

# ÉCLAIRAGE 4 :

## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ APPARAISSENT AVANT LA NAISSANCE ET SE CREUSENT DURANT L'ENFANCE

Jeudi 3 décembre 2020 • FICHE PRESSE

### France, portrait social



Les **inégalités sociales de santé** ont des causes multiples, liées entre elles et encore partiellement documentées : attitudes ou habitudes de vie protectrices de la santé plus ou moins développées - qu'il s'agisse d'alimentation, de comportements à risque ou d'actes de prévention -, orientation plus ou moins aisée dans le système de soins, différences d'accès et de recours aux soins, freins financiers, expositions environnementales différentes, etc.

Cet éclairage étudie le **gradient social de santé**, c'est-à-dire le fait que plus une personne s'élève dans la hiérarchie sociale, plus elle est en bonne santé. Les inégalités sociales de santé apparaissent dès le début de la vie. Elles sont déjà bien présentes au cours de l'enfance et pourront avoir des conséquences sur la santé tout au long de la vie, avec par exemple le développement de facteurs de risques ou l'apparition de maladies chroniques à l'âge adulte.

 Voir p. 93

### Avant même la naissance, les inégalités sociales de santé apparaissent

Les inégalités sociales de santé apparaissent avec déjà des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître.

Au niveau des femmes déclarant ne pas avoir du tout fumé au troisième trimestre de grossesse en 2016 :

cadres	employées	ouvrières
94 %	77 %	66 %

La **corpulence, le stress ou la dépression** peuvent affecter l'environnement utérin et le développement du fœtus, avec des conséquences sur la santé du bébé et de l'enfant.

 > Encadré 1 - Les enquêtes nationales périnatales p. 94

### Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent

Dans les milieux favorisés il y a moins d'enfants de faibles poids et plus d'enfants allaités à la naissance.

Mères qui allaitent leur nouveau-né dans les tout premiers jours :

cadres	ouvrières
79 %	59 %

### Définitions

#### - **Binge drinking :**

consommation de cinq verres ou plus d'alcool bus en une occasion au moins trois fois au cours des trente derniers jours.

#### - **Corpulence :**

mesurée par l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport du poids sur la taille au carré (exprimé en kg/m<sup>2</sup>). L'OMS fournit une classification selon la valeur obtenue. Chez l'adulte, un indice inférieur à 18,5 correspond à une insuffisance pondérale (sous-poids), entre 18,5 et 25 à une corpulence normale, entre 25 et 30 à un surpoids et à partir de 30 à de l'obésité. À la différence des adultes, les seuils chez l'enfant évoluent selon l'âge et le sexe en raison des variations de corpulence au cours de la croissance.



## Durant l'enfance, les inégalités de santé se creusent

(habitudes de vie, facteurs culturels et économiques, exposition environnementale)

Les habitudes de vie qui conduisent à la surcharge pondérale touchent surtout les milieux moins favorisés. La surcharge pondérale à 5-6 ans concerne davantage les enfants **d'ouvriers (16 %)** et **d'employés (14 %)** que les enfants **de cadres (7 %)**. À poids de naissance identique, **les enfants d'ouvriers et d'employés** ont un risque accru de basculer vers la surcharge pondérale. Cette surcharge pondérale persiste plus souvent au cours de l'enfance et de l'adolescence.

## Définitions

### Surcharge pondérale :

regroupe ici le surpoids et l'obésité.



Les enfants de familles favorisées ont une alimentation meilleure pour la santé.

Boissons sucrées tous les jours  
15 % (cadres) / 26 % (ouvriers)



Plus de 2 heures par jour devant un écran en semaine  
8 % (cadres) / 16 % (ouvriers)



Sport au moins une fois par semaine en dehors de l'école  
78 % (cadres) / 67 % (ouvriers)



● Enfants de cadres ● Enfants d'ouvriers

Part des élèves de CM2 ayant ces habitudes de vie en 2014-2015



Un moindre accès aux soins pour les enfants de milieux modestes.

Pas de carie  
77 % (cadres) / 59 % (ouvriers)



Appareil dentaire  
48 % (cadres) / 28 % (ouvriers)



Lunettes ou lentilles  
37 % (cadres) / 31 % (ouvriers)



● Enfants de cadres ● Enfants d'ouvriers

Part des élèves de 3<sup>e</sup> dans cette situation en 2016-2017



## Des inégalités sociales de santé déjà bien ancrées à la fin de l'adolescence

Considèrent leur état de santé très satisfaisant : **62 %** des adolescents de familles favorisées, **43 %** parmi ceux de familles défavorisées.

À la sortie de l'adolescence, la **consommation de substances psychoactives**, en particulier de boissons alcoolisées, est plus fréquente dans les milieux sociaux favorisés, à l'exception du tabagisme quotidien.

**À 17 ANS, CONTRAIREMENT AU TABAC, PLUS DE CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES PLUS FAVORISÉS**



**9 %** des jeunes de **17 ans** de **milieu favorisé** boivent régulièrement de **l'alcool**

Alcool régulier<sup>1</sup>  
9 % (favorisé) / 6 % (défavorisé)



Binge drinking<sup>2</sup>  
18 % (favorisé) / 13 % (défavorisé)



Tabagisme quotidien  
20 % (favorisé) / 28 % (défavorisé)



● Milieu favorisé ● Milieu défavorisé

Part de jeunes de 17 ans consommant de l'alcool et du tabac en 2017

1. Au moins dix fois au cours des 30 derniers jours.

2. Cinq verres ou plus d'alcool bus en une occasion au moins trois fois au cours des 30 derniers jours.