

Les inégalités sociales et de santé du COVID-19

Social and health inequalities of COVID-19

REA A.¹, RACAPÉ J.² et FORTUNIER C.¹

¹Group for research on Ethnic Relations, Migration and Equality (GERME), Université libre de Bruxelles (ULB)

²Ecole de Santé publique, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Plusieurs études internationales montrent l'impact des inégalités sociales et ethnoraciales sur la pandémie de la COVID-19. Par ailleurs, les campagnes de vaccination contre la COVID-19 ont aussi mis en évidence le lien entre hésitation vaccinale et populations précarisées ou faiblement scolarisées. À partir de statistiques générales et de données empiriques recueillies par interviews dans deux recherches en 2020, la première financée par le FRNS intitulée « Inégalités et COVID-19 » (2021-2023) et la seconde réalisée auprès de publics invisibilisés financée par la Ville de Bruxelles, cette contribution entend proposer un cadre d'analyse élargi intégrant les interdépendances entre inégalités sociales (espace de vies, logements, métiers à risque, etc.) et de santé (comorbidités) concernant la diffusion de la COVID-19. Les résultats montrent également comment les mesures prises par les autorités politiques accélèrent la propagation du COVID-19 parmi les populations les plus précaires.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 439-444

ABSTRACT

International research assesses the impact of social and ethno-racial inequalities on the COVID-19 pandemic. Moreover, vaccination campaigns against COVID-19 also highlighted the link between vaccine hesitancy and low-income or low-educated populations. Based on general statistics and empirical data collected through interviews during two researches in 2020, the first one funded by the FRNS entitled Inequalities and COVID-19 (2021-2023) and the second one carried out among invisible and disadvantaged people funded by the City of Brussels, this contribution intends to provide a broader framework of analysis integrating the interdependencies between social inequalities (living space, housing, risky occupations, cultural and social practices, etc.) and health inequalities (comorbidities) regarding the spread of COVID-19. The results also demonstrate how the population-based measures taken by the political authorities accelerate the spread of COVID-19 among the most precarious people.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 439-444

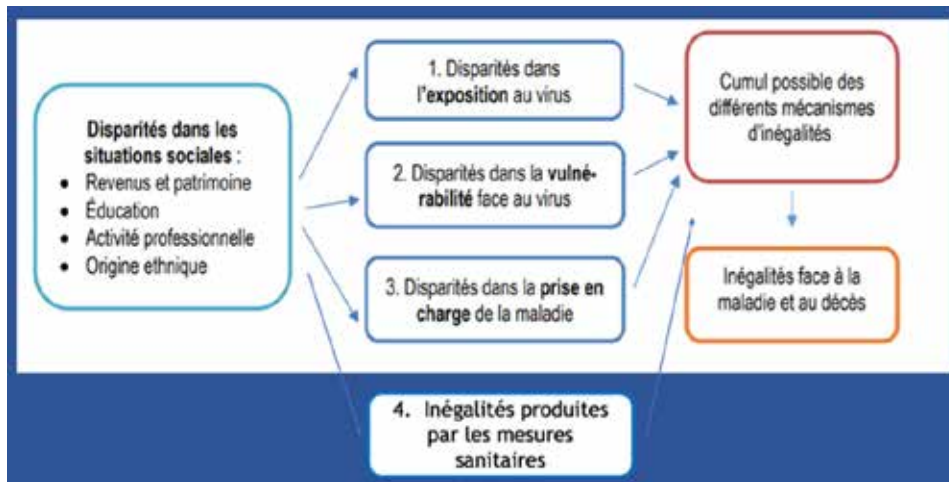
Key words : inequalities, COVID-19, ethnic minorities, health policies

INTRODUCTION

Les recherches sur le COVID-19 ont rapidement mis en évidence l'impact de variables épidémiologiques, comme l'âge et certaines comorbidités (l'hypertension, le diabète, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires), sur l'exposition à la maladie et le développement de ses formes graves¹. Si ces facteurs sont maintenant bien connus, les effets des inégalités sociales et de santé sur la diffusion de la COVID-19 le sont moins². Plusieurs auteurs soutiennent la nécessité d'élargir le champ d'études du COVID-19 en mobilisant le concept de syndémie³ qui définit un entrelacement de maladies, de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux qui, par leur

synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population donnée.

