



COVID-19 ANALYSES

26 AVRIL 2020

Estelle Carde, professeure agrégée au département de sociologie à l'Université de Montréal et co-porteuse du champs Inégalités sociales et santé au CREMIS

Q. De manière générale, pouvez-vous nous partager certaines observations en ce qui a trait à la crise actuelle et les inégalités sociales de santé?

R. La surreprésentation des aînés parmi les victimes du nouveau coronavirus peut donner l'impression que l'infection tue avant tout les individus dont les résistances sont naturellement affaiblies – en l'occurrence, par l'âge. Il importe cependant de dépasser cette première impression pour se demander dans quelle mesure la vie en société contribue, elle aussi, à rendre certains individus plus vulnérables que d'autres à la Covid-19, comme elle le fait déjà pour la très grande majorité des problèmes de santé. L'analyse de ces « composantes de la vie en société qui ont des effets sur la santé », c'est-à-dire des déterminants sociaux de la santé, relève d'une discipline à part entière, l'épidémiologie sociale. On peut pousser l'analyse un cran plus loin en cherchant à identifier comment l'exposition à certains de ces déterminants est façonnée par des rapports de pouvoir. On entre alors dans le champ d'étude des inégalités sociales de santé, tel que les décryptent les sciences sociales.

Pour repérer les inégalités sociales face à la Covid-19, je propose ici de suivre ces deux questions :

- qui est-ce que les sociétés exposent plus au risque d'être infecté ?
- qui est-ce qu'elles exposent plus au risque de mal supporter l'infection, parmi ceux qui sont infectés ?

Les inégalités dans le risque d'être infecté

Parmi les personnes qui ne peuvent rester confinées chez elles, s'exposant donc plus au risque de l'infection, il y a bien sûr celles qui n'ont pas de domicile où se confiner parce qu'elles vivent à la rue. Sont également plus exposées au virus les personnes qui continuent de travailler car elles ne peuvent tout simplement pas se permettre d'arrêter – je pense en particulier aux citoyens de nombreux pays du Sud où l'arrêt de travail pour confinement n'est pas indemnisé. D'autres continuent de travailler parce que leurs activités sont considérées essentielles mais sans pour autant toujours disposer du matériel nécessaire pour se protéger de l'infection (masques, gants, et.). Au Québec, ce sont les professionnels de la

santé, des épiceries, des SAQ, des services de livraison, les conducteurs de bus, etc. Certains de ces secteurs (comme les épiceries ou certaines branches de la santé) se caractérisent par de nombreux emplois précaires, assortis de salaires faibles et de peu d'avantages sociaux. De plus, au sein d'une même entreprise, bien souvent, les cadres peuvent travailler de chez eux, mais pas les ouvriers. Parmi toutes ces personnes qui sont plus à risque d'être infectées, on observe donc une surreprésentation des personnes de faible statut socio-économique. Le genre est un autre rapport de pouvoir dont on peut déceler le rôle, à travers la surreprésentation des femmes dans plusieurs de ces secteurs d'activité essentielle. Elles sont ainsi 80% de la main d'œuvre des services et de la santé et des services sociaux au Québec.

Outre les rapports socio-économiques et de genre, la crise actuelle met en lumière le sort qui est réservé aux « déviants » pris en charge dans des centres de détention et des centres de rétention (pour les immigrants en situation irrégulière) où ils ne peuvent respecter ni la distanciation sociale ni l'hygiène minimale requises pour se protéger. Dans d'autres collectivités, comme les camps de migrants aux frontières de l'Europe ou les camps de réfugiés de pays en guerre, ces conditions de vie sont encore bien plus difficiles et laissent craindre le pire en termes de propagation de l'infection. Mais les conditions de vie choquantes ne sont pas l'apanage des « autres » (des délinquants d'ici ou des réfugiés dans de lointaines contrées), ainsi que la Covid-19 l'a révélé en plaçant brusquement sous les feux de l'actualité les établissements accueillant des aînés. La déflagration causée par la pandémie dans les CHSLD du Québec (comme dans les EHPAD en France, par exemple) a levé le voile sur les conditions indignes que notre société réserve aux aînés et qui contribuent indubitablement à leur vulnérabilité face au virus.

