorées pendant une crise. De la même façon que le système de soins doit sortir de ses murs, aller vers les populations distantes du système de soins, pour des raisons géographiques ou territoriales. S'il s'avère nécessaire d'organiser des reports de soins, cette décision doit faire l'objet d'un débat au sein du comité décrit dans la recommandation 4. Ces reports doivent faire l'objet d'une démarche active, proportionnée aux besoins, pour réduire de possibles aggravations de « pertes de chance » dans les populations les moins favorisées, incluant, mais pas seulement, les populations précaires. Les plans évoqués dans la recommandation 12 devraient prévoir comment assurer la continuité du service de santé pendant la crise.

**Recommandation 7 : Veiller à ce que les moyens mobilisés par la crise ne le soient pas au détriment des groupes les plus fragiles et que le principe de l'universalisme proportionné soit réfléchi et mis en œuvre dans toutes les mesures préconisées à l'occasion de la crise**

Dans les mesures mises en œuvre, le principe d'une justice distributive devrait être mis en œuvre, respectant la santé des plus fragiles et ajustant les mesures en fonction des besoins, de telle façon que la réduction du gradient social soit l'objectif visé, en incluant les plus précaires. Cette stratégie, dite de « l'universalisme proportionné », adapte l'intensité ou les modalités des efforts des politiques aux besoins des différents groupes sociaux.

A titre d'exemple, une situation d'isolement après un test COVID-19 positif peut relever de simples conseils *via* les media (presse, radios, réseaux sociaux...) pour des personnes à haut niveau de ressources, à une combinaison de suivi téléphonique pour des personnes à ressources intermédiaires et de visites à domicile si nécessaires.

**Recommandation 8 : Veiller à ce que l'offre de places d'hébergement médicalisé inscrite dans le Ségur de la Santé soit à la hauteur des besoins**

Le principe de ces hébergements a été annoncé et développé mais les associations de solidarité soulignent le déficit de ces places.

#### **Recommandation 9 : Améliorer la communication de crise**

La communication issue des institutions sanitaires est un élément essentiel pendant une période de crise. La compréhension des messages est une première étape. Les efforts de Santé Publique France pour traduire les messages dans différentes langues sont à saluer et à développer. De même, l'attention portée à la littératie des différents groupes sociaux et sa prise en compte dans la communication est à poursuivre et à amplifier. Une deuxième préoccupation porte sur la tonalité des messages, incitatifs sans être anxiogènes, qui mérite d'être expérimentée, en lien avec la recherche.

#### **Recommandation 10 : La continuité des services publics est un aspect essentiel à préserver pendant une crise sanitaire**

La fermeture de services publics n'a pas toujours été annoncée de façon claire et les mécanismes de substitution, le plus souvent numériques ont pu être à l'origine de grandes difficultés pour certains groupes de population.

## **5.2. Réduction des ISS : une politique de long terme**

#### **Recommandation 11 : Développer le dispositif de suivi statistique sur les ISS et le pilotage des politiques sur des données de santé incluant les déterminants sociaux**

Le besoin de piloter les politiques, au niveau national comme au niveau local, avec un délai court entre l'événement et la production des indicateurs a été rappelé à l'occasion de cette crise [45]. Dans cet objectif, le développement du SNDS et des procédures routinières pour croiser rapidement les indices de déprivation et les données sanitaires sont des nécessités pour guider les politiques sanitaires, en dehors comme durant les crises.

#### **Recommandation 12 : Anticiper les crises en prévoyant des plans et des stratégies de réponse incluant l'ensemble des acteurs, inscrivant la crise dans la durée et non seulement dans le court terme, et prévoyant des politiques publiques prenant en compte les ISS et les ITS**

La question des ISS et des ITS passe volontiers au second plan en situation de crise. Il importe de prévoir à froid les politiques de réponse à la crise qui réduiront les ISS et les ITS et, au minimum, ne les aggraveront pas. Ces plans devraient intégrer l'ensemble des acteurs, y compris les soins de santé primaires et la médecine générale, ce qui n'a pas été le cas lors de la première période de la crise de la Covid-19. Enfin, les expériences des crises sanitaires et des catastrophes montrent que, lorsqu'elles sont conçues comme des crises globales, affectant de multiples aspects sanitaires dont la santé mentale, l'impact des crises doit se penser dans la continuité.

#### **Recommandation 13 : Développer une procédure d'évaluation d'impacts sur la santé et sur les ISS pour l'ensemble des politiques nationales (législatives, réglementaires) et locales**

Cette recommandation découle du principe de la santé dans toutes les politiques. Elle conduit à s'assurer que toute décision n'aggraverait ni l'état de santé, ni les ISS et, au mieux, contribuerait à améliorer ces conditions. Une telle démarche existe pour l'environnement, elle a été développée dans le domaine de l'urbanisme et pour l'ensemble des politiques, au Québec par exemple. La question des ISS, bien qu'au cœur de la promotion de la santé, dont s'inspire cette démarche, est pour le moment peu traitée.

**Recommandation 14 : Développer l'« aller vers » dans le système de soins, incluant une démarche vers les populations à l'écart du système de soins et le développement de médiateurs de la santé professionnels**

Un certain nombre de groupes sociaux restent à l'écart du système de soins, pour diverses raisons, linguistiques, en rapport avec leur niveau de littératie, réticences vis-à-vis du système de soins, financières... Cette distance est parfois grande (personnes en situation de précarité voire de grande précarité), parfois moins évidente dans les populations de la classe moyenne. Il est important d'aller au-devant de ces groupes et ne plus se contenter d'une « offre » de soins. L'effort pour « aller vers » peut suivre une démarche proportionnée, comme dans l'universalisme proportionné.

**Recommandation 15 : Renforcer les politiques du logement [46]**

La crise de la Covid-19 a bien montré l'influence de la densité d'habitation des logements, liés à la séroprévalence et l'incidence de la contamination. Elle a également montré l'importance de solutions d'hébergement d'urgence avec isolement, permettant d'éviter la contamination des populations. Des travaux conduits aux États-Unis ont montré la pertinence de la démarche préventive des investissements dans des politiques du logement, mais elle a également montré la difficulté de sortir du principe de politique en silos, séparant d'un côté des objectifs d'habitat et, de l'autre, les politiques sanitaires.

