

## Sexe, origine, classe sociale et COVID-19... la pandémie mondiale aggrave-t-elle les inégalités ?

Les effets de la pandémie de COVID-19 se font encore sentir dans le monde entier, mais on sait déjà que tout le monde n'a pas été logé à la même enseigne. Les nombreuses données publiées s'accordent sur un fait : le genre, l'origine et la condition sociale sont tous des facteurs déterminants dans la manière dont le COVID-19 nous affectera sur le plan sanitaire, économique ou social.

Les hommes, par exemple, ont plus de risques de contracter le COVID-19 et d'en mourir que les femmes, tandis que les femmes sont plus susceptibles d'en souffrir financièrement. Au Mexique, le taux de mortalité lié au COVID-19 est de 66 % chez les hommes contre 34 % chez les femmes, soit la plus forte disparité homme/femme, comparé à tous les pays comptant plus de 10 000 décès<sup>1</sup>. Comme le souligne la Banque mondiale, « les preuves montrent que le coronavirus est plus mortel chez les hommes ; cependant, les femmes sont confrontées à davantage de difficultés économiques »<sup>2</sup>.

Les preuves suggèrent que dans les économies occidentales, les membres issus des communautés noires, asiatiques et des minorités ethniques semblent avoir plus de risques de contracter le COVID-19 et d'en mourir que ceux issus des groupes ethniques blancs. Une étude publiée dans le Financial Times explique que près d'un tiers des patients infectés par le virus admis en soins intensifs sont des personnes issues de minorités qui comptent pour 13 % de la population britannique. Aux États-Unis, près de 30 % des

Noirs américains, qui représentent environ 14 % de la population, auraient contracté le virus<sup>3</sup>.

La condition sociale semble également avoir un impact significatif sur le risque de contracter le COVID-19. Si le virus ne fait évidemment pas de discrimination en fonction du compte en banque,

force est de constater que la condition sociale détermine dans une large mesure le risque de vivre dans la promiscuité, l'accès aux soins de santé ou le travail dans un environnement sûr. Or, malheureusement, ces facteurs augmentent le risque d'attraper une maladie contagieuse.

... le genre, la race et la condition sociale sont tous des facteurs déterminants dans la manière dont le COVID-19 nous affectera sur le plan sanitaire, économique ou social.



## L'égalité entre hommes et femmes recule-t-elle ?

Les preuves suggèrent également une aggravation des inégalités au travail et des stéréotypes de genre. Selon les Nations Unies, les femmes effectuent au moins deux fois et demi plus de tâches ménagères et de soins non rémunérés que les hommes<sup>4</sup>. Les femmes en Inde effectuent dix fois plus de tâches ménagères et de soins non rémunérés en temps « normal » que les hommes, et leur charge se serait encore alourdie de 30 % supplémentaires avec le COVID-19<sup>5</sup>.

En outre, les données de l'Organisation internationale du travail montrent que, dans le monde, les femmes occupent moins de 40 % des emplois, mais représentent 57 % des postes à temps partiel<sup>6</sup>. Autrement dit, leur travail est plus temporaire ou précaire par rapport à un poste à temps plein. Il subsiste également un écart de rémunération important entre hommes et femmes, actuellement bloqué à 16 % au niveau mondial, ce qui signifie que les femmes seront plus durement touchées par un ralentissement économique.<sup>7</sup>

Même lorsque les femmes peuvent télétravailler, elles ont tendance à davantage s'occuper des enfants et des tâches ménagères, ce qui limitera leur capacité à travailler à temps plein, en particulier en cette période où l'école à la maison, bien que temporaire, est devenue courante.