Les inégalités dans le risque de mal supporter l'infection voire d'en mourir

Les personnes dont l'état de santé était déjà altéré avant leur contamination sont plus à risque de connaître une évolution péjorative de l'infection. C'est bien sûr le cas des aînés, du fait de leurs résistances affaiblies certes « naturellement » par leur âge, mais aussi par leurs conditions de vie. Les personnes plus fragiles vis-à-vis du virus sont aussi

les personnes souffrant de malnutrition, de stress et/ou de maladies chroniques (en particulier respiratoires, cardio-vasculaires, et le diabète), des facteurs de risque qui sont d'autant plus fréquents que les individus ont des revenus plus bas. La pollution atmosphérique par des particules fines est elle aussi un facteur de surmortalité lors de cette infection et, bien entendu, elle est plus présente dans les quartiers plus pauvres. On retrouve donc à nouveau le rôle prépondérant du statut socio-économique.

Ceci dit, le genre vient lui aussi différencier les statistiques de la Covid 19, avec une surmortalité des hommes. Cette surmortalité peut surprendre si on considère que la santé des hommes devrait refléter leur position de dominants au sein du rapport de genre et donc être meilleure que celle des dominées, les femmes. Cependant, si les inégalités sociales de santé sont des différences de santé qui découlent des rapports de pouvoir, il peut arriver qu'un avantage au sein d'un rapport de pouvoir se traduise dans un désavantage de santé. Ainsi, la surmortalité des hommes se vérifie pour de nombreuses causes de mortalité et pour la mortalité générale (telle que traduite dans l'espérance de vie). Une explication en est que, précisément du fait de leur position dominante au sein du rapport de genre, les hommes tendent à adopter des comportements à risque pour leur santé qui, au fil des années, finissent par les tuer. En matière plus précisément de Covid-19, leur surmortalité pourrait résulter, entre autres, de maladies chroniques respiratoires plus fréquentes chez eux que chez les femmes en raison de leur tabagisme plus important.

Q. Y a-t-il d'autres personnes qui peuvent être affectées par la crise?

R. Oui, de nombreuses personnes sont affectées par la crise, qu'elles soient ou non infectées par le virus. Cependant, cette épreuve est plus ou moins difficile à vivre selon la place que l'on occupe au sein de divers rapports de pouvoir. Pour y réfléchir, on peut là encore classer les enjeux en examinant les rapports de pouvoir qui surgissent au détour de deux questions :

- pourquoi est-on plus ou moins affecté par le confinement ?
- pourquoi est-on plus ou moins affecté par la mise à l'arrêt de la société ?

Les inégalités dans le vécu du confinement

Le confinement est d'autant plus difficile à supporter que les logements sont petits, peu ensoleillés, surpeuplés, mal isolés, humides, voire insalubres. Le gradient économique (selon le budget dont on dispose pour son logement) est ici flagrant. Il est aussi perceptible dans la difficulté différenciée des jeunes à poursuivre leurs études à la maison : il leur faut minimalement un accès au numérique et à un espace suffisamment grand et tranquille.

Outre le revenu, une autre composante du statut socio-économique est le niveau d'éducation. Ce dernier joue lui aussi sur la poursuite des études à la maison, via la capacité différenciée des parents à aider leurs enfants à cet égard. C'est aussi un enjeu crucial pour les personnes analphabètes (22 % des Québécois[1]) qui peuvent avoir des difficultés à être informées des mesures gouvernementales, à suivre l'évolution de la pandémie et plus largement à avoir à des échanges sociaux, pourtant si nécessaires pendant cette situation de crise éminemment stressante. Cependant, les personnes analphabètes ne sont pas les seules à se retrouver en mal de communication : le sont aussi celles qui n'ont pas d'ordinateur chez elles et qui, avant le confinement, utilisaient ceux d'une bibliothèque ou d'un organisme d'aide, aujourd'hui fermés. Ce tarissement de la communication peut aussi émaner d'un isolement social. Au Québec, 19% des personnes de plus de 65 ans et 22 % des personnes à faibles revenus déclaraient un soutien social faible en 2009[2]: on imagine combien leur situation s'aggrave quand on leur demande de rester chez elles. On y pense moins, mais des étudiants n'ayant pas de nid familial où se réfugier pendant le confinement (par manque d'espace ou difficultés relationnelles, notamment) peuvent aussi se retrouver confrontés à une grande solitude, dans des chambres d'étudiant minuscules qui, en temps normal, ne sont « vivables » que parce qu'elles sont associées à des espaces collectifs de convivialité.

