
Éclairage

Enfants mineurs, quelle égalité ?



Avertissement

Les données sont parfois arrondies. Le résultat arrondi d'une combinaison de chiffres (qui fait intervenir leurs valeurs réelles) peut être légèrement différent de celui que donnerait la combinaison de leurs valeurs arrondies.

Sur les sites internet de l'Insee (www.insee.fr) et d'Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/home>) pour les données internationales, les chiffres essentiels sont actualisés régulièrement.

Les comparaisons internationales contenues dans cet ouvrage s'appuient sur des données harmonisées publiées par Eurostat, qui peuvent différer des données nationales diffusées par les instituts nationaux de statistique.

Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance

*Mathilde Gaini, Nathalie Guignon, Stéphane Legleye, Muriel Moisy, Stanislas Spilka, Annick Vilain**

Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Ainsi, 94 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir fumé pendant leur grossesse, contre 66 % des ouvrières. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent. À 6 ans, les enfants de milieu social modeste sont plus souvent en surcharge pondérale et celle-ci persiste plus souvent au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques, ainsi que l'exposition environnementale contribuent à creuser les inégalités de santé durant l'enfance. Ainsi, les enfants de familles favorisées ont une alimentation meilleure pour la santé, pratiquent plus souvent une activité sportive extra-scolaire et passent moins de temps devant les écrans. En 2015, 8 % des enfants de cadres contre 16 % des enfants d'ouvriers en CM2 passent au moins deux heures par jour devant un écran en semaine. Consulter un dentiste à titre préventif est moins fréquent chez les enfants de familles modestes et, en CM2 comme en troisième, les élèves en éducation prioritaire ont deux fois plus souvent que les autres des troubles non corrigés de la vision de loin (10 % contre 5 % hors éducation prioritaire en troisième en 2017).

En revanche, 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, les adolescents issus de familles favorisées se perçoivent aussi plus souvent en bonne santé que ceux de familles défavorisées.

Les inégalités sociales de santé sont déjà bien ancrées à l'entrée dans la vie adulte et auront des conséquences sur la santé tout au long de la vie, notamment en raison du développement de facteurs de risque.

La réduction des inégalités sociales de santé est apparue sur l'agenda politique en 2009-2010, dans le cadre de la préparation d'une nouvelle loi de santé publique [HCSP, 2009 ; Lopez *et al.*, 2011]. Elle reste un enjeu majeur des politiques publiques de santé. Ainsi, la stratégie nationale de santé 2018-2022 affirme dans son introduction que « chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé contribue à la lutte contre l'ensemble des inégalités sociales et territoriales de santé ».

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. Un fait saillant et bien documenté des inégalités de santé est la différence d'espérance de vie par

* Mathilde Gaini, Nathalie Guignon, Muriel Moisy, Annick Vilain (Drees) ; Stéphane Legleye (Insee Inserm) ; Stanislas Spilka (OFDT).

catégorie socioprofessionnelle [Blanpain, 2016], diplôme ou niveau de vie, mais aussi selon le territoire [Blanpain, 2018].

Cet éclairage étudie le gradient social de santé, c'est-à-dire le fait que plus une personne s'éleve dans la hiérarchie sociale, plus elle est en bonne santé. Les inégalités sociales de santé apparaissent dès le début de la vie, pendant les premières étapes du développement psychomoteur et cognitif, et même avant la naissance. Elles sont déjà bien présentes au cours de l'enfance et pourront avoir des conséquences sur la santé tout au long de la vie. En effet, au-delà de la transmission de facteurs de risque comportementaux, l'origine sociale *via* l'environnement précoce (ou « 1 000 jours »¹) peut affecter la santé et les maladies de l'adulte, avec par exemple l'apparition de maladies chroniques [Delpierre, 2017 ; Rial-Sebbag *et al.*, 2016].

Des inégalités sociales de santé avant la naissance

De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus modestes : conditions et modes de vie moins favorables (vivre seul, ne pas avoir d'emploi, etc.) ; consommation de tabac et d'alcool, expositions environnementales et conditions de travail défavorables. Cela explique en partie les différences d'états de santé de la mère et de l'enfant à l'issue de la grossesse. Les enquêtes nationales périnatales permettent de mesurer une partie de ces inégalités sociales de santé pendant la grossesse et à la naissance (*encadré 1*). Ainsi, en 2016, 94 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir du tout fumé au troisième trimestre de grossesse, contre 77 % des femmes employées et 66 % des femmes ouvrières (*figure 1*). Des travaux récents tendent à montrer que 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 [Fleming *et al.*, 2018]. Or, seules 5 % des femmes cadres étaient obèses avant leur grossesse, contre 14 % des employées et 17 % des ouvrières. Le contexte psychologique de la grossesse est également plus défavorable chez les femmes n'ayant jamais occupé un emploi, les ouvrières et les employées : elles sont 12 % à déclarer s'être senties « mal » ou « assez mal » durant leur grossesse contre 7 % pour les cadres et 8 % pour les professions intermédiaires.

À ces facteurs s'ajoutent les différences de recours aux soins, notamment préventifs et de dépistage. Ainsi, en 2016, 75 % des femmes cadres déclarent avoir pris de l'acide folique – recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aux femmes ayant un projet de grossesse et jusqu'à douze semaines de gestation, pour prévenir les malformations du tube neural – contre 40 % pour les ouvrières. 96 % des femmes cadres déclarent avoir eu une

Encadré 1

Les enquêtes nationales périnatales

Cinq enquêtes nationales périnatales ont été réalisées : en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Sont concernées toutes les naissances vivantes et tous les mort-nés, dans l'ensemble des maternités publiques et privées et des maisons de naissance de France métropolitaine et des départements d'outre-mer, si la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant ou le fœtus pesait au

moins 500 grammes à la naissance, suivant les recommandations internationales de l'Organisation mondiale de la santé. Les enfants nés en dehors de ces services (0,4 % des naissances) sont inclus si la mère a été transférée en maternité.

La collecte est exhaustive sur l'équivalent d'une semaine. En 2016, 13 814 femmes (soit 14 142 enfants) ont été enquêtées.

1. Le concept dit « des 1 000 jours » s'est développé pour représenter la période s'étendant de la conception à la fin de la deuxième année de vie de l'enfant, période d'importante plasticité du développement de nombreux organes et tissus, en réponse à des variations de l'environnement, pouvant être en lien avec des différences d'état de santé à l'âge adulte.

