HAL
open science

À quand une prise en compte des disparités ethnoraciales vis-à-vis de l'infection à COVID-19 en France ?

M. Melchior, Annabel Desgrées Du Loû, A. Gosselin, G.D. Datta, Mabel Carabali, Jacques Merckx, J.S. Kaufman

To cite this version:

M. Melchior, Annabel Desgrées Du Loû, A. Gosselin, G.D. Datta, Mabel Carabali, et al.. À quand une prise en compte des disparités ethnoraciales vis-à-vis de l'infection à COVID-19 en France ?. Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2021, 10.1016/j.respe.2021.01.006 . hal-03181413

HAL Id: hal-03181413

https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03181413v1

Submitted on 25 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre: A quand une prise en compte des disparités ethno-raciales vis-à-vis de l'infection à COVID-19 en France ?

Title: Advocy for the measurement and reduction of COVID-19 disparities according to migratory status and ethnic category in France.

Auteurs: Maria Melchior[1,2], Annabel Desgrées du Loû[2,3], Anne Gosselin[2], Geetanjali D Datta[4], Mabel Carabali[5], Joanna Merckx[5], Jay S Kaufman[5]

[1] Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique, IPLESP, 75012, Paris, France.

[2] Institut Convergences Migration, CNRS, Aubervilliers, France

[3] Centre Population et Développement, Université de Paris, IRD, ERL Inserm SAGESUD, Paris, France.

[4] Department of Medicine and Research Center for Health Equity, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California

[5] Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Corresponding author:

Maria Melchior

Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP/ INSERM UMR_S 1136)

Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (ERES)

Faculté de Médecine Saint-Antoine

27 rue de Chaligny,

75012 Paris, France

Tel: +33 (0)1 85 56 02 40

Rôle de chaque auteur : MM et JSK ont eu l'idée originale pour cet article, et MM en a produit une première version. L'ensemble des auteurs (MM, ADL, AG, GDD, MC, JM, JSK) ont relu et commenté le manuscrit, suggérant des modifications et ajouts substantiels. L'ensemble des auteurs ont lu et approuvé la version finale

Liens d'intérêt : JM est salariée de bioMérieux. Les autres auteurs ne rapportent pas de liens d'intérêt.

Sources de financement : aucune

Au cours des derniers mois, de nombreux travaux ont documenté une forte incidence de la morbidité sévère et de la mortalité en lien avec l'infection à COVID-19 chez les personnes immigrées ou appartenant à des minorités ethno-raciales dans plusieurs pays dont les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Suède, le Brésil, l'Espagne, l'Afrique du Sud. En particulier, les populations dites « racisées » pour emprunter un terme venant des sciences sociales, ont un moindre accès aux tests de dépistage, des taux de maladie sévère due au COVID-19 et de mortalité plus élevés, et des séquelles plus importantes lorsqu'elles survivent à l'infection (1-5). Les mécanismes sociaux, comportementaux et biologiques sous-jacents à ces disparités sont complexes, mais la distribution inéquitable des ressources et des opportunités (ex. logement, emploi, accès au système de soins) selon les caractéristiques ethno-raciales des personnes, joue sans aucun doute un rôle important (6).

Cependant, à l'exception notable de la Grande-Bretagne, les pays européens ne déclarent pas en routine de statistiques COVID-19 selon le statut migratoire ou la catégorie ethno-raciale des personnes (i.e. le pays de naissance, la nationalité, ou l'appartenance à un groupe minoritaire) (7). La situation de la France est à ce titre exemplaire, d'autant plus qu'une proportion substantielle de la population est immigrée et que le taux d'infection par le COVID-19 est élevé.

En France, les personnes immigrées représentent 10% de la population et les descendants d'immigrés 12%, les immigrés récents venant le plus fréquemment d'un pays d'Afrique (47%) (8). Par rapport à la population non-immigrée, les personnes nées à l'étranger ont en moyenne eu des taux de mortalité toutes causes deux fois plus élevés entre mars et avril 2020, dont une partie, qui n'est pas connue à date, est due au COVID-19 (9). Spécifiquement, alors que la mortalité a augmenté de 22% parmi les personnes nées en France, elle a atteint 54% parmi les personnes nées en Afrique du Nord, 91% parmi celles qui sont nées en Asie, et 114% parmi celles qui sont nées en Afrique Sub-Saharienne. Cette tendance est aussi reflétée dans les inégalités géographiques de mortalité, avec une augmentation de 118% en 2020 par rapport à l'année précédente en Seine-Saint-Denis, le département le plus pauvre de France métropolitaine en termes de taux de pauvreté et où 30% de la

population est immigrée, par rapport à 96% à Paris (10). Cependant, l'ampleur exacte de ces disparités peut seulement être estimée si le statut migratoire et l'origine ethno-raciale sont recueillis dans des données populationnelles mesurant la morbidité et l'accès aux soins en lien avec le COVID-19. Les statistiques d'ores et déjà disponibles, ainsi que les protestations contre le racisme structurel dans le monde entier à la suite de la mort de George Floyd, ont donné lieu en France, comme dans d'autres pays d'Europe, à une nouvelle discussion publique sur les risques et bénéfices des "statistiques ethniques" et la nécessité de collecter plus systématiquement des données ethno-raciales dans le domaine de la santé (11), néanmoins à date les données dans ce domaine restent très limitées.