Enfin, on retrouve encore le genre, dans la surcharge des femmes au regard du soin aux enfants : les gérer toute la journée à la maison, en étant de plus en télétravail, pour certaines, peut créer des situations de conciliation famille travail intenables. Pour les membres de foyers violents, le confinement signifie une augmentation dramatique du risque, notamment les femmes et les enfants (cf. l'hashtag *#NousToutes, il est interdit de sortir mais pas de fuir*).

Les inégalités dans le vécu de la mise à l'arrêt d'une série d'activités

Il y a, tout d'abord, les personnes qui souffrent de ne plus pouvoir bénéficier de soins dont elles ont besoin : personnes handicapées ou malades suivies au long cours ; personnes qui devaient se faire opérer et dont l'opération est reportée ; personnes qui n'osent pas se présenter aux urgences pour d'autres symptômes que ceux de la Covid 19 ; femmes qui demandent un avortement (déclaré activité non essentielle dans plusieurs états des États-Unis). Dans tous ces cas, la pandémie vient exacerber la vulnérabilité de ceux qui avaient déjà besoin de soins, mais elle le fait de façon plus aigüe pour les moins pourvus de ressources socio-économiques. Face à une offre de soins réduite, on se doute en effet que les plus riches, les plus éduqués et ceux dotés des « bons » réseaux sociaux parviendront mieux que les autres à satisfaire leurs besoins, et ce même dans un système de soins a priori universel. Quant aux services sociaux directement destinés à des publics défavorisés, leur interruption a un impact immédiat d'aggravation des inégalités. Je pense par exemple aux repas servis en milieu scolaire aux enfants de familles à bas revenus et aux banques alimentaires.

Ensuite, le stress engendré par l'interruption de sa propre activité professionnelle dépend évidemment de la profondeur du « coussin » dont on dispose pour atténuer le choc d'un arrêt des rentrées d'argent (en 2019, 48% de la population canadienne risquait la faillite en cas de retard du prochain chèque de paie[3]). On en parle moins, mais l'impact de la pandémie sur les marchés financiers peut être également dramatique pour les aînés dont les prestations de retraite dépendent des rendements de leurs fonds d'investissement.

Si le statut socio-économique joue un rôle majeur dans ces inégalités, il est un autre statut social qui, loin des feux médiatiques, peut lui aussi différencier grandement le vécu de la crise, c'est l'origine migrante. La fermeture des frontières, telle que celle qui sépare le Canada et les États-Unis, contraint des migrants sans statut à contourner les points de passage habituels et à se retrouver alors vulnérables vis-à-vis de passeurs sans scrupules.

Enfin, le vécu de la crise est particulièrement éprouvant pour ceux qui se voient accusés d'en être responsables. Pensons aux manifestations de racisme envers les personnes d'apparence asiatique accusées d'être à l'origine de la pandémie, en particulier après que le président des États-Unis ait rebaptisé le nouveau coronavirus de virus chinois. Les aînés peuvent également faire les frais de l'exaspération ambiante, quand il est considéré que c'est pour les protéger, eux avant tout, que l'économie a été mise à l'arrêt. Ces manifestations d'âgisme s'expriment notamment dans le succès de l'expression BoomerRemover qui suggère que la gravité de leur surmortalité est plutôt bienvenue au regard du « poids » que leur survie fait peser sur la société.

Q. Y-a-t-il des choses que nous savons déjà au plan de la recherche sur les inégalités sociales qui se manifestent clairement dans le contexte de la crise actuelle?