1. Prévention pendant la grossesse et facteurs de risque avant et à la naissance selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère en 2016

en %

	Agricultrices, artisans, commerçantes	Cadres	Professions intermédiaires	Employées	Ouvrières	Sans profession	Ensemble
Corpulence de la mère avant la grossesse							
Sous-poids	9,0	8,1	7,0	7,5	6,4	8,4	7,5
Corpulence normale	56,7	72,7	65,6	55,3	57,0	54,3	60,5
Surpoids	24,7	13,9	18,3	22,9	19,5	21,3	20,2
Obésité	9,5	5,3	9,2	14,3	17,1	15,9	11,9
Consommation de tabac au 3^e trimestre de grossesse							
Aucune	80,6	94,2	88,6	76,7	66,3	80,6	82,1
1 à 9 cigarettes par jour	16,9	5,3	9,6	17,4	23,3	12,5	13,7
10 cigarettes par jour ou plus	2,5	0,5	1,7	5,9	10,5	6,8	4,3
Ressenti psychologique durant la grossesse							
Bien	66,5	73,3	69,0	65,7	66,9	66,4	67,7
Assez bien	22,2	20,0	22,9	22,6	20,7	21,5	22,2
Assez mal	8,6	5,0	6,3	8,0	8,7	9,0	7,3
Mal	2,8	1,7	1,8	3,8	3,7	3,1	2,8
Prise d'acide folique avant la grossesse							
Oui	47,4	74,9	64,9	49,5	40,4	38,5	55,5
Non	48,9	23,9	33,3	47,3	55,7	55,7	41,7
Ne sait pas	3,7	1,2	1,8	3,2	3,9	5,7	2,8
Mesure de l'épaisseur de la nuque à la première échographie							
Oui	84,5	96,0	93,8	85,4	82,0	67,8	87,5
Non	8,5	2,5	3,2	6,7	6,9	16,0	6,0
Ne sait pas	7,0	1,5	3,0	7,9	11,1	16,2	6,5
Dosage de marqueurs sériques dans le sang (pour risque de trisomie 21)							
Oui	86,5	94,1	92,5	87,6	85,1	68,0	88,0
Non	10,5	5,5	6,7	9,9	10,8	24,7	9,7
Ne sait pas	3,0	0,4	0,8	2,5	4,1	7,3	2,3
Dépistage diabète gestationnel							
Oui	74,3	74,7	74,0	75,4	72,0	68,9	74,1
Non	25,3	24,8	25,4	23,8	25,9	29,6	25,1
Ne sait pas	0,5	0,4	0,5	0,9	2,1	1,5	0,8
Existence d'un diabète gestationnel	13,5	9,8	9,1	11,9	10,3	11,5	10,7
Hospitalisation prénatale	20,9	13,2	15,4	20,4	17,6	20,4	17,9
Faible poids à la naissance (< 2,5 kg)	6,0	4,6	4,2	6,6	6,4	7,7	5,7
Allaitement à la maternité	69,2	79,1	71,8	61,9	59,3	69,2	67,5

Note : la catégorie socioprofessionnelle de la mère correspond à la dernière profession exercée lors de son accouchement en mars 2016, qu'elle soit en emploi ou non au moment de la grossesse.

Lecture : 8,1 % des mères cadres sont en sous-poids avant la grossesse (indice de masse corporelle inférieur à 18,5).

Champ : France, femmes majeures ayant accouché d'un enfant vivant unique entre le 14 et le 20 mars 2016.

Source : Inserm-Drees-DGS-DGOS-Santé publique France, enquête nationale périnatale 2016 ; calculs Drees.

mesure de l'épaisseur de la nuque – réalisée lors de l'échographie à la fin du premier trimestre de grossesse afin de dépister une éventuelle trisomie 21² – contre 85 % des employées, 82 % des ouvrières et 68 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi. Toujours sur le dépistage de la trisomie 21, 94 % des femmes cadres déclarent avoir fait le test des marqueurs sériques, contre 85 % des femmes ouvrières et 68 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi.

2. La loi prévoit que toutes les femmes soient informées de la possibilité de réaliser un dépistage de la trisomie 21 au cours de leur grossesse. Au premier trimestre, le dépistage combine trois éléments : la mesure de la clarté nucale du fœtus grâce à une échographie, le dosage de marqueurs sériques grâce à une prise de sang, l'âge de la femme enceinte.

Ces différences peuvent s'expliquer par un suivi plus tardif ou moins important pour les femmes de classes sociales défavorisées que pour les femmes des catégories sociales supérieures, constaté dans les enquêtes nationales périnatales en 2016, comme en 2010 et en 2003 [Inserm et Drees, 2017]. Mais le fait que les examens concernant les dépistages demeurent mal compris par de nombreuses femmes, essentiellement parmi les plus défavorisées, peut également expliquer ces différences [Vilain *et al.*, 2013]. Par exemple, en 2016, 1 % des femmes cadres déclarent ne pas savoir si elles ont eu une mesure de l'épaisseur de la nuque, contre 11 % des femmes ouvrières et 16 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi. Il est possible qu'une partie des femmes répondant par la négative, plus nombreuses parmi les ouvrières et les employées, n'aient en fait pas su qu'une telle mesure avait été réalisée. En revanche, on ne note pas de différence sociale marquée sur le dépistage du diabète gestationnel, sauf pour les femmes n'ayant jamais occupé un emploi, ni sur sa prévalence.

Une des conséquences de ce suivi plus tardif ou moins important, combiné avec des facteurs de risque plus élevés, est un taux d'hospitalisation prénatale plus élevé pour les femmes de milieu modeste : 18 % des ouvrières ont connu une hospitalisation prénatale contre 13 % des cadres.

Moins d'enfants de faible poids et plus d'enfants allaités à la naissance dans les milieux favorisés

S'il n'existe pas aujourd'hui de données permettant d'analyser le lien entre la mortalité fœtale et néonatale et l'origine sociale au niveau individuel, il est en revanche possible de le faire au niveau de la commune de résidence des mères. Par exemple, le taux de mortalité fœtale et néonatale, ainsi que la prématurité, varient selon le niveau socio-économique des communes, mesuré par un indice de désavantage social³ [Zeitling *et al.*, 2015]. De plus, la prématurité et les faibles poids à la naissance (chez les naissances vivantes uniques) sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste, moins diplômée ou de faible niveau de revenu [Panico *et al.*, 2015]. Or prématurité et faibles poids semblent associés au risque ultérieur de mauvaise santé pendant l'enfance et même lors de la vie adulte. Cette association vient sans doute en partie de facteurs communs jouant à la fois sur l'état de santé juste après la naissance et au cours de la vie, mais il se peut aussi qu'il existe une relation de cause à effet. Par exemple, des travaux réalisés depuis le début des années 1990 [Delpierre, 2017] ont mis en évidence un lien entre un faible poids à la naissance et un risque plus élevé de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte. Ces travaux ont été parmi les premiers à montrer un lien entre ce qui peut se passer très précocement dans la vie, y compris la période intra-utérine, et un état de santé survenant des décennies plus tard.