La Réglementation Générale de la Protection des Données (RGPD) appliquée dans l'Union Européenne restreint le recueil de données rendant possible l'identification des "origines raciales ou ethniques" des personnes, au même titre que la collecte d'informations permettant d'identifier les opinions politiques, l'activité syndicale, l'orientation sexuelle, et les caractéristiques génétiques, sauf si un cadre législatif particulier est mis en place (12). Ainsi, certains pays comme la Grande-Bretagne, ont fait le choix d'une législation spécifique permettant le recueil de données sur le statut migratoire et la catégorie ethno-raciale des personnes dans des enquêtes nationales sur les conditions de vie ou la santé, ce qui rend possible l'évaluation des disparités et a servi à montrer que les personnes appartenant au groupe BAME (Black, Asian, and Minority Ethnic) ont un surrisque face au COVID-19 (13).

En France, par contre, la RGPD est appliquée de manière stricte, les autorités réglementaires étant consultées à chaque fois qu'il est envisagé de recueillir des informations sur le statut migratoire et/ou l'origine ethno-raciale des personnes, comme toute autre « donnée sensible » (religion, orientation sexuelle…). Ceci reflète une interprétation étroite de l'Article 1 de la Constitution, qui interdit la « distinction des citoyens sur les bases de la race, de l'origine ou de la religion », dans l'objectif de protéger les personnes de risques de mésusage et de discrimination.

Cependant, il y a plusieurs limites à cet argument. Premièrement, il est évident que le racisme et les discriminations existent même en l'absence de statistiques fiables pour les mesurer. En France, comme dans d'autres pays européens, certains chercheurs et le Défenseur des droits ont documenté de manière répétée des disparités ethno-raciales dans des domaines tels que l'enseignement, le logement et le travail (14). Néanmoins, les discriminations vis-à-vis de la santé et de l'accès aux soins ont à ce jour reçu peu d'attention, bien que de rares recherches suggèrent, comme dans d'autres pays, l'existence de différences systématiques de traitement entre personnes appartenant à une minorité ethno-raciale et celles qui n'en font pas partie (15). Deuxièmement, il est bien-sûr raisonnable de limiter le recueil des données sur les caractéristiques migratoires, ethno-raciales et religieuses des personnes en ce qui concerne les fichiers administratifs. Mais dans les enquêtes sur la santé l'absence de ce type d'information empêche la mesure des disparités, et par là-même, complique la réduction des discriminations (16). Par exemple, la démonstration d'un risque élevé de VIH parmi les personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne dans plusieurs pays européens dont la France, a été utilisée pour concevoir des stratégies de prévention spécifiques et adapter les procédures de dépistage et de traitement, en impliquant directement les personnes concernées. Ceci a amené des institutions internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé et le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies à recommander le recueil d'informations sur le statut migratoire et la catégorie ethno-raciale des personnes dans les statistiques concernant le COVID-19 ou d'autres problèmes de santé (17, 18). Troisièmement, en l'absence d'une discussion publique équilibrée concernant les avantages et inconvénients d'évaluer la santé des immigrés et membres de groupes ethno-raciales minoritaires, le tabou relatif à la mesure des origines géographiques des personnes est tel que même dans le cadre de projets de recherche spécifiquement conçus pour évaluer les disparités de santé, obtenir une autorisation réglementaire pour recueillir le pays de naissance des personnes peut s'avérer impossible. Il semble donc y avoir un flou concernant la définition des mesures du « statut migratoire » et de la « catégorie ethno-raciale » des personnes et leur interprétation.

Montrer que les problèmes de santé sont particulièrement répandus ou graves dans des populations immigrées ou descendantes d'immigrés – surtout dans le domaine des maladies infectieuses – peut bien-sûr présenter le risque de stigmatisation. Les données sur les disparités en santé peuvent aussi être mal interprétées, comme lorsque des différences entre groupes ethniques sont attribuées à des différences génétiques (6). Une façon de limiter ces risques de mauvaise interprétation consiste à impliquer des personnes immigrées ou appartenant à des minorités ethno-raciales dans les recherches qui concernent leur santé.