L'analyse de l'imbrication des facteurs sociaux et de santé peut suivre l'approche utilisée pour la diffusion de la grippe. Cela suppose (graphique) d'étudier (a) les disparités dans l'exposition au virus, (b) les disparités des vulnérabilités des personnes sur la base des facteurs de santé articulés au gradient social et (c) les disparités dans la prise en charge par le socio-sanitaire. Le cumul de ces trois processus inégalitaires a un impact sur l'inégalité face au COVID-19. A cela, il convient d'ajouter les conséquences des mesures prises pour lutter contre le COVID-19 sur les inégalités sociales et de santé.



Dans un premier temps, nous allons traiter des disparités précitées et dans un deuxième temps nous allons aborder les conséquences sanitaires et sociales des mesures politiques prises sur les populations les plus précarisées.

LES DISPARITÉS SOCIALES DE LA PROPAGATION DU COVID-19

Les disparités dans l'exposition au virus

Dans de nombreux pays, il est établi que les populations les plus précaires ont connu des taux de mortalité plus élevés. En Belgique, les habitants des 10 % des quartiers aux revenus les plus faibles ont 2,6 fois plus de risques d'être infectés par le COVID-19 que les habitants des 10 % des quartiers les plus riches. La surmortalité due au COVID-19 a frappé plus durement les personnes ayant des revenus plus faibles (les bénéficiaires de l'intervention majorée notamment) : leur surmortalité relative est de 70 % contre 45 % pour les personnes ne bénéficiant pas de l'intervention majorée⁵. Toutefois, comme le rappelle Khalatbari-Soltani et al.⁶, « ce n'est pas simplement que les personnes pauvres sont plus souvent en mauvaise santé qui les a exposées à la surmortalité due au Covid, c'est aussi et surtout leurs conditions de logement et leur métier ».

Le premier facteur de disparité relevé concerne l'inégale répartition géographique de la contamination. Ainsi, l'accroissement des probabilités d'être exposé au COVID-19 tient aux espaces de vie (zone urbaine densément peuplée, pas ou peu d'espaces verts, mauvaise qualité de l'air etc.). Comme aux États-Unis, au Royaume-Uni et en France, en Belgique l'association entre quartier densément peuplé des zones urbaines et risque de contamination a rapidement été établie par les données compilées par Sciensano. La densité de la population implique une probabilité plus grande de contacts, d'utilisation des transports publics, etc.

Toutefois, même au sein des zones urbaines densément

peuplées des disparités existent. Ceci tient à la qualité du logement. Cette dernière se décline sur la base de divers facteurs comme le nombre de mètres carrés par personne, la salubrité du logement, l'existence d'une cohabitation intergénérationnelle, etc. Cette disparité socio-spatiale se superpose avec la géographique des populations basée sur leur niveau socio-économique et selon leur nationalité d'origine. Les zones urbaines, comme Anvers et Bruxelles, sont aussi les lieux où se concentrent le plus les populations migrantes et celles des minorités ethnoraciales. Pour donner une représentation plus précise de cette superposition sociale et ethnoraciale, les données publiées par Sciensano sur les cas confirmés de COVID-19 en Région de Bruxelles-Capitale sont utiles. Le tableau présente le nombre de contaminations confirmées entre mars et novembre 2020. Les communes où le nombre des contaminations est le plus élevé sont les zones urbaines bruxelloises se trouvant à l'ouest du canal où vivent majoritairement les populations les plus précaires ainsi que les migrants et les minorités ethnoraciales. Cette carte présente aussi la fragmentation sociale de la Région de Bruxelles-Capitale puisqu'elle présente le croissant pauvre de la capitale de l'Europe tel qu'elle est décrite dans les ouvrages portant sur la Région de Bruxelles-Capitale⁷. L'évolution présente et future de la pandémie de Covid-19 en Belgique sont décrits en présentant et discutant les différentes phases qui se sont succédé jusqu'à aujourd'hui. L'évolution présente et future de la pandémie de Covid-19 en Belgique sont décrits en présentant et discutant les différentes phases qui se sont succédé jusqu'à aujourd'hui. Ces travaux sociologiques et géographiques mettent en évidence une récurrence historique : les communes les plus riches sont au sud-est de la ville et les plus pauvres celles du nord-ouest. Les communes du sud-est ont été peuplées lors de la périurbanisation de la ville dans les années 1960. La qualité du logement y est