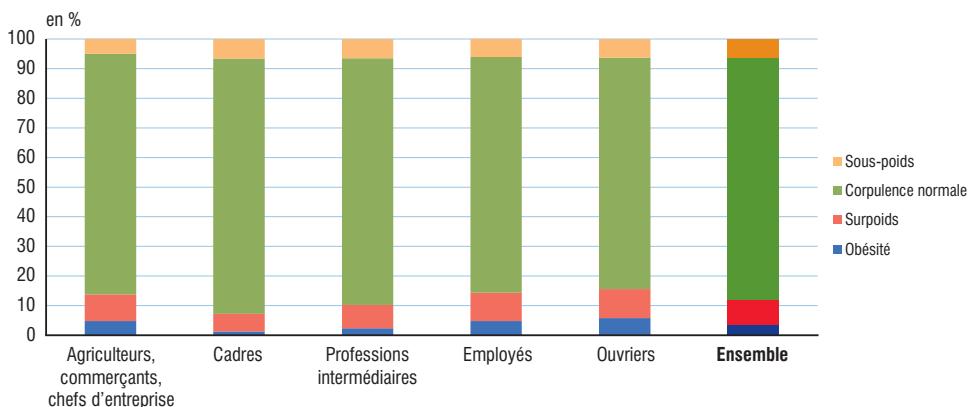
Enfin, 79 % des mères cadres allaitent leur nouveau-né dans les tout premiers jours, contre 59 % des mères ouvrières – l'OMS préconisant un allaitement exclusif au sein dès les premières heures et jusqu'à six mois. À catégorie sociale donnée, les femmes sans emploi allaitent plus que celles en emploi : 86 % des cadres sans emploi à la fin de la grossesse allaitent dans les tout premiers jours contre 78 % de celles en emploi ; c'est le cas de 63 % des ouvrières sans emploi contre 56 % de celles en emploi. Une première explication est que le choix d'allaiter ou non peut dépendre de la situation professionnelle de la femme, ou avoir des implications sur cette situation : les femmes qui anticipent une reprise rapide du travail après la grossesse, ou qui ont des conditions compliquées pour poursuivre l'allaitement une fois le travail repris, sont peut-être plus enclines à nourrir leur enfant au biberon dès la naissance [Wagner *et al.*, 2015].

3. Cet indice est construit à partir de plusieurs composantes telles que le revenu, le chômage, le niveau d'études, la part d'ouvriers, la part de propriétaires ou encore de familles monoparentales.

Plus de surcharge pondérale de la maternelle à l'adolescence chez les enfants de milieu social modeste

La **surcharge pondérale** (qui regroupe le **surpoids** et l'**obésité**) à 5-6 ans concerne davantage les enfants d'ouvriers⁴ (16 %) et d'employés (14 %) que les enfants de cadres (7 %) (*figure 2*), selon l'enquête nationale sur la santé des élèves de grande section maternelle en 2012-2013 (*encadré 2*). La part des enfants d'ouvriers et d'employés obèses s'élève

2. Corpulence des élèves de grande section de maternelle selon l'origine sociale en 2012-2013



Note : l'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir de la catégorie socioprofessionnelle des parents (*encadré 2*).

Lecture : en grande section de maternelle, 1,3 % des enfants de cadres sont obèses contre 5,8 % des enfants d'ouvriers.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Drees-Dgesco, enquête nationale sur la santé des élèves scolarisés en grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

Encadré 2

Les enquêtes nationales sur la santé des élèves

Biennales depuis 2012, les enquêtes nationales de santé scolaire sont menées alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième (chaque niveau étant donc interrogé tous les six ans). Elles permettent de suivre l'évolution de l'état de santé des enfants et des adolescents scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des départements d'outre-mer (à partir de 2014 pour Mayotte).

Le questionnaire est renseigné par le médecin ou l'infirmier à partir d'un examen de santé (poids, taille, vision, audition) et d'un entretien avec les parents en grande section de maternelle ou directement avec l'élève en CM2 et en troisième (habitudes de vie, accidents de la vie courante, santé respiratoire, etc.). Les données relatives aux vaccinations, ainsi qu'au poids de

naissance, sont recueillies sur le carnet de santé. La population enquêtée est issue d'un échantillonnage aléatoire stratifié à deux degrés. En CM2 et en troisième, l'échantillon est de 10 000 élèves, les écoles issues de l'éducation prioritaire y sont surreprésentées. En grande section de maternelle, l'enquête a lieu à l'occasion du bilan obligatoire de la sixième année, ce qui permet un échantillon de plus grande taille.

L'**origine sociale de l'élève** est définie à partir de la profession du père et de la mère, déclarée par les parents en grande section de maternelle et les enfants en CM2 et en troisième. Elle est recueillie en clair, puis classée en six groupes socioprofessionnels. Pour mesurer les inégalités sociales de santé des élèves, le groupe socio-professionnel le plus élevé des deux parents est retenu.

4. On retient ici la catégorie socioprofessionnelle la plus élevée entre les deux parents.

respectivement à 6 % et 5 %, contre 1 % pour les enfants de cadres. En revanche, la part d'enfants en sous-poids varie peu selon le groupe social des parents.

La persistance du surpoids est socialement différenciée [Moisy, 2017]. En effet, 31 % des enfants d'ouvriers nés avec un poids de 4 kilogrammes ou plus sont en surcharge pondérale en grande section de maternelle, contre seulement 13 % des enfants de cadres dans le même cas. Par ailleurs, parmi les nouveau-nés de moins de 4 kilogrammes, les enfants d'ouvriers se retrouvent deux fois plus souvent en surpoids que ceux de cadres en grande section de maternelle. L'enquête sur la santé de 2008-2009 auprès des élèves de troisième montre que les enfants de cadres sortent plus fréquemment de l'obésité entre 6 et 15 ans que les enfants des autres groupes sociaux : 19 % des enfants de cadres obèses à 6 ans le sont encore à 15 ans, contre 44 % des enfants d'ouvriers et de professions intermédiaires, 47 % des enfants d'employés et 50 % des enfants d'agriculteurs. Le gradient social en matière de persistance du surpoids entre 6 et 15 ans est, en revanche, moins marqué. Inversement, 15 % des enfants d'ouvriers et 12 % des enfants d'employés de corpulence normale à 5-6 ans se trouvent en situation de surcharge pondérale à 15 ans, contre 8 % à 9 % des enfants des autres groupes sociaux. En 2016-2017, 3 % des enfants de cadres en troisième étaient obèses, contre 8 % pour les enfants d'ouvriers.

