

Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge

Thibaut de Saint Pol

Sociologue,
Institutions et dynamiques
historiques de l'économie,
École normale supérieure
(IDHE-ENS), Cachan,
chef du bureau « État de
santé de la population »,
Direction de la recherche,
des études, de l'évaluation
et des statistiques (Drees),
Paris.

Parler d'« inégalités sociales », c'est reconnaître qu'une partie des écarts observés en termes de santé ne provient pas de causes naturelles, mais de l'influence d'un certain nombre de facteurs économiques et sociaux, tels que les revenus, les modes de vie ou encore l'accès aux soins.

Ces différences ont été largement étudiées à l'âge adulte, mais elles s'observent aussi dès le plus jeune âge. L'enfance constitue en effet une période particulière en termes de santé, dans la mesure où un grand nombre d'habitudes sont acquises à cet âge, mais aussi en raison des risques sur le long terme des problèmes de santé des enfants¹.

Réfléchir aux déterminants de ces inégalités, et aux moyens de les réduire, demande au préalable de faire un état des lieux de la situation en France, objectif que se donne cet article.

Des inégalités avant même la naissance

Bien avant la naissance, il existe déjà des inégalités en lien avec la situation sociale des parents, et en particulier de la mère, notamment dans la manière dont se déroule la grossesse. Les enquêtes nationales périnatales, réalisées régulièrement en France, font ainsi apparaître un gradient social dans les différentes dimensions du suivi prénatal des mères [1]. Les femmes les moins diplômées, comme celles n'ayant

aucune ressource ou percevant une allocation chômage ou le RSA, effectuent moins de consultations prénatales que les autres femmes. Ainsi, 20 % des femmes ayant un niveau d'étude s'arrêtant au primaire effectuent moins de sept visites prénatales, nombre d'exams fixés par la réglementation, contre 5 % de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au baccalauréat [1]. Elles ont également un moins bon suivi échographique. Les femmes les plus défavorisées sont aussi plus nombreuses à être hospitalisées pendant la grossesse, signe de problèmes de santé plus fréquents [2].

Les femmes qui renoncent pour des raisons financières à des consultations ou des examens pendant leur grossesse vivent plus fréquemment dans un contexte social difficile : outre un plus bas niveau d'études, elles habitent plus souvent seules et sont plus souvent de nationalité étrangère [2]. Le fait que la grossesse des femmes de milieu défavorisé soit généralement moins suivie est d'autant plus problématique que plusieurs facteurs de risques pour la santé de l'enfant et celle de sa mère sont plus importants chez elles, comme les conditions de travail difficiles, la consommation de tabac ou encore les grossesses précoces [3].

Des inégalités autour de la naissance

Ces inégalités perdurent autour de la naissance. Le taux de prématurité (moins de trente-sept semaines d'aménorrhée) des femmes n'ayant aucune ressource, ou ayant des ressources provenant d'aides publiques, est plus

élevé que celui des femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle (9 contre 6 %). Le faible poids à la naissance, indicateur important de la santé du nourrisson - en raison de sa corrélation avec la mortalité et la morbidité infantiles - varie de la même manière : la proportion d'enfants de poids inférieur à 2,5 kilogrammes est de 10 % chez les femmes n'ayant aucune ressource, ou ayant des ressources provenant d'aides publiques, contre 6 % chez les femmes avec une activité professionnelle [2].

Si la mortalité des enfants a fortement baissé en France au cours du XX^e siècle, et avec elle les inégalités sociales des enfants devant la mort [4], la mortalité infantile reste liée aux critères socio-économiques des parents. Elle semble ainsi plus forte pour les mères de moins de 20 ans, celles de nationalité d'Afrique Noire, ou encore lorsque le père est ouvrier [5]. Ces inégalités sont plus importantes dans certaines zones géographiques, les départements d'outre-mer (DOM) étant particulièrement touchés.

Une situation plus préoccupante dans les DOM

Si on observe des différences entre les grandes régions de la métropole, c'est surtout avec les départements d'outre-mer que l'écart est important, en raison notamment de conditions socioéconomiques plus défavorables. La surveillance prénatale est moins régulière et les taux de prématurité sont deux fois plus élevés dans les DOM (*Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte, ndlr*) qu'en métro-



pole (16 contre 7 %). C'est aussi le cas des naissances d'enfants de faible poids (13 contre 7 %) [2]. Les interventions à la naissance ainsi que les caractéristiques des nouveau-nés témoignent de l'existence de complications et d'un état de santé plus fragile des nourrissons [6].