meilleure, les jardins y étant plus nombreux et grands. Ces communes sont aussi celles à proximité des zones vertes comme le Bois de la Cambre et de la Forêt de Soignes. A l'inverse la zone qui va d'Anderlecht jusqu'à

Saint-Josse, dessinant un croissant urbain, constitue l'ancienne zone industrielle disposant des logements les plus précaires et dans les zones les plus basses de la ville.

Tableau

Cas confirmés de COVID-19 dans les dix-neuf communes bruxelloises en mars et novembre 2020.

Commune	Nombre de cas	Population	Cas par 1.000 habitants
Woluwe-Saint-Pierre	1.758	42.119	41,7
Woluwe-Saint-Lambert	2.432	57.712	42,1
Auderghem	1.464	34.404	42,6
Uccle	3.842	85.099	45,7
Etterbeek	2.224	48.473	45,9
Ixelles	4.085	87.632	46,6
Watermael-Boitsfort	1.219	25.332	48,1
Forest	2.928	56.581	51,8
Jette	2.741	52.728	51,9
Saint-Gilles	2.590	49.678	52,1
Schaerbeek	7.006	132.799	52,8
Bruxelles	9.769	185.103	52,8
Ganshoren	1.356	25.234	53,7
Evere	2.399	42.656	56,2
Saint-Josse-ten-Noode	1.572	27.497	57,2
Anderlecht	7.036	120.887	58,2
Koekelberg	1.304	21.959	59,4
Berchem-Sainte-Agathe	1.520	25.502	59,6
Molenbeek-Saint-Jean	6.594	97.979	67,3

Source : Sciensano (<https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/nouvel-outil-suivi-du-covid-19-par-commune>, consulté le 01/12/2020)

Un deuxième facteur de disparité tient aux professions exercées. Certaines professions ont été particulièrement exposées, celles appartenant aux métiers essentiels qui n'ont pas pu télétravailler. Ceci a aussi été mis en évidence en France⁸ et au Royaume-Uni⁹. En Belgique, des rapports¹⁰ montrent que durant la première et la deuxième phase de la pandémie, les professions qui ont été les plus contaminées sont les personnes qui exercent un emploi dans les secteurs tels que la santé, la livraison, les grandes surfaces, la sécurité publique et privée, la construction, les entreprises industrielles, les transports publics, l'éducation lorsque les écoles sont restées ouvertes. Il s'agit aussi de secteurs d'activité où la précarité salariale et des conditions de travail sont plus élevées. Ces secteurs d'activité professionnelle sont aussi ceux où les migrants et les personnes des minorités ethnoraciales sont surreprésentés. En Angleterre, les minorités ethnoraciales et les personnes occupant des professions précaires sont plus à risque d'être testée positive au COVID-19, d'être hospitalisées et de décéder de la COVID-19¹¹. Aux États-Unis, les taux d'incidence et de mortalité sont plus importants pour les minorités ethnoraciales et les personnes avec

un statut socio-économique défavorable¹². L'étude EPICOV en France¹³ montre que la COVID-19 a touché plus fortement les personnes exposées à des emplois précaires et appartenant aux minorités ethnoraciales. En Belgique, le Monitoring socio-économique de 2019¹⁴ établit l'ethnostratification du marché du travail. Les minorités ethnoraciales sont surreprésentées dans les secteurs où le risque de contamination est le plus élevé, ainsi les hommes de nationalité ou d'origine polonaise ou roumaine dans la construction et les femmes dans le nettoyage, comme les femmes turques. Les hommes d'origine maghrébine sont surreprésentés dans les transports publics et les femmes subsahariennes dans les sous-secteurs des maisons de repos et des hôpitaux.