Les habitudes de vie qui conduisent à la surcharge pondérale sont plus répandues dans les milieux moins favorisés

À poids de naissance identique, les enfants d'ouvriers et d'employés ont donc un risque accru de basculer vers la surcharge pondérale, ce qui témoigne de l'importance de facteurs liés à l'origine sociale, tels que les habitudes de vie et les facteurs économiques et environnementaux. Les résultats de l'enquête 2012-2013 pour les enfants de grande section de maternelle indiquent que, toutes choses égales par ailleurs, ne pas prendre de petit-déjeuner ou le prendre de manière irrégulière est une habitude de vie associée au risque d'être en surpoids. Ce constat rejoint d'autres études françaises et internationales [Blondin *et al.*, 2016]. En 2012-2013, 97 % des enfants de cadres en grande section de maternelle, contre 85 % des enfants d'ouvriers, prennent un petit-déjeuner tous les jours (*figure 3*). Cet écart se retrouve aussi pour les CM2 en 2015 (*figure 4*) et pour les troisièmes en 2017⁵ (*figure 5*). De plus, seulement 8 % des enfants de cadres scolarisés en grande section de maternelle en 2013 consomment tous les jours des boissons sucrées, contre 31 % des enfants d'ouvriers. En CM2, en 2015, 15 % des enfants de cadres consomment tous les jours des boissons sucrées contre 26 % des enfants d'ouvriers. Or consommer trop de sucres constitue un facteur de risque pour l'apparition des caries, le fait d'être en surpoids, mais aussi, à plus long terme, pour le diabète de type 2.

La sédentarité, illustrée entre autres par le temps passé quotidiennement devant les écrans, est également une habitude de vie liée à l'excès pondéral. Or les filles et les fils d'ouvriers, comparativement aux enfants de cadres, ont plus souvent un écran dans leur chambre : respectivement 34 % contre 9 % à 5-6 ans en 2013, et 43 % contre 26 % en CM2 en 2015. Ils passent aussi plus de temps devant un écran. En 2013, 59 % des enfants d'ouvriers en grande section de maternelle passent au moins une heure quotidiennement devant un écran les jours de classe contre 25 % pour les enfants de cadres. En 2015, 16 % des enfants d'ouvriers contre 8 % des enfants de cadres en CM2 passent au moins deux heures par jour devant un écran. Enfin, en 2017, 81 % des enfants d'ouvriers en troisième passent plus de deux heures par jour devant les écrans fixes ou mobiles en semaine contre 61 % pour les enfants de cadres.

5. Les différences entre les classes d'âge doivent être analysées avec précaution, car elles ne portent pas sur les mêmes générations. Des effets de génération peuvent donc jouer en plus des effets d'âge.

3. Indicateurs de santé et habitudes de vie des élèves de grande section de maternelle selon l'origine sociale en 2012-2013

en %

	Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Ensemble
Surcharge pondérale	13,8	7,2	10,2	14,3	15,6	11,9
<i>dont obésité</i>	4,8	1,3	2,4	4,8	5,8	3,5
Part des enfants qui...						
... ont un écran dans leur chambre	25,0	9,0	17,3	31,3	33,7	22,7
... passent plus d'une heure par jour devant un écran les jours de classe	44,9	25,4	37,7	51,8	59,0	42,9
... prennent un petit-déjeuner quotidien	91,2	97,4	95,0	90,7	85,4	92,5
... consomment tous les jours des boissons sucrées	20,1	8,0	13,0	23,1	31,4	18,2
... ont des dents indemnes de caries	80,8	92,2	89,7	81,4	69,5	84,0
... se brossent les dents plusieurs fois par jour	49,8	59,8	59,6	53,1	46,9	55,1
... n'ont jamais consulté un dentiste ¹	52,7	44,4	50,4	58,5	60,2	53,2
... ont reçu quatre doses de vaccin DTP ²	98,1	97,8	98,3	98,1	97,0	97,8

1. En dehors du cadre scolaire et des consultations sans avance de frais proposées par l'assurance maladie.

2. Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Note : l'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir de la catégorie socioprofessionnelle des parents (*encadré 2*).

Lecture : en grande section de maternelle, 7,2 % des enfants de cadres présentent une surcharge pondérale contre 15,6 % des enfants d'ouvriers.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Drees-Dgesco, enquête nationale sur la santé des élèves scolarisés en grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

4. Indicateurs de santé et habitudes de vie des élèves de CM2 selon l'origine sociale en 2014-2015

en %

	Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Ensemble
Surcharge pondérale	19,1	12,7	16,2	20,2	21,5	18,1
<i>dont obésité</i>	3,6	1,4	3,1	4,0	5,5	3,6
Part des enfants qui...						
... ont un écran dans leur chambre	32,8	26,0	32,3	38,4	43,0	35,2
... passent plus de deux heures par jour devant un écran les jours de classe	13,9	8,4	10,9	15,6	16,4	13,5
... prennent un petit-déjeuner quotidien	84,2	87,6	84,8	81,9	78,8	82,7
... consomment tous les jours des boissons sucrées	17,9	15,2	17,7	20,6	26,4	19,8
... ont des dents indemnes de caries	67,9	73,4	70,5	67,4	59,8	67,9
... se brossent les dents plusieurs fois par jour	73,0	78,6	77,4	76,6	71,1	75,9
... portent un appareil dentaire	9,8	12,8	11,9	12,9	9,3	11,7
... ont reçu cinq doses de vaccin DTP ¹	86,8	87,4	88,1	87,0	84,6	86,6

1. Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Note : l'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir de la catégorie socioprofessionnelle des parents (*encadré 2*).

Lecture : en CM2, 12,7 % des enfants de cadres présentent une surcharge pondérale contre 21,5 % des enfants d'ouvriers.

Champ : France.

Source : Drees-Dgesco, enquête nationale sur la santé des élèves scolarisés en CM2 (année scolaire 2014-2015).

La pratique d'un sport est également marquée par un gradient social : en CM2 en 2015, 78 % des enfants de cadres pratiquent un sport au moins une fois par semaine en dehors des heures d'éducation physique et sportive, contre 67 % pour les enfants d'ouvriers.

5. Indicateurs de santé et habitudes de vie des élèves de troisième selon l'origine sociale en 2016-2017

en %

	Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Ensemble
Surcharge pondérale	18,5	11,5	14,6	22,2	24,2	18,2
<i>dont obésité</i>	5,7	2,7	3,4	6,2	7,5	5,2
Part des adolescents qui...						
... passent plus de deux heures par jour devant un écran les jours de classe	72,9	61,4	70,3	77,8	81,0	72,6
... prennent un petit-déjeuner quotidien	61,2	69,9	66,6	59,5	59,0	63,0
... ont des dents indemnes de caries	66,6	76,5	72,1	64,0	58,7	67,6
... se brossent les dents plusieurs fois par jour	83,4	87,4	86,6	82,2	83,7	84,7
... portent un appareil dentaire	39,3	48,4	42,3	33,6	27,8	37,8
... portent des lunettes ou des lentilles	33,4	37,0	35,9	35,0	30,9	35,0
... ont reçu six doses de vaccin DTP ¹	66,4	78,4	74,0	68,7	63,0	74,8

1. Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Note : l'origine sociale de l'adolescent est déterminée à partir de la catégorie socioprofessionnelle des parents (*encadré 2*).

Lecture : en troisième, 11,5 % des enfants de cadres présentent une surcharge pondérale contre 24,2 % des enfants d'ouvriers.

Champ : France.

Source : Drees-Dgesco, enquête nationale sur la santé des élèves scolarisés en troisième (année scolaire 2016-2017).