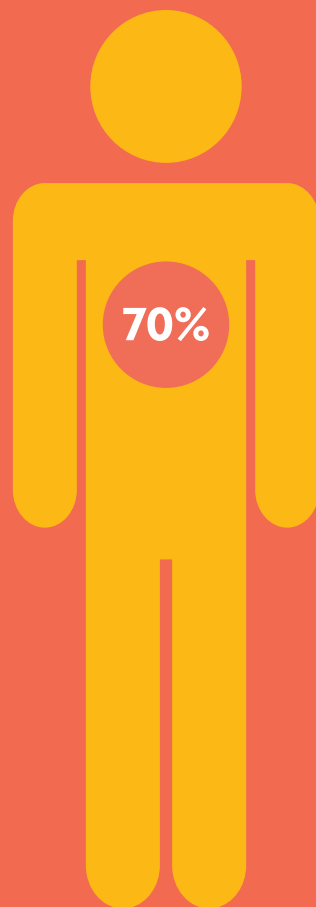
« À l'échelle mondiale, les femmes gagnent moins, épargnent moins, occupent des emplois plus précaires et sont plus susceptibles d'être employées dans le secteur informel. Elles ont moins accès aux protections sociales et constituent la majorité des familles monoparentales. Leur capacité à absorber les chocs économiques est donc inférieure à celle des hommes<sup>8</sup> », constate le document d'orientation des Nations Unies.

À l'échelle mondiale, les femmes gagnent moins, épargnent moins, occupent des emplois plus précaires et sont plus susceptibles d'être employées dans le secteur informel... Leur capacité à absorber les chocs économiques est donc inférieure à celle des hommes.

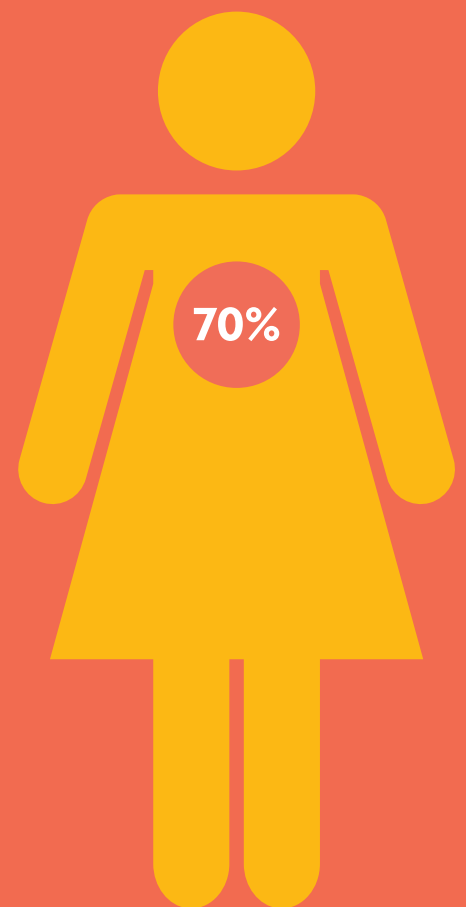
## L'impact des politiques

Les décisions prises par les décideurs politiques et les autorités sanitaires affectent le mode de vie de presque tout le monde, mais elles n'impactent pas nécessairement de la même manière les hommes et les femmes.

L'analyse de 104 pays par l'International Growth Centre montre qu'environ 70 % des travailleurs dans les secteurs de la santé et des services sociaux sont des femmes, tandis que plus de 70 % des PDG et des présidents de conseils d'administration de l'industrie mondiale de la santé sont des hommes, preuve que si de nombreuses femmes travaillent en première ligne de la riposte au COVID-19, très peu sont en mesure d'influencer les mesures politiques en place pour faire face à la crise<sup>9</sup>.



des PDG et présidents de conseils d'administration du secteur mondial de la santé sont des hommes



des travailleurs dans les secteurs de la santé et des services sociaux sont des femmes

## Le virus est-il discriminatoire ?

Si une chose est sûre concernant le COVID-19, c'est qu'il est incroyablement contagieux et se propage sans faire de discrimination. Cependant, l'origine ethnique semble jouer un rôle dans son impact probable sur la santé. L'analyse de l'Institute of Fiscal Studies montre que le taux de mortalité dû au COVID-19 chez les Noirs africains et les Pakistanais britanniques dans les hôpitaux anglais est deux fois et demi plus élevé que celui de la population blanche<sup>10</sup>. Un rapport de la British Medical Association a en outre révélé que 90 % des médecins décédés du COVID-19 étaient issus de minorités<sup>11</sup>.