En Belgique, les discours médiatique et politique ont souvent mis en exergue les hauts taux de contamination, surtout en automne 2020, des quartiers qualifiés d'immigrés (Borgerhout à Anvers, Farciennes en Wallonie ou Molenbeek à Bruxelles), espaces urbains qui rassemblent les risques accrus précités. Vanthomme¹⁵ montre à ce sujet que chez les hommes d'origine belge âgés de 40 à 65 ans, la mortalité a augmenté de 7 % par rapport à l'année

précédente, de 70 % chez les hommes d'origine africaine subsaharienne et de 25 % chez les hommes d'origine maghrébine. La plus forte contamination des minorités ethnoraciales tient ainsi à l'interdépendance et l'accumulation des facteurs : surreprésentation de cette population parmi les métiers dits essentiels et parmi les zones urbaines les plus densément peuplées et vivant dans des logements plus exigus. La démonstration de cette corrélation statistique sur la base de croisement de données n'est pas encore disponible en Belgique¹.

Les disparités des vulnérabilités

Les inégalités sociales de santé ont été mises en évidence depuis longtemps¹⁶. Les maladies cardiovasculaires, l'obésité, l'asthme ou le diabète sont plus fréquents parmi les groupes socialement défavorisés. Ces éléments sont souvent liés aux conditions d'existence, à la qualité du travail exécuté, aux styles de vie et aux facteurs environnementaux néfastes et aux logements insalubres. Il existe de nombreux effets cumulatifs des disparités dans l'exposition au virus et des disparités des vulnérabilités. Dans une enquête¹⁷ portant sur deux hôpitaux bruxellois et analysant les personnes hospitalisées en 2020 pour cause de COVID-19, il a été établi des liens entre des groupes d'origine nationale et certaines comorbidités. Les patients d'Afrique subsaharienne sont plus jeunes (81,1 % de moins de 65 ans) avec une prévalence plus élevée d'obésité (41,5 %), sans assurance maladie (50,9 %). Les patients du Moyen-Orient étaient également plus jeunes (72,2 % de moins de 65 ans) avec un taux élevé de personnes sans assurance maladie (38,9 %). Les personnes sans assurance sont majoritairement des personnes sans-papiers. Toutefois, un des deux hôpitaux est installé au centre de Bruxelles et accueille traditionnellement et tendanciellement plus de personnes sans-papiers que dans d'autres hôpitaux. Les patients du Maghreb ont une prévalence plus élevée de diabète (42,1 %). Les patients maghrébins et moyen-orientaux sont majoritairement issus du quartier bruxellois de la pauvreté (94 %). Les patients d'Afrique subsaharienne ont le risque le plus élevé d'admission en soins intensifs (24,5 %) par rapport aux autres groupes de nationalité.

Les disparités dans la prise en charge

Les disparités dans la prise en charge des maladies sont aussi très largement documentées. Il existe une relation positive entre le gradient social et la prise en charge. En Belgique, les populations les plus défavorisées sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir de médecin traitant. Or des recherches montrent le rôle important que ce contact favorise dans l'identification rapide de certaines maladies. En outre, la médecine générale constitue un outil essentiel de traitement de l'information médicale et une source importante de

maîtrise par les individus de leur santé, au niveau de la prévention primaire et secondaire¹⁸. Le non-recours aux soins de santé des populations les plus précarisées pour des raisons financières est aussi largement documenté de même que le recours tardif aux soins d'urgence¹⁹. De manière plus générale, les populations les plus précarisées retardent plus fréquemment la prise en charge des pathologies chroniques. Le retard dans la prise en charge ne tient pas seulement à des facteurs économiques. Il est aussi le résultat d'un niveau faible de littératie en santé²⁰. Cette dimension a particulièrement été importante durant la syndémie du COVID-19.