Un moindre accès aux soins pour les enfants de milieux modestes

Un moindre accès aux soins peut résulter d'un moindre recours ou d'une moindre accessibilité. Le moindre recours peut s'expliquer par une moins bonne compréhension du fonctionnement du système de soins et des informations sur la santé, qu'il s'agisse de prévention ou de soins, et par une distance sociale au monde médical. La moindre accessibilité peut provenir notamment d'une moindre disponibilité de l'offre ou de difficultés financières. Seule la résultante de ces effets combinés est observée dans les enquêtes de santé scolaire, qui se concentrent sur les troubles de la vision, la santé bucco-dentaire et les vaccinations⁶.

En grande section de maternelle, en 2013, 14 % des élèves relevant des écoles de l'éducation prioritaire ont un trouble non corrigé de la vision de loin contre 11 % en moyenne. Ces inégalités persistent au cours de l'enfance et jusqu'à l'adolescence. En troisième comme en CM2, les troubles non corrigés de la vision de loin concernent deux fois plus souvent les élèves en éducation prioritaire : 10 % des élèves en troisième contre 5 % hors éducation prioritaire en 2017 et respectivement 9 % contre 5 % en CM2 en 2015.

La santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée ces vingt dernières années, mais des disparités sociales s'observent dès 5-6 ans, avec des proportions de dents indemnes de caries de 92 % pour les enfants de cadres contre 70 % pour les enfants d'ouvriers [Calvet *et al.*, 2013]. Ces écarts se retrouvent en CM2 (respectivement 73 % et 60 % en 2015) et en troisième (respectivement 77 % et 59 % en 2017). Outre des différences d'alimentation, les comportements d'hygiène bucco-dentaire peuvent expliquer ces disparités. À 5-6 ans (2013), le brossage des dents plusieurs fois par jour est plus fréquent pour les enfants de cadres (60 %) que pour les enfants d'ouvriers (47 %). C'est le cas également en CM2 (2015) : 79 % des enfants de cadres déclarent se brosser les dents plusieurs fois par jour contre 71 % pour les enfants d'ouvriers. En troisième (2017), l'écart se réduit fortement (respectivement 87 % contre 84 %).

6. Les résultats de la cohorte Elfe (Inserm-Ined), qui suit un panel d'enfants nés en 2011, notamment en matière de santé, ou encore le nouvel appariement de données médico-administratives et de données socio-fiscales, dit « appariement EDP-santé », porté par la Drees, ont vocation à enrichir la connaissance sur les inégalités d'accès aux soins des enfants.

À 5-6 ans (2013), 53 % des enfants ont déjà consulté un chirurgien-dentiste en dehors des actions de prévention réalisées dans le cadre scolaire ou de la consultation sans avance de frais proposée par l'assurance maladie à 6 ans (programme M'T dents), mais ils sont 56 % parmi les enfants de cadres contre 40 % parmi les enfants d'ouvriers. De plus, les consultations préventives à cet âge représentent 81 % des consultations des enfants de cadres contre 48 % pour les enfants d'ouvriers [Chardon *et al.*, 2015]. S'il existe des obstacles de nature économique, ces derniers devraient être limités, car, pour les enfants, la plupart des soins dentaires relèvent de tarifs réglementés.

D'autres facteurs peuvent donc conduire à ce moindre accès. Ainsi, les familles les plus modestes consultent moins souvent à titre préventif, et plus souvent et plus tardivement à titre curatif, car elles peuvent méconnaître l'intérêt de soigner des caries sur les dents temporaires et l'impact sur la dentition définitive. Ces inégalités sociales dans l'enfance sont pénalisantes en matière de santé bucco-dentaire et plus généralement de santé, et ce, pour trois raisons. Tout d'abord, les habitudes en matière de suivi médical s'acquièrent dès le plus jeune âge : un enfant qui a pris tôt l'habitude de consulter régulièrement un dentiste aura plus de chances de reproduire ce comportement à l'âge adulte. Ensuite, une identification précoce des problèmes dentaires permet d'éviter des traitements lourds et coûteux. Enfin, à long terme l'absence de consultations régulières, avec la mauvaise santé bucco-dentaire et les effets sur l'apparence physique qui peuvent en découler, peuvent avoir des conséquences sur l'état de santé général, physique comme psychologique. Parmi les risques physiques associés à une mauvaise santé bucco-dentaire figurent, entre autres, les maladies cardio-vasculaires, pulmonaires et les accouchements prématurés [Vergnes et Nabet, 2012].

Ces différences d'accès aux soins dentaires persistent jusqu'à l'adolescence : en troisième en 2017, 86 % des enfants de cadres déclarent avoir consulté un dentiste ou un orthodontiste au cours des douze derniers mois, contre 64 % des adolescents de parents ouvriers. Enfin, concernant le port d'un appareil dentaire, les disparités sont particulièrement importantes en troisième : 48 % des enfants de cadres sont équipés contre 28 % des enfants d'ouvriers en 2017. En CM2, les proportions s'élèvent respectivement à 13 % et 9 % en 2015. Ces différences s'expliquent probablement en grande partie par des freins financiers. Le reste à charge pour les soins d'orthodontie après remboursement par l'assurance maladie obligatoire reste élevé et est différencié par les assurances complémentaires.

Enfin, 98 % des enfants en grande section de maternelle (2013) ont reçu les quatre premières doses du vaccin obligatoire contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (vaccin DTP) et 87 % des enfants de CM2 (2015) le rappel à 6 ans, avec des taux de couverture vaccinale quasi identiques quelle que soit l'origine sociale. Une explication souvent avancée est le recours plus fréquent des familles les plus modestes aux services de protection maternelle et infantile (PMI)⁷, particulièrement impliqués dans la prévention vaccinale. En revanche, le rappel à réaliser entre 11 et 13 ans, qui n'est pas dispensé dans les PMI, fait apparaître des différences sociales marquées. Ainsi, seuls 63 % des enfants d'ouvriers en troisième en 2017 sont à jour de leur rappel DTP, contre 78 % des enfants de cadres.

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

L'enquête Escapad confirme que, parmi les jeunes femmes et jeunes hommes de 17 ans appelés à la journée défense et citoyenneté en France métropolitaine (*encadré 3*), la santé physique suit un fort gradient social : plus le niveau social de la famille est élevé et plus les consultations médicales et dentaires sont fréquentes, plus la surcharge pondérale est rare et plus l'état de santé est perçu comme tout à fait satisfaisant. Ainsi, 62 % des adolescents de familles favorisées (*encadré 3*) considèrent leur état de santé très satisfaisant contre 43 % parmi ceux de

7. Ces services organisent notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi gratuites en faveur des enfants, de la naissance à 6 ans.