**Recommandation 16 : Inclure la question de la littératie dans les programmes de prévention et de promotion de la santé**

Les travaux scientifiques récents ont bien montré toute l'importance de la littératie, autrement dit la capacité de comprendre les informations sanitaires, de les mettre en œuvre, de s'orienter dans le système de soins et de santé. Ces capacités individuelles sont essentielles pour développer des programmes de prévention. Cette question de la littératie rejoint la question de la médiation déjà évoquée dans le cadre d'un système de santé prenant en compte l'ensemble des populations, y compris celles à l'écart, plus ou moins grand, du système. Elle doit compléter les efforts déjà entrepris pour des plates-formes d'interprétariat permettant de toucher l'ensemble de la population, quelle que soit sa langue.

**Recommandation 17 : Veiller à ce que toute innovation (technologique ou non) couvre l'ensemble des groupes sociaux et territoriaux, en incluant dans son évaluation celle de son impact sur les ISS**

Il a été montré que la courbe d'adoption des innovations suit le plus souvent un gradient social, les populations les plus dotées en ressources adoptant le plus rapidement les innovations, ce qui laisse en arrière les populations moins dotées en ressources. Il s'agit de réfléchir lors de la dissémination des innovations pour mettre en place des dispositifs faisant que certains groupes ne restent pas à l'écart et n'en bénéficient pas. La précédente crise a montré l'importance de l'équipement et surtout de la maîtrise de l'outil numérique, que ce soit directement pour suppléer à la fermeture de certains services publics ou encore pour les enfants dont la scolarisation a reposé sur cet outil et la capacité de leurs parents de les suivre.

**Recommandation 18 : Evaluer le coût économique des ISS et l'intérêt de l'investissement social dans l'enfance**

Les travaux scientifiques récents ont montré toute l'importance de la petite enfance dans la construction de la santé et, par conséquent, de la production précoce des ISS. L'investissement dans des politiques de l'enfance, notamment l'accueil des enfants de moins de trois ans, revêt de ce point de vue une importance particulière puisque des travaux de la cohorte Elfe, confirmant des travaux antérieurs, ont montré un enrichissement du langage et du développement cognitif chez les enfants dont le milieu d'origine est riche ou enrichi par un accueil en collectivité. À cet égard, l'investissement dans l'enfance mérite d'être mieux connu au-delà des travaux suggérant son intérêt économique.

**Recommandation 19 : Développer l'identification des interventions et politiques de réduction des ISS et des ITS dont l'efficacité est prometteuse, puis leur évaluation et leur transférabilité**

Un très grand nombre d'initiatives sont développées en France pour mettre en œuvre des interventions voire des politiques régionales de réduction des ISS. Le plus souvent, ces interventions restent méconnues, peu évaluées et, par conséquent, peu diffusées. La transférabilité de ces interventions est donc une priorité. C'est aussi une priorité pour la recherche car les conditions de cette transférabilité ne sont pas faciles à conceptualiser et à établir. Un travail d'identification a été entrepris par plusieurs institutions, dont Santé Publique France ; un groupe de travail animé par la DGS (Inspire-ID) travaille également à cette question. Le caractère essentiel de diffusion de ces expériences lorsqu'elles sont intéressantes est un enjeu considérable pour la santé publique.

**Recommandation 20 : Réduire les inégalités sociales liées à la nutrition, notamment le diabète et l'obésité**

La distribution sociale de ces pathologies et caractéristiques corporelles, très socialement différenciées, a pu jouer un rôle majeur dans les disparités sociales de gravité et de létalité de la Covid-19 [47].

**Recommandation 21: Développer certains axes de recherche**

- Développer des travaux de simulation sanitaires et économiques basés sur des modélisations mathématiques pour vérifier la pertinence des décisions selon l'horizon temporel envisagé (résultats de l'ordre de quelques semaines pour l'incidence virale ; quelques mois à quelques années pour les cancers et les maladies cardiovasculaires ; quelques décennies pour les fermetures d'écoles...), les aides financières et la protection sociale. Elles ont très vraisemblablement limité les ISS ; un bilan plus précis reste à faire. Dans le même esprit, un travail analysant le lien entre des politiques prenant en compte les ISS et le résultat sur l'épidémie au niveau national pourrait être intéressant.

- Poursuivre les travaux méthodologiques interdisciplinaires sur l'évaluation d'impact des politiques publiques sur les ISS.

**Recommandation 22 : Améliorer le lien entre hôpital et ville, en renforçant le lien entre l'hôpital et le système ambulatoire**

La réduction progressive de la durée moyenne de séjour et le développement de la chirurgie ambulatoire impliquent de renforcer les capacités du système de soins ambulatoire à répondre aux besoins des patients lors de leur retour à domicile. La capacité à mobiliser des ressources devient alors un enjeu majeur et susceptible de créer des inégalités lorsque la capacité et la possibilité de mobiliser ces ressources font défaut.

*Avis rédigé par le groupe de travail permanent consacré aux inégalités sociales de santé (ISS) au sein du HCSP du Haut Conseil de la santé publique,*

*validé par le bureau du Collège du HCSP du 22 juillet 2021 : 9 participants, 0 conflit d'intérêt, vote pour : 9 abstention : 0, contre : 0*

## 6. ANNEXES

### 6.1. Membres du groupe de travail

Thierry Lang, membre du Collège du HCSP, président

Membre du Collège du HCSP

Elisabeth Monnet

**Membres des commissions spécialisées**

Commission spécialisée maladies chroniques

Laure Com-Ruelle

Commission spécialisée Système de santé Sécurité des Patients

Yannick Aujard

Commission spécialisée Santé Environnement

Jean-Marc Brignon

Autres expertes

Isabelle Claudet, PU-PH, Cheffe de services des urgences pédiatriques, CHU de Toulouse

Alice Desbiolles, Institut national du cancer

Anne Lise Tilly, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Hélène Van de Walle, Institut national du cancer