COMPRENDRE LE CUMUL DES MECANISMES D'INÉGALITÉ

La crise sanitaire du COVID-19 a exacerbé les inégalités sociales et de santé et en a fait apparaître d'autres. Les inégalités sociales présentes avant l'apparition du COVID-19 ont aussi aggravé la diffusion du COVID-19 et ses conséquences sanitaires. La vie des citoyens n'a pas été seulement mise en danger pour des raisons sanitaires. La mise en œuvre de politiques populationnelles pour répondre au COVID-19 a généré en cascade des problèmes de santé, de santé mentale et d'ordre socio-économique. Trois constats peuvent être dressés sur la base des entretiens recueillis : l'invisibilisation de la précarité, l'urgence sociale en temps de COVID-19 et les formes sociales et culturelles de vie.

Invisibilisation de la précarité

Un premier constat tient à l'invisibilisation des populations les plus précarisées durant la crise sanitaire. Cette invisibilité est statistique, médiatique et politique. La première année de gestion politique de la crise socio-sanitaire s'est basée sur des statistiques faites de vagues et de courbes statistiques, comme outils de prédiction et techniques de persuasion des « bonnes conduites ». Le « Belge moyen » et « la famille modèle » (deux parents, deux enfants, une maison quatre façades, un jardin, etc.) ont été un référent cognitif. Au nom de la santé publique, des mesures populationnelles ont visé à toucher le plus rapidement possible une majorité de la population correspondant à cette représentation des « personnes et familles moyennes ». De façon paradoxale, la gestion politique des enjeux de santé publique en temps de syndémie dont celui qui consiste à protéger tout le monde semble avoir fait l'impasse sur les inégalités sociales et de santé et singulièrement les spécificités des conditions de vie des publics invisibilisés négligeant les effets de ces conditions de précarité sur la diffusion de la maladie. Parmi les personnes invisibilisées, celles ne disposant pas d'identité administrative et donc statistique (notamment les sans-abris, les sans-papiers, les personnes en rupture de droits sociaux ou en rupture de lien social) sont complètement sorties des radars des discours et mesures populationnelles.

Cette absence de prise en compte de la question sociale *a priori* a conduit à ce que des mesures

(*) Nous effectuerons une analyse croisée des données du Résumé médical hospitalier et de celles de la Banque carrefour de la sécurité sociale de 2020 dans le courant de l'année 2022. Signalons que les données du Résumé médical hospitalier de l'année 2020 ne sont disponibles qu'à partir de mai 2022.

populationnelles ont eu pour effet d'accroître la diffusion de la maladie. Il suffit de penser à l'injonction politique principale « restez chez vous » pour se rendre compte de son effet négatif pour des populations vulnérabilisées. Cette injonction a accru la circulation du virus dans les quartiers les plus densément peuplés où vivent des personnes dans les logements exigus où le nombre de mètres carrés par résidents est le plus faible, dans les quartiers disposant de moins d'espaces verts, etc. L'absence totale de mesures d'accompagnement à cette injonction, comme permettre aux personnes contaminées de pouvoir se loger ailleurs momentanément, en vue de tenir compte des causes sociales sur la crise sanitaire démontre l'absence de la prise en compte de la question sociale. Ceci se marque aussi en ce qui concerne le soutien à la perte de salaire. Alors que des rapports officiels établissent l'importance du travail irrégulier en Belgique (qui concerne surtout la déclaration partielle d'une charge de travail) et qui touche aussi des travailleurs qui ont effectué des métiers essentiels durant la crise, aucune mesure de compensation n'a visé ces travailleurs dont une part s'est tournée vers les CPAS pour survivre expliquant l'accroissement conséquent des demandes d'aide sociale²¹.