Sur la période 2000-2008, le taux de mortalité infantile – décès avant l'âge d'un an d'enfants nés vivants – reste deux fois plus élevé dans les départements d'outre-mer (7,8 décès pour mille) qu'en France métropolitaine (3,8 pour mille), et notamment en Guyane (11,8 décès pour mille naissances vivantes) [6].

Des inégalités qui se creusent dans l'enfance

Les inégalités présentes à la naissance se creusent durant l'enfance. L'enquête sur la santé, réalisée en grande section de maternelle à l'occasion du bilan obligatoire, montre que de fortes inégalités sociales existent entre enfants avant l'entrée à l'école élémentaire. Ainsi, à l'âge de 6 ans, les enfants ayant un père ouvrier sont 14 % à présenter une surcharge pon-

L'ESSENTIEL

- **Les inégalités présentes à la naissance se creusent pendant l'enfance, période durant laquelle un grand nombre d'habitudes de vie sont acquises.**
- **Ces inégalités de santé sont liées à l'ensemble des autres inégalités sociales, notamment celles relatives aux conditions de vie et à la précarité des enfants.**
- **Elles ont un caractère d'autant plus intolérable qu'elles échappent à toute responsabilité individuelle.**

dérale (4 % de l'obésité), contre 9 % (1 % de l'obésité) pour ceux ayant un père cadre [7]. Comme pour les adultes [8], on observe un fort gradient social pour le surpoids et l'obésité, qui se retrouve selon le secteur de l'école fréquenté, lui-même segmenté socialement. Les enfants de 6 ans scolarisés dans une école publique située en zone d'éducation prioritaire (ZEP) sont 16 % à être en surpoids, contre 12 % dans une école publique hors ZEP et 9 % dans le privé² [7].

Ces écarts sont liés aux niveaux de revenu, mais reflètent aussi des dif-

férences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà marquées à cet âge. Les académies où la surcharge pondérale et l'obésité sont les plus importants sont aussi celles où les enfants sont plus nombreux à consommer des boissons sucrées tous les jours ou à passer beaucoup de temps devant la télévision ou les jeux vidéo [9]. Ainsi, les jours avec école, la moitié des enfants d'ouvriers en grande section de maternelle passent au moins une heure devant un écran contre un quart des enfants de cadres. Ils sont également deux fois plus nombreux à consommer des boissons sucrées au moins quatre fois par semaine (42 contre 20 %) [7]. On observe les mêmes différences, défavorables aux enfants des milieux les moins aisés, pour la consommation de fruits et légumes, la prise d'un petit-déjeuner tous les jours ou encore le temps de sommeil.

Cinq fois plus de caries non soignées chez les enfants d'ouvriers

De fortes disparités apparaissent aussi en termes de santé bucco-

dentaire. Ainsi, 30 % des enfants d'ouvriers ont déjà eu au moins une carie à l'âge de 6 ans contre seulement 8 % des enfants de cadres [10]. Ils consultent également moins, ce qui se traduit par un repérage plus tardif des caries. Lors de l'examen de santé obligatoire avant l'entrée en primaire, 23 % des enfants d'ouvriers ont au moins une carie non soignée contre 4 % des enfants de cadres.

De même, les enfants de grande section de maternelle qui ont au moins un parent au chômage sont plus nombreux à avoir des caries (soignées ou non soignées) : c'est le cas de plus d'un quart d'entre eux [10]. On retrouve ces écarts entre secteurs d'école : 17 % des élèves scolarisés en ZEP présentent au moins deux dents cariées non soignées contre 6 % de ceux scolarisés hors ZEP. Ces différences peuvent s'expliquer par le coût de ces soins, mais aussi les habitudes (hygiène bucco-dentaire, alimentation, etc.) et les représentations (crainte du dentiste, intérêt de soigner des dents non définitives, etc.) liées au milieu socioculturel [7].

Les inégalités sociales de santé ne se limitent bien sûr pas au surpoids et à la santé bucco-dentaire. De nettes différences apparaissent aussi dès l'âge de 6 ans en matière de repérage précoce des troubles sensoriels. Les troubles de la vision repérés à l'occasion de l'examen scolaire se révèlent plus fréquents parmi les élèves scolarisés en ZEP, toutefois ils ont été plus rarement dépistés avant [7]. Et ces troubles sont moins souvent corrigés. En effet, ces enfants sont moins nombreux à porter des lunettes que ceux qui fréquentent une école privée (13 contre 17 %).