R. Comme souvent dans les inégalités sociales de santé, ce qui apparaît au premier plan est la dimension socio-économique : j'ai beaucoup parlé, jusqu'à présent de bas revenus, de faible niveau d'éducation et d'emplois précaires. Mais il est important de pousser plus loin l'analyse pour se demander si un ou plusieurs autres rapports sociaux ne sont pas en cause derrière ces inégalités socio-économiques. Prenons l'exemple du rapport racial. Les Noirs (et les Hispaniques dans une moindre mesure) sont dramatiquement surreprésentés, aux États-Unis, parmi les personnes infectées et plus encore parmi celles qui décèdent de la Covid 19. On pourrait expliquer cet impact sanitaire disproportionné par le fait que sont plus fréquents chez eux de multiples facteurs de risque caractéristiques de la vie en contexte de pauvreté : emplois précaires dans les services essentiels, logements où il est difficile de se laver les mains car il n'y a pas d'eau courante (à Détroit, notamment), santé déjà dégradée par des maladies chroniques, faible taux d'assurance maladie, quartiers mal dotés en services de soins. Certes ... mais s'ils sont plus souvent pauvres, c'est bien parce qu'ils sont noirs - et soumis en tant que tels à de multiples discriminations dans l'accès aux ressources socio-économiques, tout au long de leur parcours de vie.

La même sinistre mécanique qui mène du racisme à la santé en passant par la pauvreté s'applique aux Autochtones vivant dans des réserves au Canada : ils sont plus à risque de s'infecter (les logements surpeuplés et mal ventilés facilitent la propagation du virus), de mal réagir à l'infection (la malnutrition et l'exposition élevée aux contaminants environnementaux sont des facteurs connus de dérèglement du système immunitaire, le diabète accroît le risque de complication en cas de Covid-19) et de mal vivre, de façon générale, la crise actuelle (celles de leurs réserves les plus éloignées des centres urbains dépendent du trafic aérien pour être ravitaillées) : si la plupart de ces conditions de vie sont des conséquences de la pauvreté, toutes peuvent être mises sur le compte de la minorisation raciale, historique et contemporaine, dont ils font l'objet.

Enfin, ces deux exemples rappellent une évidence qu'il est pourtant utile de rappeler : l'importance cruciale de recueillir des données raciales pour pouvoir mettre en évidence les inégalités raciales. Ainsi, aux États-Unis, la surreprésentation des Noirs parmi les victimes de la Covid-19 est majeure dans les quelques États dont le système de surveillance statistique recueille la race ... et invisible dans tous les autres États puisqu'ils ne recueillent pas cette donnée. Il en est de même pour le statut socio-économique, non recueilli dans la plupart des États.

Q. Comment voyez-vous l'évolution de la crise?

R. Les outils pour colmater ces lignes de fracture sociales sont connus : un solide filet de protection sociale, tissé serré de services publics de qualité. À défaut, on bricole en urgence, comme on le voit avec les aînés. Ceci dit, certaines injustices émeuvent plus que d'autres, et l'élan de solidarité suscité par la mise au jour du sort indigne réservé aux aînés ne se porte malheureusement guère sur les autres populations vulnérables.

Je pense en particulier aux migrants sans papier, qui sont parmi les plus vulnérables de notre société. Privés de droit au travail et donc de revenu officiel, traumatisés par des parcours de vie chaotiques, déracinés, isolés, en butte au racisme, ils se voient en outre refuser, au Québec comme dans de nombreuses autres sociétés, un droit essentiel, celui de se soigner. Or, le gouvernement provincial leur a octroyé, fin mars, la prise en charge de leurs soins : brusque prise de conscience morale ? Il semble plutôt qu'ils doivent cette avancée à leur risque particulièrement élevé au regard de la Covid 19 (atteints de maladies chroniques mal soignées, vivant dans une promiscuité plus importante, souvent avec des aînés) qui fait d'eux une menace pour la santé de la population québécoise. L'avancée est d'ailleurs limitée : la couverture maladie qui leur a été octroyée ne concerne que les seuls soins en rapport avec la Covid 19. La mesure, même si elle est indéniablement bienvenue, laisse l'impression amère que le gouvernement a soigneusement évité de remédier à l'une des inégalités parmi les plus flagrantes au Québec.

[1] **CDÉACF**, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine

[2] Maltais Nadine (2018) « Quelques données sur les liens sociaux au Québec » [présentation]. 22èmes Journées annuelles de santé publique, 5 décembre 2018,

[3] Simpson Sean (2019) « Nearly Half of Canadians (48 %) Are \$200 or Less Away from Financial Insolvency », Ipsos, 28 octobre 2019,