L'urgence sociale en temps de COVID-19

La syndémie du COVID-19 est avant tout présentée, par les experts, les médias, les responsables politiques, comme une crise sanitaire et non une crise du bien-être humain, une crise des formes de vie²². Pour les populations précaires, la question de la survie sociale et économique prime sur la survie sanitaire en période de COVID-19. La crise sanitaire et les mesures de prévention en vigueur ont poussé l'ensemble de la population belge à réorganiser leur vie quotidienne. Avant la crise sanitaire, les conditions de vie précaires permettaient, jusqu'alors, à de nombreuses personnes de vivre dans des formes de bricolages de vie. Elles réussissaient à se débrouiller dans la précarité. Mais les mesures populationnelles de gestion de crise sanitaire ont eu de lourds impacts sociaux, provoquant des pertes de ressources et des ruptures de liens sociaux, obligeant alors les plus précarisés à développer des stratégies de survie. Le bricolage n'était plus possible et la dépendance à autrui s'est accrue de même que celle à des institutions (CPAS, associations etc.). L'accroissement de l'aide alimentaire témoigne de la primauté pour certaines populations de répondre à des besoins élémentaires. L'interdiction ou la suspension de plusieurs secteurs d'activités a occasionné, dans le chef des plus précarisés, une perte

de ressources financières nette, non compensée par des mécanismes d'aide publique pour toutes celles et tous ceux dont l'activité de travail se caractérise par l'irrégularité. Les modalités de travail ou de scolarité à distance ont participé, parfois, à accroître les tensions intrafamiliales en particulier au sein des familles disposant d'un logement exigu. Elles ont également accru le poids de la charge des foyers pour les familles monoparentales conduisant occasionnellement à une parentalisation des enfants aînés.

Les données qualitatives recueillies montrent que la survie sociale et économique prime sur la survie sanitaire auprès de ces populations en temps de COVID-19. Pour ces populations, la lutte contre le COVID-19 n'est pas la première urgence. Le COVID-19 est un risque parmi d'autres. Dans la hiérarchie des urgences, leur première est celle de la survie (perte de revenu, de pouvoir d'achat, gérer les relations professionnelles et familiales, etc.). Les populations précarisées ont été confrontées au dilemme de la vie précaire : se faire dépister au risque de devoir faire une quarantaine, de ne pas pouvoir travailler ou de devoir renoncer à envoyer les enfants à l'école.

Les formes sociales et culturelles de vie

Si les données objectives démontrent que les familles des minorités ethnoraciales vivent dans des zones urbaines densément peuplées, dans des logements exigus et intergénérationnels, il faut aussi comprendre les effets de la densité de la dynamique familiale. Les relations sociales sont fréquentes parce que la famille est avant tout un espace social de solidarité puissant et nécessaire pour affronter la précarité et la stigmatisation vécue par ces populations. Malgré l'ensemble des injonctions à limiter par exemple les contacts, même familiaux, la dynamique de nombreuses familles des minorités ethnoraciales qui sont souvent constituées de fratries plus étendues que la moyenne nationale repose sur l'intensité des relations sociales dans un groupe cohésif. Un événement particulier démontre le rôle essentiel des relations sociales comme source de cohésion sociale. Lors des enterrements, le nombre de personnes présentes était limité (15 personnes) durant les deux vagues de 2020. Toutefois, ces populations sont confrontées à un dilemme moral entre le respect des règles sanitaires qui limitent les contacts (pas plus d'une ou deux personnes) et l'impératif moral de rendre visite aux familles des défunts. Plusieurs situations ont été rapportées qui établissent que c'est à l'occasion de ces visites aux familles dans les logements des défunts que des contaminations ont eu lieu. L'impératif moral ici est supérieur à l'impératif de la sécurité sanitaire.