Secrétariat général du HCSP

Jean-Michel Azanowsky, coordinateur

Camille Bruat, stagiaire



## 6.2. Personnes auditionnées

Nathalie Bajos, Directrice de recherche à l'INSERM, IRIS/EHESS

Daniel Benamouzig, sociologue, directeur de recherche au CNRS, titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po, chercheur au Centre de sociologie des organisations de Sciences Po, membre du Conseil scientifique

Ophélie Berger, représentante du SNMPMI et médecin de PMI en Gironde

Zinna Bessa, sous-directrice en charge de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques, Direction générale de la santé

Aude Bourden conseillère nationale Santé Médico-social APF France Handicap

Franck Chauvin, Président du HCSP

Cyrille Delpierre, directeur de recherche à l'INSERM

Henri Dubois, ATD-Quart-Monde

Alexandre Feltz Adjoint en charge de la santé publique et environnementale, Conseiller métropolitain délégué, ville et Eurométropole de Strasbourg

Cécile Garrigues, co-présidente du Syndicat National des Médecins de PMI (SNMPMI) et médecin de PMI en Meurthe-et-Moselle

Luc Ginot directeur de santé publique de l'ARS Ile-de-France

Gladys Ibanez, professeure de médecine générale à la faculté de médecine Sorbonne Université, membre de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé, responsable du groupe « Inégalités sociales de santé » au Collège de la médecine générale

Anne Lambert chargée de recherche Responsable unité LIST - Logement, Inégalités Spatiales et Trajectoires (UR6) Associée au Centre Maurice Halbwachs (UMR 8097), INED

Claude Leicher, médecin généraliste, organisation pour les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé)

Maud Luherne, chargé de mission Santé au sein de la Fédération des acteurs de la solidarité

Pascal Melihan-Cheinin, Secrétaire général de la Conférence Nationale de Santé

Damien Mouly, Responsable de la cellule régionale de Santé Publique France Occitanie

Yannick Nadesan, président du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Renaud Piarroux, Professeur de parasitologie-mycologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Marie-France Raynault, cheffe du département de médecine préventive et santé, centre hospitalier au Québec, direction de la santé publique de Montréal, centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé.

Emmanuel.Rusch, Président de la Conférence Nationale de Santé, Président de la société française de Santé Publique

Hugo Si Hassen, chargé de mission Santé au sein de la Fédération des acteurs de la solidarité

Pierre Suesser, co-président du SNMPMI et pédiatre en PMI en Seine-Saint-Denis

## 6.3. Analyse des recommandations du conseil scientifique.

L'expertise du bureau Van Dijk retrouve les références ci-dessous faisant appel aux déterminants sociaux.

### 6.3.1. Avis du 2 avril 2020

#### Evaluer les effets sociaux du confinement

*« La poursuite du confinement pendant une période de temps de plusieurs semaines a des effets important sur l'activité, les comportements, le moral et la santé de nos concitoyens. Ces derniers se montrent très largement respectueux du confinement, alors que ses effets deviennent plus difficiles à supporter. Ils sont par exemple 92% à se déclarer favorables à la prolongation du confinement jusqu'au 15 avril (enquête OpinionWay, 28-29 mars). Les effets du confinement s'exercent cependant de manière différenciée, en révélant voire en creusant des inégalités sociales. Les modifications de comportements de nos concitoyens sont non seulement orientées vers la protection de soi mais aussi vers celle des proches et d'autrui en général. Malgré des infractions, le respect des mesures sanitaires a notablement progressé depuis leur instauration pour 59% de la population, dans un contexte de peur voire d'angoisse, aussi marqué par une importante défiance politique (enquête d'opinion IPSOS-CEVIPOF, 23-35 mars). Un ensemble de critères peuvent être pris en compte pour éclairer les conditions de prolongement du confinement et de sa levée progressive. Ils peuvent être documentés à partir de nombreuses sources et données, y compris numériques, collectées par différents acteurs publics et privés, académiques ou non, à propos de l'évolution des activités et des comportements des Français. Ces éléments pourraient bénéficier des connaissances produites en sciences humaines et sociales à l'occasion du confinement. Trois ensembles de critères peuvent être envisagés.*

#### Acceptabilité

*« Un premier ensemble de critères a trait à la manière dont la population comprend, accepte, respecte ou se situe par rapport au confinement, pour soi-même comme pour les autres, proches ou considérés d'un point de vue collectif. Des éléments de ce type peuvent être appréciés à partir de divers types de sources disponibles, telles que des enquêtes d'opinion (sondages), des enquêtes en population (recherches en sciences sociales), des données sur le respect des consignes, notamment en matière de déplacement (contraventions, données de transport urbain, données agrégées de géolocalisation). »*

#### Des effets induits au-delà des aspects infectieux

*« Un deuxième ensemble de critères à prendre en compte se réfère aux effets induits par le confinement, dont beaucoup sont encore invisibles, qu'ils soient délétères ou plus favorables, qu'ils soient sanitaires ou plus largement sociaux, et qui doivent être mis en regard. Parmi les effets positifs induits par le confinement, outre le contrôle de l'épidémie et ses effets sanitaires, en termes de mortalité évitée en particulier, peuvent être mentionnés des effets cliniques indirects favorables, par exemple la moindre fréquence des décompensations respiratoires graves d'ordinaire induits par les pics de pollution, par les viroses banales comme le rhume. Parmi les effets délétères peuvent être mentionnés des effets psychologiques et psychiques, qu'ils soient actuels (troubles anxieux, dépression par exemple...) ou différés (troubles post-traumatiques, décompensation par exemple...), des violences, aussi bien envers autrui (violences sexistes et sexuelles, violences sur enfants) qu'envers soi-même (suicides), ainsi que d'éléments relatifs à la morbidité induite, aux difficultés de prise en charge médicale en contexte de confinement (pertes de chances), et de la surmortalité provoquée par le confinement. »*

#### Des effets socialement différenciés

*« Enfin, un troisième ensemble d'éléments, moins spécifiquement pris en compte par le Comité scientifique dans le cadre de ses attributions, à dominante sanitaire, concerne les effets*