L'enquête Escapad

L'enquête Escapad est une enquête réalisée régulièrement depuis 2000 auprès des jeunes appelés à la journée défense et citoyenneté (JDC). Tous les jeunes français sont convoqués à une journée d'information militaire et citoyenne dès le début de leurs 17 ans. La présence à la JDC est obligatoire, le certificat de présence étant nécessaire pour toute inscription à un concours ou à une formation soumis à l'autorité publique : permis de conduire, examens scolaires, inscription universitaire, etc. Moins de 4 % des jeunes d'une tranche d'âge ne participent pas à cette journée, la plupart du temps pour des raisons de santé ou de handicap.

L'enquête interroge tous les présents sur le territoire métropolitain et ultramarin (durant 15 jours en métropole, un mois en outre-mer). L'enquête anonyme est auto-administrée sur papier après une présentation vidéo.

En 2017, l'enquête a eu lieu entre le 13 et le 25 mars : près de 44 000 présents ont été invités à participer et 43 000 ont rempli le questionnaire. L'échantillon final analysé ici regroupe les 39 000 répondants de métropole âgés de 17 à 18 ans et demi.

Les indicateurs de santé comprennent : le poids et la taille, la santé perçue, les consultations médicales et dentaires et la survenue de problèmes de santé de type médical ou dentaire durant les douze derniers mois ; la consommation dans l'année, prescrite ou non, d'anxiolytique, d'antidépresseur, d'hypnotique ou de psychostimulant de type Ritaline (les noms commerciaux des spécialités les plus vendues aux mineurs figurent comme exemples), dont il a été montré la concordance avec les données de l'assurance maladie [Acquaviva *et al.*, 2009] ; enfin trois mesures de santé mentale : les tentatives de suicide durant la vie, les signes anxiodépressifs mesurés par l'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS – échelle d'évaluation de la dépression adolescente) [Revah-Levy *et al.*, 2007] et les pensées

suicidaires fréquentes au cours des douze derniers mois.

Le cœur du questionnaire est consacré aux usages de produits psychoactifs, dont quelques indicateurs clés concernant le tabac, l'alcool, le cannabis, le risque d'usage problématique de cannabis [Legleye *et al.*, 2013] et l'expérimentation d'un autre produit illicite.

Toutes les mesures sont auto-reportées, ce qui expose à des erreurs de mesure, notamment à des sous-déclarations. Ce point est bien documenté pour le poids [Legleye *et al.*, 2014]. Toutefois, le mode auto-administré est souvent préférable aux modes intermédiés pour les sujets sensibles, car il tend à diminuer le biais de **désirabilité sociale**.

La situation professionnelle et le groupe social (case à cocher et profession en clair) sont déclarés pour chaque parent. Une variable synthétique ordonnée de **milieu social** en cinq groupes est construite à partir de ces deux informations. Elle distingue les enfants des familles favorisées (deux parents cadres ou chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus), aisées (un seul parent cadre ou chef d'entreprise de 10 salariés ou plus), moyennes (un parent au moins profession intermédiaire ou agriculteur exploitant), modestes (un parent au moins ouvrier ou employé) et défavorisées (parents sans emploi). La situation scolaire et professionnelle du répondant est résumée par une variable synthétique en trois catégories : scolarisé en filière classique, en apprentissage, sorti du système scolaire. Au sein de cette dernière catégorie, on distingue les actifs occupés, les personnes en recherche d'emploi ou en situation d'insertion. Les déscolarisés sans emploi sont couramment appelés NEET (*not in employment, education or training*). Ces derniers représentent 72 % des jeunes sortis du système scolaire (« déscolarisés » dans les figures) et 9 % des jeunes de milieu défavorisé contre 0,1 % de ceux de milieu favorisé.

familles défavorisées (figure 6). Du point de vue de la santé mentale, les tentatives de suicide suivent aussi un gradient social : 2 % des adolescents de milieu favorisé déclarent une tentative de suicide au cours de leur vie, contre 5 % de ceux de milieu défavorisé (figure 7). S'il en est de même pour les signes anxiodépressifs, ce n'est pourtant pas le cas pour les pensées suicidaires, qui sont également réparties dans la population (5 %). Les différences sont aussi moins marquées pour les prises de médicaments psychotropes. Toutefois, la prise de tranquillisants et de psychostimulants apparaît un peu plus fréquente dans les milieux aisés.

6. Santé physique selon le milieu social et la situation scolaire à 17 ans en 2017

en %

	Santé très satisfaisante ¹	Surcharge pondérale	Au cours de l'année, l'adolescent a...			
			... vu un médecin	... eu un problème de santé	... vu un dentiste	... eu un problème dentaire
Milieu social						
Défavorisé	43,4	15,4	88,2	29,0	61,5	20,9
Modeste	42,7	14,2	89,4	32,7	61,5	18,6
Moyen	49,1	10,8	91,1	33,7	66,6	16,4
Aisé	54,9	6,8	91,3	35,2	69,0	15,7
Favorisé	62,1	4,3	90,7	33,3	70,0	14,2
Situation scolaire						
Étudiant	49,9	12,6	90,7	33,8	66,0	17,0
Apprenti	37,9	18,2	88,6	28,3	58,6	17,8
Déscolarisé	33,1	21,7	82,6	27,9	54,4	23,2
Ensemble	48,4	13,3	90,3	33,2	65,1	17,3

1. Santé perçue en réponse à la question « par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre état de santé est : pas du tout satisfaisant, peu satisfaisant, plutôt satisfaisant, très satisfaisant ? ».

Lecture : 62,1 % des adolescents de milieu social favorisé jugent leur santé très satisfaisante, contre 43,4 % des adolescents de milieu défavorisé.

Champ : France métropolitaine.

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), enquête Escapad 2017.

7. Santé mentale et usages de médicaments psychotropes selon le milieu social et la situation scolaire à 17 ans en 2017

en %

	Tentative de suicide durant la vie	Signes anxio-dépressifs ¹	Pensées suicidaires fréquentes	Usage au moins une fois au cours de l'année			
				Tranquillisant	Antidépresseur	Somnifère	Psychostimulant
Milieu social							
Défavorisé	4,6	5,1	5,1	8,4	4,4	7,4	1,0
Modeste	3,1	4,7	4,5	9,2	4,0	7,2	0,8
Moyen	2,4	4,1	4,5	9,9	3,9	7,1	1,1
Aisé	2,5	3,9	4,6	10,1	3,9	7,9	1,5
Favorisé	1,6	3,0	4,8	10,1	3,4	7,9	1,7
Situation scolaire							
Étudiant	2,5	4,5	2,5	9,2	3,6	7,1	1,1
Apprenti	3,8	3,6	3,8	10,7	4,9	8,6	1,7
Déscolarisé	9,2	6,9	9,2	15,2	9,1	11,5	1,3
Ensemble	2,9	4,5	4,7	9,6	3,9	7,4	1,1

1. Score de 7 ou plus dans l'échelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale).

Lecture : 1,6 % des adolescents de milieu favorisé déclarent une tentative de suicide au cours de leur vie, contre 4,6 % des adolescents de milieu défavorisé.