Au Royaume-Uni<sup>12</sup>, les données suggèrent que les personnes d'origine sud-asiatique font partie du groupe le plus susceptible de décéder à l'hôpital du COVID-19. Outre d'autres causes possibles, ces chiffres sembleraient liés au diabète, comorbidité largement connue pour avoir un impact direct sur la mortalité liée au COVID-19. Près de 40 % des patients sud-asiatiques hospitalisés présentaient un diabète de type 1 ou 2, contre 25 % des patients blancs.

[Le COVID-19 est] incroyablement contagieux et se propage sans faire de discrimination. Cependant, l'origine ethnique semble jouer un rôle dans son impact sur la santé.

Il est cependant difficile de se faire une idée précise de l'impact du virus sur les personnes vivant dans les pays d'Asie du Sud. Par exemple, il a été largement rapporté que l'Inde (comme un certain nombre d'autres pays) pourrait sous-estimer le nombre de personnes décédées du COVID-19. Dans certaines régions, les médecins indiquent avoir reçu pour consigne de ne pas mentionner le COVID-19 comme cause de décès chez les patients atteints du virus. Et si le système de santé indien permet à tout le monde de recevoir des soins gratuits ou fortement subventionnés dans les hôpitaux publics, il souffre aussi d'un sous-financement chronique. Les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) montrent que le gouvernement indien n'a dépensé que 63 dollars par personne en soins de santé pour ses 1,3 milliard d'habitants

en 2016, contre 398 dollars pour les 1,4 milliard d'habitants que compte la Chine<sup>13</sup>.

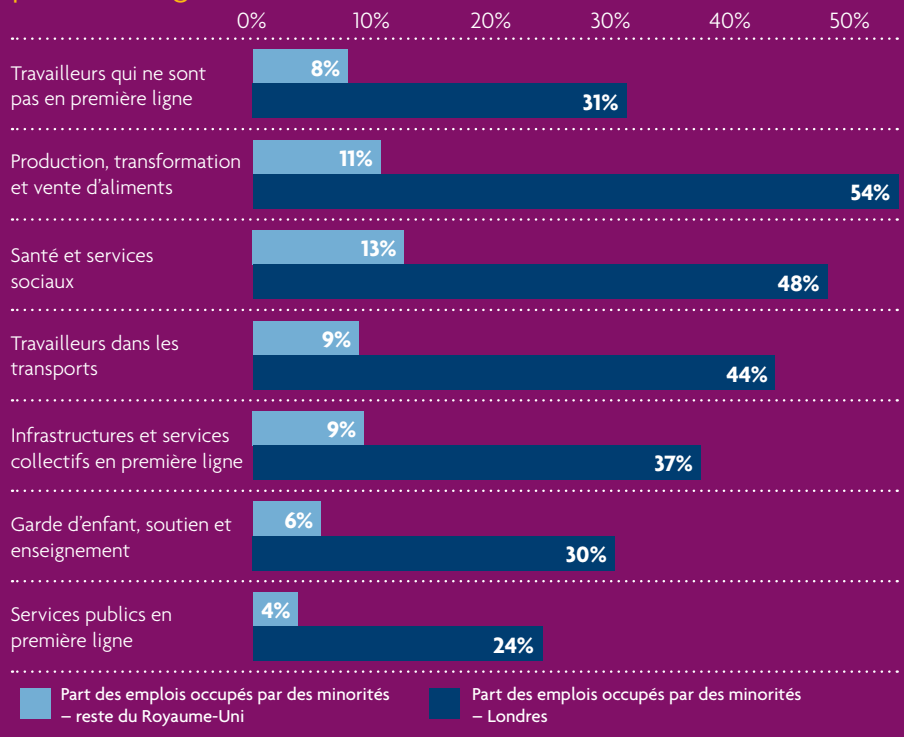
Dans les pays à population majoritairement blanche, les minorités pourraient être plus à risque en raison de leurs conditions de vie. En effet, les familles dans ces communautés sont souvent plus susceptibles d'abriter plusieurs générations sous le même toit, les familles nombreuses coexistant dans des logements surpeuplés<sup>14</sup>. Une autre raison pourrait être due à la probabilité d'occuper un poste en première ligne. Près de 8 % de la main-d'œuvre britannique occupe des emplois en première ligne, une proportion qui monte toutefois à 31 % chez les Britanniques issus des minorités<sup>15</sup>. Ces derniers représentent 54 % des salariés des transports londoniens, 48 % des travailleurs de la santé et des services sociaux et 54 % des travailleurs dans la production