économiques du confinement. Ces derniers se manifestent non seulement à l'échelle du pays ou de certains secteurs, en termes macro-économiques, mais aussi et de manière socialement stratifiée à l'échelle des agents économiques, de leurs revenus, de leur rapport à l'emploi, de leurs capacités et de leurs préférences et attentes. Pour ne prendre qu'un exemple, les ouvriers, 35% travaillent hors du domicile, 60% se déclarent en arrêt de travail et 5% en télétravail, contre 10% des cadres en travail hors du domicile, 24% en arrêt de travail, et 66% en télétravail<sup>1</sup>. Ces effets ont non seulement vocation à être pris en compte par les acteurs économiques et les autorités publiques, mais doivent en aussi être mis en regard des effets sanitaires obtenus ou attendus, le cas échéant dans un esprit de proportionnalité appréhendé de manière systématique (analyse coûts-avantages)<sup>2</sup>. Le Comité scientifique souligne l'intérêt de disposer d'indicateurs sociaux du confinement. Leur production pourrait être confiée à un observatoire indépendant associant des contributions publiques, privées et citoyennes. Des éléments quantitatifs et qualitatifs pourraient être enrichis, multipliés et rassemblés à partir de méthodes et de sources variées, académiques ou non, y compris issues de grands acteurs du numérique, afin à produire des éléments de connaissance et d'appréciation transparents sur le confinement

Le Comité scientifique souligne l'intérêt de disposer d'indicateurs sociaux du confinement. Leur production pourrait être confiée à un observatoire indépendant associant des contributions publiques, privées et citoyennes. Des éléments quantitatifs et qualitatifs pourraient être enrichis, multipliés et rassemblés à partir de méthodes et de sources variées, académiques ou non, y compris issues de grands acteurs du numérique, afin à produire des éléments de connaissance et d'appréciation transparents sur le confinement.

Les personnes en situation de grande précarité et non contaminées doivent pouvoir, comme l'ensemble de la population, vivre le confinement dans des habitats individuels ou familiaux, et donc non collectifs. Il est par conséquent conseillé que toutes les solutions d'hébergements publics et privés soient mobilisées pour cela (immeubles collectifs vacants, centres de tourisme, résidences hôtelières et universitaires, hôtels et appartements de locations saisonnières mis à disposition par les propriétaires sollicités ou réquisitionnés, etc.). La promotion du « logement d'abord » doit être le principe directeur : un logement ou un accès à des centres d'hébergement permettant des chambres individuelles pour tous limite le risque épidémique, tant pour les personnes vivant dans la grande précarité que pour la population générale. »

« Le Conseil scientifique souligne le besoin urgent d'une méta-plateforme téléphonique unique 24h/24, avec un numéro vert, qui rassemble et renvoie à l'ensemble des lignes dédiées existantes, et qui le fasse après triage par une équipe large, professionnelle et opérationnelle dans l'immédiat. Violences « conjugales » et sur enfants : l'urgence d'accompagner les mesures de prévention et de réponse. La crise sanitaire actuelle et ses conséquences, dont les mesures de confinement, les pressions économiques et financières, l'isolement des ménages dans des espaces réduits, la fermeture des écoles, etc., a pour conséquence une forte augmentation du risque de violences sexuelles et sexistes et de violences sur enfants. La plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes mise en place par le Ministère de l'Intérieur pour signaler des violences et bénéficier d'assistance reste disponible sur [surarretonslsviolences.gouv.fr](https://www.surarretonslsviolences.gouv.fr), étal ligne 3919 est opérationnel. Un dispositif d'alerte en pharmacie a de plus été élaboré. En ce qui concerne les violences sur enfants, en complément de la ligne 119-Allo Enfance en Danger, les normes encadrant l'accueil des mineurs dans les foyers de l'Aide Sociale à l'Enfance vont être « assouplies » pour permettre l'accueil d'enfants qui ne vont plus à l'école et/ou qui ne peuvent rester chez eux auprès de parents violents ou négligents. Il est également prévu, entre autres mesures, d'autoriser certaines structures, qui habituellement ne proposent qu'un accueil de jour, à héberger les enfants la nuit. Le Conseil scientifique attire l'attention sur le risque accru de violences conjugales et de violences sur enfants et appelle à la vigilance quant à la mise en œuvre rapide et opérationnelle des mesures prévues »

### 6.3.2. Note du 2 juin 2020 sur les scenarii post-confinement

Le rapport note que la précarité est retrouvée dans d'autres pays et en Ile de France. Le plan doit être fondé sur un principe de solidarité.

Les groupes à risque de formes graves :

*« La précarité est un autre facteur de risque documenté plus récemment par une étude britannique. En Ile de France, le taux de surmortalité observé était le plus élevé en Seine Saint-Denis, département où les indicateurs témoignent des taux de précarité les plus importants. Ce point nécessiterait d'être précisé par des études épidémiologiques ad hoc car il est encore sous-estimé au niveau des décisions publiques. »*

*« Un protocole à destination des populations en situation de grande précarité : ce protocole est nécessaire afin de permettre aux populations les plus précaires d'avoir sereinement recours au dépistage. Une assistance particulière leur est proposée afin qu'ils puissent adhérer à la politique généralisée de tests. •Un protocole « Grandes métropoles » : ce protocole s'inscrit dans la nécessité déjà exprimée par le Conseil scientifique d'adapter les mesures en fonction des situations épidémiologique locale. L'historique de l'épidémie en France a montré que les métropoles, notamment l'Ile de France, étaient confrontées à des enjeux différenciés de ceux des territoires ruraux. Ce protocole répond à ces besoins spécifiques. Ce protocole est particulièrement lié à celui relatif à la grande précarité. »*

A propos de la gouvernance :