Champ : France métropolitaine.

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), enquête Escapad 2017.

Pour ce qui est des usages de produits psychoactifs, les adolescents de milieu défavorisé présentent un tabagisme quotidien bien plus élevé (28 %) que ceux de milieu favorisé (20 %) (figure 8). Mais pour la consommation d'alcool et le *binge drinking*, c'est l'inverse : les adolescents des milieux les plus favorisés sont ceux qui déclarent boire le plus (9 % d'usage régulier et 18 % de *binge drinking* contre respectivement 6 % et 13 % dans les milieux défavorisés). L'usage régulier de cannabis varie très peu suivant le milieu social, mais le risque d'usage problématique (c'est-à-dire susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants, pour soi ou pour autrui) est plus élevé parmi les jeunes de milieu défavorisé (7 % contre 5 %). Enfin, l'expérimentation d'une autre substance psychoactive illicite que le cannabis est relativement homogène suivant le milieu social, bien qu'un peu plus fréquente dans les milieux aisés.

8. Usages de produits psychoactifs selon le milieu social et la situation scolaire à 17 ans en 2017

en %

	Tabagisme quotidien	Alcool régulier ¹	Binge drinking ²	Cannabis régulier ¹	Risque élevé d'usage problématique de cannabis ³	Expérimentation d'un autre produit psychoactif illicite ⁴
Milieu social						
Défavorisé	27,5	6,1	13,1	6,5	6,7	5,9
Modeste	26,4	7,8	15,5	6,9	6,7	6,3
Moyen	24,8	8,9	17,0	7,3	6,3	6,7
Aisé	23,1	9,3	17,5	7,3	5,7	7,3
Favorisé	20,1	9,1	17,8	6,2	4,6	6,6
Situation scolaire						
Étudiant	22,0	7,5	14,8	6,0	5,0	5,9
Apprenti	47,3	18,4	32,8	14,3	13,4	12,1
Déscolarisé	57,0	12,6	24,9	21,1	20,2	16,9
Ensemble	25,1	8,4	16,4	7,2	6,2	6,7

1. Au moins dix usages 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.

3. Score de 7 ou plus au test CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*).

4. Au moins un usage au cours de la vie d'un produit parmi les champignons hallucinogènes, l'ecstasy, les amphétamines, le LSD, la cocaïne, le crack et l'héroïne.

Lecture : 20,1 % des adolescents de milieu favorisé déclarent fumer du tabac quotidiennement, contre 27,5 % des adolescents de milieu défavorisé.

Champ : France métropolitaine.

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), enquête Escapad 2017.

À 17 ans, les élèves et étudiants sont en meilleure santé que les apprentis et les jeunes déscolarisés. Les apprentis se distinguent par des consommations très élevées d'alcool et de tabac et les jeunes déscolarisés par des consommations de produits illicites nettement plus importantes et globalement une santé mentale fortement dégradée.

L'enquête EnClass permet de mettre en évidence la diffusion dans le temps des usages de produits psychoactifs, au cours de l'adolescence, pour les jeunes scolarisés au collège puis au lycée (*encadré 4*). Parmi les élèves de troisième, ceux de milieu favorisé, identifiés ici par le niveau socio-économique de leurs parents estimé par une échelle d'aisance familiale (*Family Affluence Scale, encadré 4*), expérimentent plus souvent la consommation de ces produits (*figure 9*). L'écart est particulièrement marqué pour les consommations de boissons alcoolisées. Ces écarts sur l'alcool persistent parmi les élèves plus âgés, voire s'accroissent pour les

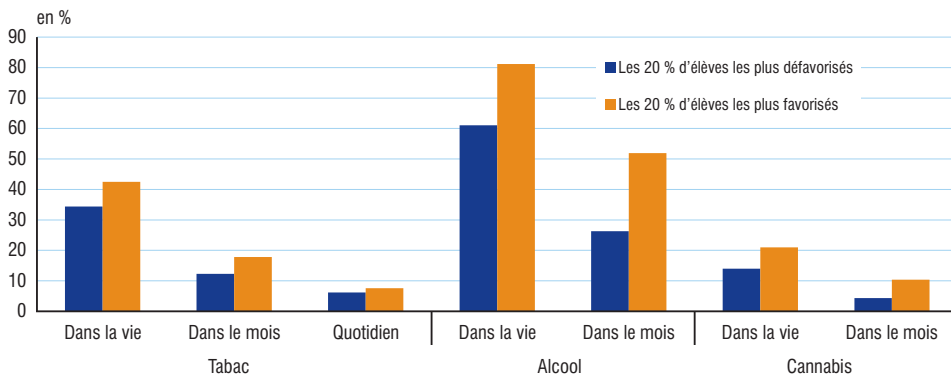
Encadré 4

Enquête EnClass

En 2018, l'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnClass) a été réalisée pour la première fois en France, auprès de 20 000 collégiens et lycéens représentatifs des adolescents scolarisés en France métropolitaine âgés de 11 à 18 ans. La passation a eu lieu en avril et en mai 2019 ; cette date avancée dans l'année et située après les vacances de printemps explique une partie des écarts de mesure de consommation, notamment d'alcool, avec l'enquête Escapad. Ce dispositif, inédit en Europe, permet de suivre la diffusion des usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez les élèves de la classe de sixième à la terminale [Spilka *et al.*, 2019].

Le **niveau socio-économique** de la famille des élèves est approché par la mesure d'un indicateur de richesse matérielle, le *Family Affluence Scale* (échelle d'aisance familiale) [Hartley *et al.*, 2016], score calculé à partir de six items (possession d'une voiture, voyages hors de France dans le cadre de vacances familiales, chambre personnelle, nombre d'ordinateurs possédés par la famille, possession d'un lave-vaisselle et nombre de salles de bain dans la maison). Les réponses permettent de calculer un score synthétique à partir duquel on compare ensuite le groupe des 20 % d'élèves aux valeurs du score les plus faibles (milieu défavorisé) à celui des 20 % aux valeurs les plus élevées (milieu favorisé).

9. Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis des élèves de troisième selon le niveau socio-économique des parents en 2018

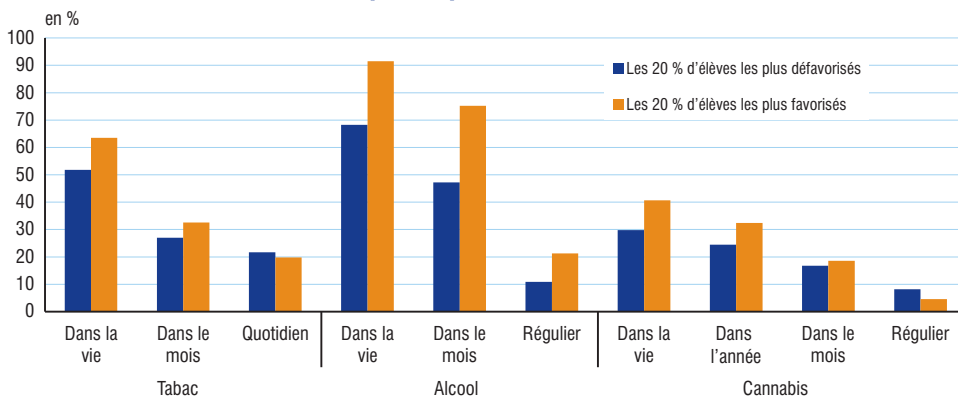


Lecture : parmi les élèves de troisième appartenant aux 20 % les plus défavorisés (suivant le *Family Affluence Scale*), 6 % déclarent fumer quotidiennement du tabac contre 8 % parmi les 20 % les plus favorisés.