Près de 8 % de la main-d'œuvre britannique occupe des emplois en première ligne, une proportion qui monte toutefois à 31 % chez les Britanniques issus des minorités.

et la transformation des aliments – un environnement dans lequel un nombre élevé de cas de COVID-19 ont été signalés dans le monde.

Selon Ross Warwick, économiste chercheur à l'Institute for Fiscal Studies, les taux de mortalité chez les minorités pourraient s'expliquer par des problèmes de santé ou l'emploi occupé. « Lorsqu'on sait que les groupes minoritaires sont majoritairement assez jeunes dans l'ensemble, le nombre de décès semble disproportionné dans la plupart des minorités. Il peut y avoir plusieurs explications, et certains facteurs peuvent davantage peser selon les groupes. Par exemple, alors que les Noirs africains sont particulièrement susceptibles d'occuper des postes en première ligne pouvant les mettre en danger, les Bangladais plus âgés semblent vulnérables en raison de problèmes de santé sous-jacents ».

### Les travailleurs issus des minorités représentent une part démesurément élevée des emplois dans les secteurs en première ligne à Londres<sup>16</sup>



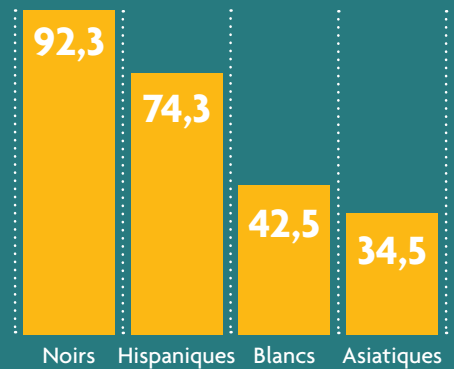
## Taux d'hospitalisation et caractéristiques des patients hospitalisés avec le COVID-19 aux États-Unis

Les Centers for Disease Control (CDC)<sup>17</sup> ont récemment mené une étude auprès de 580 patients hospitalisés ayant été testés positifs au COVID-19 dans 14 États américains. L'étude a révélé que 45% des patients hospitalisés étaient d'origine ethnique blanche contre 59% des patients issus d'autres communautés.

Cependant, 33 % des patients hospitalisés étaient noirs, contre 18 % dans la

communauté, mettant en lumière une surreprésentation chez les patients hospitalisés. New York City<sup>18</sup> a déterminé des taux de mortalité chez les Noirs (92,3 décès pour 100 000 habitants) et chez les Hispaniques (74,3 décès pour 100 000 habitants) nettement supérieurs à ceux des Blancs (42,5 pour 100 000 habitants) ou des Asiatiques (34,5 pour 100 000 habitants).

Taux de mortalité pour 100 000 habitants



## Avez-vous les moyens de vous soigner ?

Si le COVID-19 ne peut distinguer la situation financière d'une personne, le statut économique semble avoir une incidence sur le taux de contamination. Avant la pandémie, des recherches ont mis en lumière la corrélation entre les faibles revenus par rapport au reste de la société et des taux plus élevés de maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiaques<sup>19</sup>, qui augmentent fortement le risque de décès dû au COVID-19. Dans le même temps, des études ont montré que les personnes à faible revenu ont tendance à développer des maladies chroniques entre 5 et 15 ans plus tôt que la moyenne<sup>20</sup>. Alors que les responsables de la santé pensent que les personnes de plus de 70 ans sont les plus à risque en raison de la prévalence de maladies chroniques, ces résultats suggèrent que chez les personnes à faible revenu, l'âge à risque se situerait bien en deçà, vers 55 ans.