*« Nos concitoyens ont fait l'apprentissage de nombreux principes et comportements de santé publique, allant d'une meilleure compréhension d'enjeux complexes, à l'adhésion à des comportements individuels de prévention. Ces apprentissages peuvent être mobilisés dans de nouvelles phases de l'épidémie en tenant compte des inégalités sociales et des vulnérabilités tant sanitaires que sociales. Un bilan de ces apprentissages doit permettre d'appréhender de manière prospective les conditions d'adhésion de nos concitoyens aux interventions de santé publique pouvant être utiles face à l'épidémie. Le recours à des espaces citoyens et délibératifs peut y contribuer. »*

*« Les scénarios d'évolution de l'épidémie nécessitent une définition opérationnelle précise de modes gouvernance, y compris territoriaux, afin de dépasser les inerties bureaucratiques aussi bien que l'improvisation dans l'urgence. Ces modes de gouvernance doivent être opérationnels et cohérents. Ils doivent associer les acteurs concernés, notamment à l'échelle territoriale. »*

### 6.3.3. Note du 9 juillet 2020

Dans un rapport consacré à la définition de la stratégie vaccinale, pour augmenter l'adhésion, le conseil scientifique appelle à une démarche participative.

### 6.3.4. Note du 27 juillet 2020

Le comité scientifique se prononce pour un processus de délibération citoyenne.

Une note de mise en garde sur les risques psychosociaux lors du retour au travail est indiqué.

### 6.3.5. Note du 22 septembre 2020

Le conseil scientifique se prononce pour un processus de participation et de délibération citoyenne qui serait implanté au niveau des grandes métropoles.

### 6.3.6. Note du 28 octobre 2020

Il comporte deux paragraphes un peu plus longs sur l'impact économique et social et signale que l'impact de la crise peut être désastreux pour certains de nos concitoyens

« Il faut rappeler qu'a été demandé à plusieurs reprises par le Conseil scientifique la création d'un « Comité de liaison citoyen » dans des modalités à définir. Il n'est pas trop tard pour le mettre en place. Les conséquences économiques vont, dans la durée, entraîner des situations dramatiques au plan social touchant différentes catégories de la population, et en particulier les populations les plus défavorisées, et ce malgré des aides importantes. Ces conséquences économiques auront-elles-mêmes des conséquences sanitaires indirectes, sur des pathologies non liées au Covid. Le Conseil scientifique est également sensible aux difficultés d'adhésion aux mesures de restriction par une partie de nos concitoyens, notamment lorsqu'ils en subissent directement les effets ou qu'ils en mettent en doute la logique, la cohérence, ou la portée. La société française est-elle prête à consacrer une partie importante des moyens de santé au COVID-19, éventuellement au détriment de la prise en charge d'autres pathologies, avec comme conséquences des pertes de chance pour des pathologies COVID ? A l'inverse, la société française est-elle, prête à affronter un nombre de décès très élevé dans sa population la plus fragile et la plus âgée ? L'approche associant des mesures collectives à un principe de responsabilité individuelle est largement mise en avant, Sera-t-elle possible dans la durée et en cas de plusieurs successions de vagues ? Les enjeux sociétaux et éthiques, ayant de fortes implications pour différentes catégories de la population, doivent faire l'objet de réflexions et de discussions, même si elles peuvent être difficiles et sources de tensions, afin de tenter d'avoir une meilleure vision collective de nos objectifs à la sortie de la 2<sup>ème</sup> vague

Les effets économiques et sociétaux Les options identifiées balisent un ensemble de possibles, caractérisés par un haut degré d'incertitude quant aux effets produits, que ces derniers soient favorables ou défavorables. Ces effets restent hypothétiques, car comme noté précédemment, l'exercice d'évaluation des mesures mises en œuvre reste incertain. Ces incertitudes ne portent pas seulement sur les effets espérés en termes de circulation du virus ou d'effets sanitaires immédiats en termes d'hospitalisation et de mortalité. Elles portent aussi sur un ensemble d'effets sanitaires plus larges, notamment relatifs à la prise en charge d'autres pathologies non-COVID et à la dégradation de facteurs de risques induisant de nouvelles pathologies à l'avenir. Ces incertitudes portent aussi sur l'ampleur des conséquences sociales, psychologiques et économiques des mesures prises, dont certains effets délétères sont d'ores et déjà manifestes et importants bien qu'ils restent encore difficiles à estimer avec précision de manière prospective. Certaines restrictions ont un coût majeur, estimé 1 milliard d'euros par mois s'agissant d'un couvre-feu national et élargi et de 10 milliards d'euros par mois s'agissant d'un confinement élargi (Direction du Trésor). Grâce aux premières données disponibles des économistes et chercheurs en sciences humaines et sociales qui analysent les conséquences des mesures de confinement du printemps, on sait que celles-ci ont eu un impact sur l'accroissement drastique de la pauvreté et des inégalités sociales. Les conséquences de certaines mesures sont potentiellement désastreuses, notamment pour certaines catégories de nos concitoyens, en fonction de leur situation économique, de leur rapport à l'emploi ou à l'éducation, de leurs conditions de vie, de leur âge, de leur situation familiale, ou de leur genre notamment. Si la connaissance de ces effets s'est améliorée grâce aux données recueillies depuis la première vague (Bajos et al. 2020; Warszawski, et al. 2020), le suivi systématique des conséquences économiques, psychologiques, et sociales de la pandémie et des mesures prises pour y faire face doit être renforcé, comme le Conseil scientifique l'a souligné à diverses reprises dans ses avis depuis le mois de mars. En raison de leurs conséquences potentiellement considérables sur diverses catégories de la population, les décisions à prendre ont un caractère éminemment politique. Elles appellent des arbitrages entre des priorités de divers ordres, de nature sanitaire, économique et démocratique, en termes de restriction des activités sociales et des libertés publiques. Ces choix relèvent de la responsabilité des autorités publiques. Pour être efficaces, les choix à réaliser nécessitent une large adhésion de nos concitoyens. Jusqu'à présent, les mesures imposées de manière autoritaire se sont souvent traduites par une prise en compte. »

Version actualisée le mercredi 28 octobre 2020 à 11h00 avec bibliographie (2)