La publication par l'Institut National de le Statistique et des Etudes Economiques de statistiques nationales sur les taux de mortalité pendant l'épidémie de COVID-19 selon le pays de naissance des personnes est une première étape vers une discussion plus large sur la nécessité de mesurer et réduire les disparités de santé entre immigrés – de première, seconde, et troisième génération – et le reste de la population française. Afin que les avancées dans ce domaine soient réelles, il faudra 1) clarifier les termes et indicateurs utilisés ("statut migratoire", "catégorie ethno-raciale") pour aider les soignants et professionnels de santé publique à documenter et comprendre les disparités sans tomber dans le '*piège génétique*' ; 2) identifier les mécanismes sous-jacents aux disparités et discriminations dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins. L'épidémie de COVID-19 présente peut-être une opportunité pour une discussion de santé publique renouvelée sur ce sujet, pour avancer dans la production d'indicateurs indispensables, politiquement et socialement acceptables, pour la recherche et la surveillance en santé publique, et ce afin de contribuer à la mise en place d'actions qui réduiront les disparités face à la maladie (19, 20).

Références

1. Holmes L, Jr., Enwere M, Williams J, Ogundele B, Chavan P, Piccoli T, et al. Black-White Risk Differentials in COVID-19 (SARS-COV2) Transmission, Mortality and Case Fatality in the United States:

Translational Epidemiologic Perspective and Challenges. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(12).

2. Hansson E, Albin M, Rasmussen M, Jakobsson K. [Large differences in excess mortality in March-May 2020 by country of birth in Sweden]. Lakartidningen. 2020;117.

3. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. Lancet Global Health. 2020;8(8):e1018-e26.

4. Jaqueti Aroca J, Molina Esteban LM, García-Arata I, García-Martínez J. [COVID-19 in Spanish and immigrant patients in a sanitary district of Madrid]. Revista Espanola de Quimioterapia. 2020;33(4):289-91.

5. Klugman KP, Zewdu S, Mahon BE, Dowell SF, Srikantiah P, Laserson KF, et al. Younger ages at risk of Covid-19 mortality in communities of color. Gates Open Research. 2020;4:69.

6. Karlsen S, Nazroo J. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editors. Methods in Social Epidemiology. 2nd edition. San Francisco, CA: John Wiley and Sons; 2017. p. 43-68.

7. Simon P. The failure of the importation of ethno-racial statistics in Europe: debates and controversies. Ethnic and Racial Studies. 2017;40(13):2326-32.

8. INSEE. L'essentiel sur les immigrés et les étrangers. 2020 [https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212].

9. Papon S, Robert-Bobée I. Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020. INSEE Focus. 2020. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049]

10. Observatoire Régional Ile de France. Surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens. 2020. [https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-surmortalite-durant-lepidemie-de-covid-19-dans-les-departements-franciliens.html]

11. OECD. Diversity statistics in the OECD. 2018. [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=SDD/DOC(2018)9&docLanguage=En]

12. European Commission. How is data on my religious beliefs/sexual orientation/health/political views protected? 2020 [https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/reform/rights-citizens/how-my-personal-data-protected/how-data-my-religious-beliefs-sexual-orientation-health-political-views-protected_en].

13. Gov.UK. How we are helping people understand ethnicity data. 2019. [https://dataingovernment.blog.gov.uk/2019/06/27/how-were-helping-people-understand-ethnicity-data/]

14. Défenseur des droits. Inégalités d'accès aux droits et discrimination en France. 2020. [https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2020/06/inegalites-dacces-aux-droits-et-discriminations-en-france]

15. Sauvegrain P, Azria E, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharaux C. Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 2017;124(12):1858-65.

16. Krieger N, Gonsalves G, Bassett MT, Hanage W, Krumholz HM. The Fierce Urgency Of Now: Closing Glaring Gaps In US Surveillance Data On COVID-19. Health Affairs Blog. 2020.

17. World Health Organization. Refugee and migrant health. 2019. [https://www.who.int/migrants/en/]

147 18. European Center for Disease Control and Prevention. Migrant and ethnic groups. 2020.
148 [https://www.ecdc.europa.eu/en/methods/specific-populations/migrant-and-ethnic-groups]

149 19. Mathur R, Bear L, Khunti K, Eggo RM. Urgent actions and policies needed to address COVID-
150 19 among UK ethnic minorities. Lancet. 2020.

151 20. Pilecco FB, Leite L, Góes EF, Diele-Viegas LM, Aquino EML. Addressing racial inequalities in a
152 pandemic: data limitations and a call for critical analyses. Lancet Global Health. 2020;8(12):e1461-e2.

153