Les inégalités sociales se feraient davantage ressentir dans les pays dont le système de santé n'est pas financé par l'État. Aux États-Unis, par exemple, 90 % des personnes dont les revenus se situent dans le premier quart bénéficient de congés maladie payés, contre seulement 47 % de celles dont les revenus sont dans le dernier quart<sup>21</sup>. En 2019, 26 % des Américains ont renoncé à se faire soigner<sup>22</sup> parce qu'ils ne pouvaient pas se le permettre, une proportion

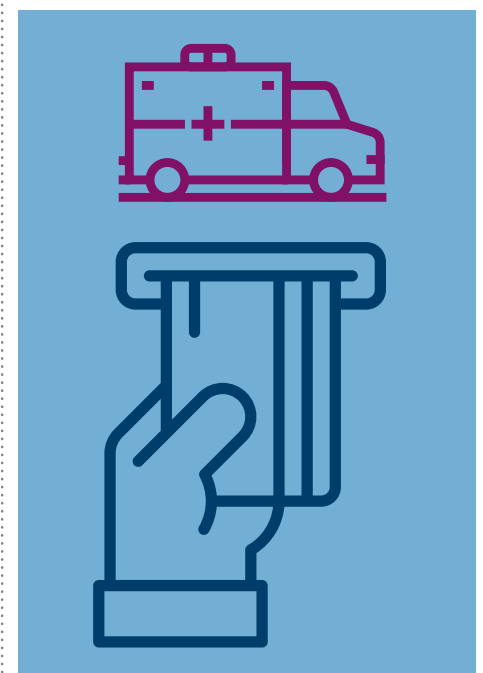
similaire ayant déclaré qu'au moins un membre de leur famille n'a pas passé l'examen recommandé par leur médecin, faute de moyens<sup>23</sup>. Il est donc logique de supposer que certains ne pourront pas payer leur traitement. D'après un article du New York Times, beaucoup de patients ont eu la mauvaise surprise de découvrir les frais de leur hospitalisation suite au COVID-19, certains étant même contraints de régler des séjours obligatoires<sup>24</sup>.

Comme nous l'avons vu, les emplois moins bien payés sont souvent ceux en première ligne pendant une pandémie, les salaires dans la santé, les transports et la production alimentaire étant inférieurs au salaire moyen dans de nombreux pays. Ces travailleurs ont non seulement plus de risques de contracter le virus que les personnes plus aisées, mais ils sont aussi moins susceptibles d'avoir une couverture maladie au besoin.

D'après les données rapportées par Forbes, « près de la moitié des infirmières et des personnels de santé à domicile aux États-Unis n'ont aucun jour de congé maladie payé, et un million de personnels de santé n'a pas de couverture santé. Les infirmières et les aides-soignants, y compris ceux qui traitent les patients atteints du COVID-19, risquent leur vie tous les jours pour

un salaire horaire moyen de 14,25 dollars, tandis que le salaire horaire des personnels de santé à domicile n'est que de 11,63 dollars<sup>25</sup> ».

... des études ont montré que les personnes à faible revenu ont tendance à développer des maladies chroniques entre 5 et 15 ans plus tôt que la moyenne.



## Rôles des employeurs

Les organisations mondiales doivent adopter une gestion souple de la pandémie de COVID-19 envers leur personnel. Une approche « universelle » ne pourra pas fonctionner avec une épidémiologie aussi variée selon les régions du monde, même si des procédures d'hygiène strictes restent valables pour tous. Comme le soulignent les Centres pour le Contrôle et la Prévention des maladies, « les employeurs devraient adapter leur réponse en tenant compte du niveau de transmission de la maladie dans leur communauté et revoir leur plan d'activité au besoin<sup>26</sup> ».

En termes d'égalité hommes/femmes en particulier, les employeurs peuvent durablement changer la donne en adaptant les politiques en matière de travail. En particulier dans les pays développés, les femmes demandent et

privilégient souvent la flexibilité du travail.

Si les employeurs saisissent cette pandémie pour promouvoir activement le télétravail et la flexibilité, les femmes qui travaillent pourraient y voir une excellente nouvelle et s'apercevoir qu'elles disposent de davantage d'opportunités professionnelles. Mais une parité absolue et durable exige d'offrir aux hommes les mêmes possibilités de travail flexible qu'aux femmes, afin de parvenir à une répartition équitable entre la garde des enfants et les autres responsabilités familiales.