Champ : France métropolitaine, élèves de troisième.

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), enquête EnClass 2018.

10. Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis des élèves de première selon le niveau socio-économique des parents en 2018



Lecture : parmi les élèves de première appartenant aux 20 % les plus défavorisés (suivant le *Family affluence scale*), 22 % déclarent fumer quotidiennement du tabac contre 20 % parmi les 20 % les plus favorisés.

Champ : France métropolitaine, élèves de première.

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), enquête EnClass 2018.

situations d'usages fréquents. Ainsi, en classe de première, les élèves dont les parents ont le niveau socio-économique le plus élevé ont une consommation régulière d'alcool deux fois plus fréquente que les élèves au niveau socio-économique le plus faible (21 % contre 11 %, *figure 10*). En première, l'expérimentation du cannabis est également plus répandue parmi les élèves de familles favorisées (41 % en ont déjà consommé au cours de leur vie contre 30 % pour les moins favorisés). Enfin, le tabagisme occasionnel reste plus fréquent parmi les élèves de familles favorisées, mais la tendance s'inverse concernant le tabagisme quotidien. Signalons que dans un grand nombre de cas, la consommation de produits psychoactifs par les jeunes est passagère et généralement sans conséquence majeure sur la santé ou le devenir social et professionnel (sauf sans doute pour le tabac). Toutefois, elle peut, chez certains, prédire ou entraîner des risques sanitaires et sociaux à moyen et long terme. ■

Définitions

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

La **corpulence** est mesurée par l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport du poids sur la taille au carré (exprimé en kg/m²). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fournit une classification selon la valeur obtenue. Chez l'adulte (ici la mère), 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. Les seuils utilisés pour la surcharge pondérale sont ceux établis pour les enfants par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'OMS : les seuils IOTF (*International Obesity Task Force*). Ces seuils sont définis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge de 6 mois. Ils s'inscrivent sur des courbes qui rejoignent, à 18 ans, les seuils définis pour les adultes. L'IMC est calculé à partir du poids et de la taille mesurés le jour de l'examen de santé.

La **désirabilité sociale** est le fait de fournir une réponse insincère en accord avec la norme sociale supposée plutôt que de répondre la vérité jugée moins valorisante.

La **surcharge pondérale** regroupe ici le surpoids et l'obésité.

Le **surpoids** correspond aux seuils d'indice de masse corporelle qui rejoignent la valeur 25 chez l'adulte et sont inférieurs aux seuils de l'obésité.

L'**obésité** correspond aux seuils d'indice de masse corporelle qui rejoignent la valeur 30 chez l'adulte.

Pour en savoir plus

Acquaviva E., Legleye S., Auleley G.R., Deligne J., Carel D., Falissard B., "Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data", *BMC Psychiatry* n° 9, 2009.

Blanpain N., « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », *Insee Première* n° 1687, février 2018.

Blanpain N., « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première* n° 1584, février 2016.

Blondin S.-A., Anzman-Frasca S., Djang H.-C., Economos C.-D., "Breakfast consumption and adiposity among children and adolescents: an updated review of the literature", *Pediatric Obesity* n° 11(5), 2016.

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* n° 847, Drees, juillet 2013.

Chardon O., Guignon N., de Saint Pol T., « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et Résultats* n° 920, Drees, juin 2015.

Delpierre C., « Épigénétique et conséquences en santé publique », in Lang T., Ulrich V. (coord.), « Les inégalités sociales de santé », *Actes du séminaire de recherche de la Drees 2015-2016*, octobre 2017.

Fleming T.P., Watkins A.J., Velazquez M.A., Mathers J.C., Prentice A.M., Stephenson J., Barker M., Saffery R., Yajnik C.S., Eckert J.J., Hanson M.A., Forrester T., Gluckman P.D., Godfrey K.M., "Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences", *The Lancet* n° 391(10132), 2018.

Hartley J.E.K., Leven K, Currie C., "A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III: Scottish qualitative findings from the international FAS Development Study", *Child Indicator Research* n° 9, 2016.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », *Rapport*, décembre 2009.

Inserm, Drees, « Enquête nationale périnatale : rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010 », *Rapport*, octobre 2017.

Lang T., Kelly-Irving M., Lamy S., Lepage B., Delpierre C., « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? », *Santé Publique* n° 28(2), 2016.

Legleye S., Beck F., Spilka S., Chau N., "Correction of body-mass index using body-shape perception and socioeconomic status in adolescent self-report surveys", *PLoS ONE* n° 9(5), 2014.

Legleye S., Piontek D., Kraus L., Morand E., Falissard B., "A validation of the cannabis abuse screening test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents", *International Journal of Methods in Psychiatric Research* n° 22(1), mars 2013.

Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C., « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant », *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*, mai 2011.

Moisy M., « Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? », *Études et Résultats* n° 1045, décembre 2017.

Panico L., Tô M., Thévenon O. « La fréquence des naissances de petits poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? », *Population et Sociétés* n° 523, Ined, juin 2015.

Revah-Levy A., Birmaher B., Gasquet I., Falissard B., "The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study", *BMC Psychiatry* n° 7, 2007.

Rial-Sebbag E., Guibet Lafaye C., Simeoni U., Junien C., « DOHaD et information épigénétique. Enjeux sociétaux », *Médecine/Sciences* n° 32(1), janvier 2016.

Spilka S., Godeau E., Le Nézet O., Ehlinger V., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Chyderiotis S., « Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 », *Tendances* n° 132, OFDT, juin 2019.

Vergnes J.-N., Nabet C., « Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? », *La santé de l'Homme* n° 417, janvier-février 2012.

Vilain A., Gonzalez L., Rey S., Matet N., Blondel B., « Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques », *Études et Résultats* n° 848, Drees, juillet 2013.

Wagner S., Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., Nicklaus S., Geay B., Humeau P., Thierry X., Charles M.-A., Lioret S., de Lauzon Guillaïn B., « Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 29, septembre 2015.

Zeitlin J., Pilkington H., Drewniak N., Charreire H., Amat-Roze J.-M., Le Vaillant M., Combier E., Blondel B., « Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 6-7, février 2015.