« Le Conseil scientifique est cependant pleinement conscient des difficiles équilibres à trouver entre la nécessité de mesures sanitaires de contrôle de l'épidémie et leur impact sur la vie quotidienne et sur les activités économiques du pays. Chercher à éviter des effets économiques et sociaux délétères, au risque d'induire une dégradation majeure de la situation épidémique, dont les effets économiques et sociaux pourraient être pires, peut apparaître comme un choix risqué voire déraisonnable. Le Conseil scientifique relève par ailleurs, au regard d'enquêtes d'opinion, une relative adhésion de nos concitoyens à d'éventuelles mesures de restriction supplémentaires de nature à limiter les effets de l'épidémie. Cette adhésion est cependant accompagnée d'une forte et constante défiance à l'égard des décideurs alimentée par des critiques publiques. Dans des pays européens proches de la France, des réactions hostiles aux mesures de contrôle de l'épidémie ont donné lieu ces derniers jours à des manifestations hostiles (Allemagne, Royaume-Uni ou Italie), qui ne peuvent être exclues en France au regard des effets supportés par certaines catégories de la population. Il est enfin à noter que certains choix incluent une dimension non seulement politique mais aussi éthique, ayant trait aux choix implicites ou explicites relatifs aux priorités sanitaires, économiques et sociales prises en compte, notamment au regard de leurs conséquences sur la prise en charge sanitaire et la mortalité directe ou indirecte induite à court, moyen ou long terme pour différentes catégories de la population (avis du Comité Consultatif National d'Éthique du 20 mai 2020 «Enjeux éthiques lors du dé-confinement : Responsabilité, solidarité et confiance. »

#### 6.3.7. Note du 11 mars 2021

Elle comporte quelques lignes sur le retentissement social, les populations précaires et signale les préoccupations sur les pathologies hors Covid.

## 6.4. Contexte de la demande de recherche bibliographique

Dans le cadre des travaux de son groupe de travail ISS, le HCSP souhaite la réalisation d'un travail de bibliographie et de recherche documentaire sur les inégalités sociales de santé (ISS) dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19 avec deux questions :

- Question 1 : Dans l'ensemble des recommandations émises par les institutions d'expertise médicale et scientifique, quelles sont celles qui abordent les ISS et les déterminants sociaux (tels que conditions de logement, travail, accès à l'emploi, transports, revenus, éducation, migrations...) ?

Liste de ces expertises : Conseil scientifique, Care, HCSP, ANSES, HAS, Sociétés savantes (dont Société française de pédiatrie, Société de Réanimation de Langue Française,

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, Société Française de Médecine d'Urgence, Société de Pneumologie de Langue Française, Société Française de Cardiologie, Société Française de Dermatologie, Société Française de Santé Publique, Société Nationale de Médecine Interne, Collège National des Généralistes Enseignants, Académie Nationale de Médecine.

*Concernant la question 1, il s'agit de vérifier dans l'ensemble des recommandations émises par les différents comités d'expertise sélectionnés par le HCSP comment les déterminants sociaux ont été pris en compte ou pas dans le cadre de la crise sanitaire liée à la Covid-19.*

- Question 2 : Littérature et publications internationales

Comment les ISS et les déterminants sociaux ont-ils été traités dans les autres pays : suivi épidémiologique, politiques publiques nationales et interventions locales ou régionales ?

*Concernant la question 2, il s'agit de dresser, à partir d'une revue de la littérature et des publications internationales, un panorama des politiques de santé publique menées par d'autres pays pour gérer la crise de la Covid-19 au niveau des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux. A cet égard, un focus sur une dizaine de pays est attendu dont notamment des pays étrangers comparables à la France en termes de tradition de politique sociale (Allemagne, Italie, Espagne), des pays qui ont pu lutter avec succès contre la crise de la Covid-19 comme par exemple Taiwan ou la Corée du Sud.*

## 6.5. Stratégie de recherche bibliographique

Pour répondre aux deux questions liées à la recherche bibliographique, le Bureau van Dijk Information Management a appliqué la stratégie de recherche suivante préalablement validée par le HCSP :

- Date d'antériorité retenue pour la sélection des informations pertinentes : le 1<sup>er</sup> janvier 2020.
- Etablissement d'une dizaine de mots-clés en français et en anglais rubriqués dans 3 champs sémantiques qui seront croisés pour l'identification et la sélection de l'information pertinente :
  - o Champ sémantique COVID (COVID ou COVID-19 ou SRAS-COV-2 ou CORONAVIRUS) et,
  - o Champ sémantique POLITIQUE DE SANTE (POLITIQUE DE SANTE ou RECOMMANDATIONS ou IMPACT SANTE PUBLIQUE ou IMPACT SOCIAL ou EPIDEMIOLOGIE SOCIALE) et,
  - o Champ sémantique INEGALITES SOCIALES DE SANTE (INEGALITES SOCIALES ou INEGALITES SOCIALES DE SANTE ou INEGALITES SOCIOECONOMIQUES ou DEFAVEUR ou DESAVANTAGE ou DISPARITES SOCIALES ou VULNERABILITE ou PRECARITE ou PAUVRETE).
- Etablissement d'une vingtaine de mots-clés en français et en anglais rubriqués dans un champ sémantique qui sera exploité pour la caractérisation des déterminants sociaux de la santé susceptibles d'être mentionnés dans les références pertinentes (liste indicative).
- Recherche d'information à partir de l'interrogation des moteurs de recherche existants au sein des sites Internet des 20 institutions d'expertise médicale et scientifique citées par le HCSP (en portant une attention particulière aux bases documentaires qui y sont intégrés) ou par consultation directe de leur page dédiée à la Covid-19 ou aux recommandations le cas échéant.
- Recherche d'information à partir de l'interrogation des moteurs de recherche existants au sein des sites Internet des gouvernements et des ministères de la santé et des affaires sociales des 10 pays étrangers retenus pour l'analyse, ou par consultation directe de leur page dédiée à la Covid-19 le cas échéant, dont l'Allemagne, la Belgique, le Canada, la Corée du Sud, l'Espagne, l'Italie, la Norvège, le Royaume-Uni, la Suède et Taiwan :
  - o Pays européens avec une tradition de politique sociale (Allemagne, Espagne, Italie),
  - o Pays européens avec une forte proportion de cas COVID (Belgique, Royaume-Uni),
  - o Pays européens avec une approche spécifique de la pandémie (Norvège, Suède),
  - o Pays étrangers avec une faible proportion de cas COVID (Canada, Corée du Sud, Taiwan).
- Recherche d'information à partir de l'interrogation de sources web institutionnelles et documentaires internationales :
  - o Monde :
    - OCDE : <https://www.oecd.org/social/>, <https://www.oecd.org/health/>, <https://www.oecd.org/coronavirus/en/policy-responses>
    - La Tribune sur les Inégalités Sociales de Santé : <http://www.tribuneiss.com/>
    - Centre d'expertise et de référence en santé publique : <https://www.inspq.qc.ca>
    - Réseau Santécom : <https://catalogue.santecom.qc.ca/>