D'après les United Nations Women Empowerment Principles : « La situation actuelle offre une chance de bouleverser les stéréotypes de genre, de changer les récits traditionnels et de montrer que le leadership et la prise de décision, les tâches ménagères et

la garde et l'éducation des enfants peuvent et doivent être des responsabilités partagées<sup>27</sup> ».

Les employeurs ont la possibilité de jouer un rôle de premier plan dans la riposte aux possibles effets négatifs et durables du COVID-19 sur les inégalités existantes. Même si les politiques de santé ou de logement dépassent le cadre de leurs compétences, les employeurs ont une responsabilité envers leur personnel. Les organisations mondiales ont l'obligation d'assurer la sécurité de leurs employés, quel que soit leur environnement de travail, qu'il s'agisse d'une usine ou d'un siège social. Les personnes chargées d'élaborer les politiques de retour au travail devront bien garder cette responsabilité à l'esprit. Si la distanciation sociale est possible dans un bureau, ce n'est pas toujours le cas dans une usine de fabrication ou de transformation alimentaire.

Alors que le bilan définitif de la pandémie n'est toujours pas connu, que les pays commencent à assouplir leurs règles de confinement et à s'ouvrir au monde, les organisations mondiales ont un rôle à jouer dans le soutien aux personnes qui ont le plus souffert pendant le COVID-19 au moment où les sociétés commencent à se reconstruire. En tant qu'employeur mondial, vous ne devez pas ignorer les inégalités qui ont cours et vous devez faire votre possible pour éviter qu'elles ne s'aggravent pendant et après la crise du COVID-19.

1. Anonyme, Global Health 5050 <https://globalhealth5050.org/covid19/sex-disaggregated-data-tracker/> (juin 2020)
2. Caroline Freund et Iva Ilieva Harmel, Banque mondiale <https://blogs.worldbank.org/psd/covid-hurting-women-economically-governments-have-tools-offset-pain> (juin 2020)
3. Clive Cookson et Richard Milne, Financial Times <https://www.ft.com/content/5fd6ab18-be4a-48de-b887-8478a391dd72> (29 avril 2020)
4. Anonyme, UN Women <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work> (juin 2020)
5. Anonyme, FSG [https://www.fsg.org/sites/default/files/7%20issues%20affecting%20women%20during%20covid-19\\_0.pdf](https://www.fsg.org/sites/default/files/7%20issues%20affecting%20women%20during%20covid-19_0.pdf) (juin 2020)
6. Anonyme, Organisation internationale du travail, [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_457317.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457317.pdf) (juin 2020)
7. Anonyme, ONU Global Compact Academy <https://uncompact.org/academy/how-business-can-support-women-in-times-of-crisis> (juin 2020)
8. Anonyme, ONU Women <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406> (juin 2020)
9. Laura Sili, International Growth Centre, <https://www.theigc.org/blog/covid-19-and-the-impact-on-women/> (juin 2020)
10. Haroon Siddique, The Guardian <https://www.theguardian.com/world/2020/may/01/british-bame-covid-19-death-rate-more-than-twice-that-of-whites> (1er mai 2020)
11. Anonyme, BBC News <https://www.bbc.co.uk/news/uk-53065306> (16 juin 2020)
12. Ewen M Harrison et Annemarie B Docherty, The Lancet, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3618215](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3618215) (juin 2020)
13. Anonyme, Associated Press, The Hindustan Times <https://www.hindustantimes.com/health/covid-19-pandemic-india-s-social-inequalities-reflected-in-coronavirus-care/story-Y5mfBH7zOawp6mwK59d0A.html> (26 juin 2020)
14. Clive Cookson et Richard Mile, Financial Times <https://www.ft.com/content/5fd6ab18-be4a-48de-b887-8478a391dd72> (29 avril 2020)
15. Tim Elwell-Sutton, Sarah Deeny et Mai Stafford, The Health Foundation, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/emerging-findings-on-the-impact-of-covid-19-on-black-and-min> (juin 2020)
16. Anonyme, The Health Foundation, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/emerging-findings-on-the-impact-of-covid-19-on-black-and-min> (juin 2020)
17. Plusieurs auteurs, Centers for Disease Control & Prevention, [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm?s\\_cid=mm6915e3\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm?s_cid=mm6915e3_w) (juin 2020)
18. Anonyme, New York City Health, <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-19-deaths-race-ethnicity-04162020-1.pdf> (juin 2020)
19. Anonyme, American Sociological Association, <https://www.rwjf.org/en/library/research/2008/12/epidemiological-sociology-and-the-social-shaping-of-population-h.html> (juin 2020)
20. Irma T Elo, Annual Review of Sociology, <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-soc-070308-115929> (juin 2020)
21. Elise Gould, Economic Policy Institute, <https://www.epi.org/blog/lack-of-paid-sick-days-and-large-numbers-of-uninsured-increase-risks-of-spreading-the-coronavirus/> (juin 2020)
22. Anonyme, West Health et Gallup, <https://news.gallup.com/poll/248123/westhealth-gallup-us-healthcare-cost-crisis.aspx> (juin 2020)
23. Liz Hamel, Cailey Munana et Mollyann Brodie, Kaiser Family Foundation, <https://www.kff.org/report-section/kaiser-family-foundation-la-times-survey-of-adults-with-employer-sponsored-insurance-section-2-affordability-of-health-care-and-insurance/> (juin 2020)
24. Sarah Kliff, The New York Times, <https://www.nytimes.com/2020/02/29/upsshot/coronavirus-surprise-medical-bills.html?auth=login-email&login=email> (10 mars 2020)
25. Michael Posner, Forbes <https://www.forbes.com/sites/michaelposner/2020/05/14/coronavirus-pandemic-reveals-our-economic-inequality/#5154abef79fe> (juin 2020)
26. Anonyme, Centers for Disease Control & Prevention <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/guidance-business-response.html> (juin 2020)
27. Anonyme, ONU Women <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406> (juin 2020)