CONCLUSION

L'entrelacement des inégalités sociales et de santé a été mis en évidence depuis longtemps en santé publique. Cette interdépendance est établie pour la syndémie du COVID-19 par des données statistiques et qualitatives. Cependant, elle n'a pas été au principe des mesures sanitaires prises. Dès lors, la syndémie du COVID-19 a aggravé la situation sanitaire et sociale des publics les plus précarisés. De même les mesures populationnelles fondées sur « les personnes et familles moyennes » ont accru les risques sanitaires et la précarité des populations vulnérabilisées socio-économiquement.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L *et al.* Features of 20133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ*. 2020;369:m1985.
2. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(11):964-8.
3. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*. 2017;389(10072):941-50.
4. Blumenshine P, Reingold A, Egerter S, Mockenhaupt R, Braveman P, Marks J. Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerg Infect Dis*. 2008;14(5):709-15.
5. Willaert D, Vrancken J. (Consulté le 1er mars 2022). Inégalités de mortalité face à l'épidémie de coronavirus en Belgique. *Solidaris*. 08.02.2021. <https://inegalites.be/inegalites-de-mortalite-face-a-l?lang=fr>
6. Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(8):620-3.
7. Vanderhoffen Ch. Bruxelles, Une lecture de la ville. Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles. 2014 ; Rea A. Immigration and diversity. in Corijn E, and Van de Ven J. *The Brussels the Reader*. Brussels: VUBPRESS. 2013 : 246-68.
8. EPIDEMIC. (Consulté le 1er mars 2022). Conditions de vie et compréhension des consignes médicales au temps du Covid-19. Synthèse du 02/07/2020. http://www.iferiss.org/images/IFERISS/Projets/EPIDEMIC/Synthese_EPIDEMIC_Consignes-medicales_020720.pdf
9. Blundell R, Cribb J, McNally S, Warwick R and Xiaowei X. Inequalities in education, skills, and incomes in the UK: the implications of the COVID-19 pandemic. London: Institute for Fiscal Studies. 2020.
10. Molenberghs G, Verbeeck J, Vandersmissen G, Godderis L. (Consulté le 1er mars 2022). Monitoring Belgian COVID-19 infections in work sectors. December 2020. <https://www.info-coronavirus.be/en/celeval/>
11. Mathur R, Rentsch CT, Morton CE, Hulme WJ, Schultze A, MacKenna B *et al.* Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*. 2021;397(10286):1711-24.
12. Karmakar M, Lantz PM, Tipirneni R. Association of Social and Demographic Factors With COVID-19 Incidence and Death Rates in the US. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2036462.
13. Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Counil E, Jusot F, Spire A *et al.* Les inégalités sociales au temps du Covid-19. *Questions en santé publique*. 2000;40.
14. Ministère de l'emploi et UNIA. (Consulté le 1er mars 2022). Le Monitoring socio-économique. 2019. <https://www.unia.be/fr/publications-et-statistiques/publications/monitoring-socioeconomique-2019-marche-du-travail-et-origine>
15. Vanthomme K, Gadeyne S, Lusyne P, Vandenheede H. A population-based study on mortality among Belgian immigrants during the first COVID-19 wave in Belgium. Can demographic and socioeconomic indicators explain differential mortality? *SSM Popul Health*. 2021;14:100797.
16. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.
17. Racapé J, Noël AC, Lurel J, Dauby N, Coppieters Y, Goffard JC, MD, Rea A. Social determinants and risk factors associated with ICU and mortality in hospitalized Covid-19 patients in the Brussels-Capital Region during the first wave. *Arch Public Health*. Paper soumis.
18. Jamoule P, Roland M. Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille. *Santé conjugulée*. 2005;33:71-7.
19. Marmot M, Wilkinson R. *Social Determinants of Health*. Oxford: OUP ; 2005
20. Lin L, Savoia E, Agboola F, Viswanath K. What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2014;14:484.
21. SPF Sécurité sociale. (Consulté le 1er mars 2022). Monitoring des conséquences du COVID-19 sur l'emploi et la protection sociale en Belgique. 28/03/2022. https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/elaboration-politique-sociale/monitoring_covid_short_fr.pdf
22. Fassin D. *La Vie. Mode d'emploi critique*. Paris: Le Seuil;2019.

Travail reçu le 16 mai 2022 ; accepté dans sa version définitive le 12 juin 2022.

CORRESPONDANCE :

A. REA

GERME (ULB)

Av. F. Roosevelt 50 - CP 124 - 1050 Bruxelles

E-mail : andrea.rea@ulb.be