- Veille informationnelle et scientifique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal : <http://veille.ccsmtl-biblio.ca>
- Portail Santé de Montréal au Canada : <https://santemontreal.qc.ca/population/>
- Blog de l'Institut d'Asie Orientale : <https://covidasia.hypotheses.org>
- Europe :
  - Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : <https://www.euro.who.int/>
  - Comité européen des régions (CdR) : <https://cor.europa.eu>, <https://cor.europa.eu/en/engage/Pages/COVID19-exchangeplatform.aspx>
  - Moniteur des systèmes de santé et des politiques : <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
  - Service national de santé (National Health Service - NHS) au Royaume-Uni : <https://www.nhs.uk/>
  - Institut national pour l'excellence de la santé et des soins au Royaume-Uni (National Institute for Health and Care Excellence - NICE) : <https://www.nice.org.uk/>
  - Centre régional de documentation sur la promotion de la santé du Piémont : <https://www.dors.it/>
  - Agence régionale de la santé et des affaires sociales des Pouilles : <https://www.sanita.puglia.it/web/aresse/>
  - Portail de la Région Vénétie en Italie : <https://www.regione.veneto.it/>
  - Association nationale des municipalités italiennes : <http://www.federsanita.it/>
  - Agence de santé publique de Suède : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>
  - Conseil du comté de Stockholm : <https://www.sll.se/>
  - Comité de santé publique de la Région Västra Götaland en Suède : <https://www.vgregion.se/folkhalsa>
  - National Health Service (NHS) : <https://www.nhs.uk/>
  - Institut fédéral Robert Koch : [https://www.rki.de/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html)
  - Agence norvégienne de la santé et des services sociaux : <https://www.helsedirektoratet.no/>
  - Institut norvégien de santé publique (FHI: Folkehelseinstituttet) : <https://www.fhi.no/>
  - Institut national de santé publique en Belgique : <https://www.sciensano.be>
- Portails et bases de données ouvertes en SHS :
  - Directory of Open Access Journals (DOAJ): <https://doaj.org/>
  - Isidore : <https://isidore.science/>
  - Projet Muse : <https://muse.jhu.edu/>
  - OpenEdition : <https://search.openedition.org/>
  - Revue Covid Economics, Vetted and Real-Time Papers du Centre de recherche économique et politique (Centre for Economic and Policy Research) : <https://cepr.org/content/covid-economics>
  - Portail politique Vox du Centre de recherche économique et politique (Centre for Economic and Policy Research) : <https://voxeu.org/>
  - Moteur de recherche Google Scholar : <https://scholar.google.com>
  - Portail ScienceDirect de l'éditeur Elsevier : <https://www.sciencedirect.com>
- Sélection et compilation des références pertinentes au sein de l'outil Zotero.
- Rédaction du rapport de recherche bibliographique préliminaire selon la norme Vancouver :

- Présentation avec une timeline des références pertinentes communiquées par les institutions d'expertise médicale et scientifique,
- Présentation par zones géographiques et par thèmes des références pertinentes issues de la littérature et des publications internationales, avec un rapide descriptif des faits marquants associés aux déterminants sociaux identifiés (cf. le champ sémantique des déterminants sociaux de la santé),
- Fourniture en annexe de la liste des références bibliographiques avec le lien vers le document primaire en PDF ou HTML si disponible en accès ouvert, et un fichier d'export des références compatibles au format Zotero.

Les recherches effectuées au sein des sources françaises concernées ont été menées entre le 20 et le 26 novembre 2020, avec une revisite sur certaines sources du 3 au 11 décembre. Les recherches effectuées au sein des sources étrangères ont été menées entre le 23 novembre et le 11 décembre 2020. A la demande du HCSP exprimée le 8 décembre, les recherches effectuées au sein des sources internationales ont également pris en compte deux pays complémentaires aux dix sélectionnés : la Grèce et le Portugal.