Ce document a été préparé par MAXIS GBN et est fourni à titre purement informatif - il ne constitue nullement un conseil. MAXIS GBN a pris toutes les précautions nécessaires pour s'assurer que les informations contenues dans ce document ont été obtenues à partir de sources fiables. L'exactitude ou l'exhaustivité de ces informations ne sauraient toutefois être garanties. Les informations contenues dans ce document peuvent être modifiées à tout moment et sans préavis. La confiance que vous accordez à ces informations relève donc de votre unique responsabilité.

MAXIS Global Benefits Network (le « Réseau ») est un réseau de compagnies d'assurance (les « Membres ») agréées dans leur pays respectif et membres du réseau MAXIS (le « Réseau ») fondé par AXA France Vie, Paris, France (AXA) et par Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY, USA (MLIC). MAXIS GBN, société immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 16000513, ayant son siège au 313, Terrasses de l'Arche - 92 727 Nanterre Cedex, France, est un intermédiaire en assurance et réassurance dont la mission est de promouvoir le Réseau. MAXIS GBN est conjointement détenu par les affiliés d'AXA et de MLIC, et n'émet pas de contrat d'assurance ni ne fournit de prestations d'assurance ; ces activités sont assurées par les Membres. MAXIS GBN opère au Royaume-Uni par le biais de son établissement britannique ayant son siège au 1st floor, The Monument Building, 11 Monument Street, London EC3R 8AF, immatriculé sous le numéro BR018216, et dans les autres pays membres de l'Union européenne, en libre prestation de services. MAXIS GBN exerce ses activités aux États-Unis par le biais de MetLife Insurance Brokerage, Inc., domicilié au 200 Park Avenue, NY, NY, 10166, courtier en assurance agréé dans l'État de NY. MLIC est l'unique membre autorisé à exercer des activités d'assurance dans l'État de NY. Les autres membres ne sont ni agréés, ni autorisés à exercer à NY, et les polices et contrats qu'ils émettent ne sont ni approuvés par le Superintendent of Financial Services de NY, ni couverts par le fonds de garantie de l'État de NY, ni soumis au droit de l'État de NY. MAR00664/0720