Mais les élèves de ZEP ne sont pas toujours les plus défavorisés en termes de santé. En effet, les couvertures vaccinales sont systématiquement plus élevées en ZEP pour les vaccinations contre la rougeole et l'hépatite B. Cette situation peut notamment s'expliquer par le recours plus fréquent en ZEP aux services de PMI, très impliqués dans le suivi de la couverture vaccinale, mais aussi par la défiance moins forte des milieux populaires à l'égard de la vaccination [7].

Peu de données sur la santé psychique des enfants

D'autres aspects relatifs à la santé, en particulier à la santé psychique et au bien-être des enfants, mériteraient d'être développés, mais il existe peu de données fiables sur ces questions à cet âge. La France semble occuper une position plutôt moyenne au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en termes de bien-être des enfants de moins de 18 ans, notamment en termes de bien-être à l'école [11]. Il est ainsi probable qu'il existe des inégalités sociales en termes de santé psychique de l'enfant, qui nécessiteraient des études plus poussées.

De ce rapide état des lieux, il convient de retenir que les inégalités sociales de santé chez l'enfant soulèvent des questions spécifiques. Tout d'abord, parce que ces inégalités, échappant à toute logique de responsabilité individuelle, peuvent sembler encore plus intolérables que chez l'adulte. De plus, les facteurs professionnels, essentiels dans bon nombre de cas chez les adultes, ne jouent pas à cet âge. Les inégalités chez les enfants témoignent donc de l'importance des facteurs économiques (coût des soins, budget alimentaire, etc.) et sociologiques (modes de vie, représentations, etc.). Elles rappellent ainsi que les inégalités de santé sont inextricablement liées à l'ensemble des autres inégalités sociales, notamment celles relatives aux conditions de vie et à la précarité des enfants.

1. C'est aussi en termes de santé positive l'âge de la constitution du « capital santé ».

2. Selon une étude de la Drees, publiée le 4 octobre 2013, sur la santé des élèves en CM2, l'obésité touche 7 % des enfants d'ouvriers contre moins de 1 % des enfants de cadres. Seuls 23 % des enfants d'ouvriers mangent tous les jours des fruits et légumes, contre 45 % des enfants de cadres. Par ailleurs, les enfants d'ouvriers en CM2 ont quatre fois plus de risque de rencontrer des difficultés de lecture.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Vilain A., Gonzalez L., Rey S., Matet N., Blondel B. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. *Études et résultats*, 2013, n° 848 : 6 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>
- [2] Blondel B., Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Paris : Inserm, DGS, Drees, 2011 : 132 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- [3] Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, 2008 : 297 p.
- [4] Barbieri M., Toulemon L. Les enfants tous égaux devant la mort ? Problèmes d'observation et de mesure des différences sociales de la mortalité infantile en France. In : Lefèvre C., Filhon A., dir. *Histoires de familles, histoires familiales*. Paris : Puf, coll. Les cahiers de l'Ined, 2005, n° 156 : p. 407-422.
- [5] Niel X. *Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'appartenance de l'échantillon démographique permanent (EDP). Document de travail F1106*. Paris : Insee, 2011 : 35 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1106.pdf
- [6] Boulogne R., Gonzalez L., Aouba A., Danet S., Jouglu E., Rey G. La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer (2000-2008). *Études et résultats*, 2012, n° 808 : 6 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er808.pdf>
- [7] Guignon N., Collet M., Gonzalez L., de Saint Pol T., Guthmann J.-P., Fonteneau L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Études et Résultats*, 2010, n° 737 : 8 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737-3.pdf>
- [8] de Saint Pol T. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 2008, n° 20 : p. 175-179. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/20/beh_20_2008.pdf
- [9] de Saint Pol T. Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 2011, n° 31 : p. 333-338. En ligne : [ww.invs.sante.fr/content/download/17025/106959/version/7/file/BEH_31_2011.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/17025/106959/version/7/file/BEH_31_2011.pdf)
- [10] Calvet L., Moisy M., Chardon O., Gonzalez L., Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Études et résultats*, 2013, n° 847 : 6 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>
- [11] OCDE. *Assurer le bien-être des enfants*. Paris : éditions OCDE, 2009 : 209 p. En ligne : <http://www.oecd.org/fr/social/famille/assurerlebien-etredesenfants.htm>