## 6.6. Références bibliographiques

- [1] Clare Bamba, Julia Lynch, Katherine E. Smith. *The Unequal Pandemic: COVID-19 and Health Inequalities*; Bristol University Press, 2021
- [2] ORS Ile de France ; La surmortalité durant l'épidémie de covid-19 dans les départements franciliens. Avril 2020.
- [3] L'enquête Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise COVID-19 (SAPRIS) a été menée sur 130 000 personnes volontaires déjà suivies dans le cadre de cohortes en population générale (Constances, E3N-E4N, NutriNet-Santé et Elfe-Epipage2). Elle a permis de recueillir des données dès le mois d'avril 2020.
- [4] L'enquête Epidémiologie et Conditions de Vie (EpiCoV), élaborée par l'Inserm, la DREES, en collaboration avec Santé Publique France et l'Insee, a été menée sur un échantillon de 135 000 personnes, destinée à fournir une cartographie représentative de la diversité de la population française. Elle a été réalisée en mai 2020.
- [5] Estimation à partir de 12 000 prélèvements réalisés entre mai et juin 2020.
- [6] Selon l'Insee, le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage. Les déciles sont les valeurs qui séparent la population en 10 parts égales.
- [7] L'impact sur les ISS et le lien entre urbanisme et santé sont développés dans : Bretagne G, Lang T. Urbanisme et ISS : La ville impacte-t-elle la santé de tou.te.s de la même manière, notamment au temps de la Covid 19 ? No special Droit et Santé (sous presse).
- [8] Selon l'Insee, un logement surpeuplé possède une surface inférieure à 18 m<sup>2</sup> par personne pour les logements de plus d'une personne, et inférieure à 25 m<sup>2</sup> pour les logements d'une personne seule.
- [6] CoviPrev : résultats détaillés des vagues 1 à 15 (23 mars - 23 septembre 2020) (santepubliquefrance.fr) <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>
- [10] Bourdeau-Lepage L. Le confinement et ses effets sur le quotidien : Premiers résultats bruts des 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> semaines de confinement en France . <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02650456/>
- [11] Vincent Bernard, Gabrielle Gallic, Olivier Léon, Catherine Sourd. Logements sur-occupés, personnes âgées isolées... : des conditions de confinement diverses selon les territoires Insee Focus No 189 - avril 2020
- [12] HCSP. Avis. Épidémie de Covid-19, confinement et santé des enfants.20 avril 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=860>
- [13] Kidman R, Margolis R, Smith-Greenaway E, Verdery AM. Estimates and Projections of COVID-19 and Parental Death in the US. *JAMA Pediatr*. Published online April 05, 2021. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0161
- [14]<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais>
- [15] Idem note 1
- [16] Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak et Sylvie Rey. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. Etat des lieux et perspectives. Les dossiers de la DREES N° 62 • juillet 2020.
- [17] Nathalie Bajos et Alexis Spire Enquete Epicov (Epidémiologie et conditions de vie liées au Covid-19) conduite par l'Inserm depuis le printemps 2020. Résultats provenant d'une cohorte de 85 000 personnes interrogée en novembre 2020. Le Monde 25juin 2021
- [18] Source : Le Monde, 18 juin 2021.
- [19] Santé publique France, 17 juin 2021
- [20] <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/confinement-un-impact-certain-sur-l-activite-physique-le-temps-passe-assis-et-le-temps-passe-devant-un-ecran>

- [21] Source : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov\\_7/2021\\_Cov\\_7\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_7/2021_Cov_7_1.html)
- [22] Données PMSI au 22 juin 2021
- [23] <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4087>
- [24] Pedro Brinca, Joao B. Duarte, and Miguel Faria e Castro, "Is the COVID-19 Pandemic a Supply or a Demand Shock?," *Economic Synopses*, No. 31, 2020. <https://doi.org/10.20955/es.2020.31>
- [25] Lakner C. et al., 2021 Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: Looking back at 2020 and the outlook for 2021, <https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty-looking-back-2020-and-outlook-2021>
- [26] Lambert, A., Cayouette-Remblière, J., Guéraud, É., Le Roux, G., Bonvalet, C., Girard, V., & Langlois, L. Le travail et ses aménagements: ce que la pandémie de covid-19 a changé pour les Français (2020). *Population Sociétés*.
- [27] DARES (2020) Activité et conditions d'emploi de la main-d'oeuvre pendant la crise sanitaire Covid-19-Synthèse des résultats de l'enquête flash-avril 2020. Disponible en ligne : [https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares\\_acemo\\_covid19\\_synthese\\_17-04-2020.pdf](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares_acemo_covid19_synthese_17-04-2020.pdf)
- [28] <https://www.education.gouv.fr/resultats-des-evaluations-nationales-2020-en-cp-ce1-et-6e-307127>
- [29] Rapport d'étape Pittet. Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques. Octobre 2020.
- [30] <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/actualites-communiques/article/covid-19-appel-a-contributions-aupres-des-organisations-issues-de-la-societe>
- [31] HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : prise en charge des personnes en situation de précarité <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=805>
- [32] HCSP. Épidémie de Covid-19, confinement et santé des enfants <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=860>
- [33] Gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>
- [34] <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>
- [35] <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-olivier-veran-conclusions-du-segur-de-la-sante>
- [36] La mesure 27 du Ségur de la Santé répond à ces enjeux en institutionnalisant les appartements de coordination thérapeutique, les équipes mobiles santé-précarité et les services de soins infirmiers à domicile dédiés aux personnes en situation de précarité
- [37] Richard Horton ; Offline: COVID-19 is not a pandemic. *LANCET*. Volume 396, ISSUE 10255, P874, September 26, 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- [38] HCSP. Avis relatif à la gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur. 18 juin 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>
- [39] HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : prise en charge des personnes en situation de précarité. 30 mars 2021. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=805>
- [40] Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution. *Actualité et dossier en santé publique* n° 113. Mars 2021.
- [41] Mounir AMDAOUD, Giuseppe ARCURI, Nadine LEVRATTO. Covid-19 : analyse spatiale de l'influence des facteurs socio-économiques sur la prévalence et les conséquences de l'épidémie dans les départements français. CEPN, CNRS, université Paris Nord. Printemps 2020
- [42] Session Décision locale en santé publique en situation de crise sanitaire. Journées de Santé Publique France, 25 Mai 2021.
- [43] Jean-Marie Bockel et Éric Kerrouche (Sénateurs). RAPPORT D'INFORMATION sur les enseignements de la consultation nationale menée par le Sénat auprès des élus locaux pendant la période de confinement, Juillet 2020.
- [44] Ostry JD, Berg A, Tsangarides CG. Redistribution, Inequality, and Growth. *IMF Staff discussion note*. SDN/14/02
- [45] WHO Europe. Strengthening population health surveillance: a tool for selecting indicators to signal and monitor the wider effects of the COVID-19 pandemic. Dec 2020.

---

<https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2020/have-your-say-on-strengthening-monitoring-of-population-health-to-signal-and-address-the-wider-effects-of-the-covid-19-pandemic-2020>

[46] Editorial. Housing as a public health investment. *BMJ* 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4775>

[47] Dietz W., Santos-Burgoa S. (2020), Obesity and its Implications for COVID-19 Mortality, *Obesity*, first published: 01 April 2020 - <https://doi.org/10.1002/oby.22818>

Avis produit

Le 22 juillet 2021

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)