

## Inégalités sociales de santé chez l'enfant : ce n'est pas une fatalité !

« La France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n'ont aucune tendance à régresser ces dernières années ». Le constat dressé ces dernières années par les instances de l'État (Haut Conseil de la Santé Publique (2009), Direction de la recherche, des études et de la statistique (2017), Santé Publique France (2018)) est en complète incohérence avec la devise d'égalité de notre République. Ainsi un homme de 35 ans, s'il est ouvrier, a une espérance de vie inférieure de 6,4 ans à celle d'un cadre. Comment pouvons-nous continuer à accepter que le niveau de santé, et donc de bien-être, et l'espérance de vie diffèrent en fonction de l'origine sociale de nos concitoyens ?

Ces inégalités commencent dès la conception et les premiers instants de la vie, durant la période des 1000 premiers jours. La France est particulièrement mal placée en la matière, où les disparités sont majeures dès la période pré-natale. Ainsi, les risques de prématurité, de grande prématurité ou de petits poids de naissance peuvent aller du simple au double en fonction de l'emploi occupé ou du niveau d'éducation. En matière bucco-dentaire, moins de 2% des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées, contre 11% des enfants d'ouvriers.

Comme le souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la lutte contre la constitution de ces inégalités est largement multifactorielle et conditionnée par l'environnement de vie au sens large, qu'il soit physique ou social. Nous ne pouvons que nous réjouir de la signature de la Stratégie Nationale de Santé interministérielle 2018-2022 qui prend en compte cette approche de la santé dans toutes les politiques. Pour autant, il est nécessaire de rappeler que les leviers pour agir sont largement locaux. La transversalité voulue par la Stratégie est au cœur de la philosophie des Villes-Santé depuis leur création. Les collectivités locales œuvrent, au quotidien, à la constitution d'environnements de vie de qualité pour les individus qui y naissent et y grandissent.

Les inégalités sociales de santé en France ne pourront pas diminuer sans l'association active et continue des collectivités locales.

Pour cela trois axes sont prioritaires pour les Réseau français des Villes-Santé de l'OMS et qui ne peuvent être traités sans le concours et l'implication des services de l'Etat :

- **Mesurer les inégalités sociales de santé sur les territoires** : il n'existe pas d'informations accessibles suffisamment précises pour caractériser les inégalités subies par les habitants, et en particulier les enfants, à un niveau infra-communal.
- **Décloisonner les interventions** : De nombreuses institutions agissent au profit des enfants et, à ce titre, occupent une position centrale dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. L'Education Nationale est au premier rang de ces institutions et il est indispensable que des collaborations plus efficaces puissent exister avec les acteurs locaux, et notamment les municipalités. Un chantier a été ouvert autour d'un parcours santé-accueil-éducation 0-6 ans et il se doit de réussir à relever ce défi. Nous y prenons toute notre part.
- **Former les professionnels** : La compréhension des mécanismes par lesquels se constituent ces inégalités de santé et des moyens de lutte contre celles-ci doit faire partie de la formation des professionnels au contact des enfants, notamment dans les secteurs de l'accueil, de l'éducation et du soin. En effet, en classe de CM2, le taux d'obésité est multiplié par 10 entre enfants de cadres et d'ouvriers. Les facteurs sont multiples et ne peuvent en aucun cas être réduits aux injonctions de "Manger Bouger"

Agir ensemble, en lien avec l'ensemble des acteurs politiques, institutionnels et académiques, à tous les échelons, est la clé qui nous permettra de répondre à cet enjeu majeur. Nous demandons la mise en place de moyens pour agir localement, de façon coordonnée et dans le respect de l'équité des territoires. Il en va de la promesse d'égalité de notre République.

## MAIRES SIGNATAIRES DE LA TRIBUNE

Nathalie Appéré, Maire de RENNES



Christophe Béchu, Maire d'ANGERS



Alain Bocquet, Maire de SAINT-AMAND-LES-EAUX



Alain Bocquet  
Maire  
Président de la Communauté d'Agglomération de La Porte du Hainaut

Joël Bruneau, Maire de CAEN



Olivier Carré, Maire d'ORLEANS



Gérard Collomb, Maire de LYON



François Cuillandre, Maire de BREST



Jean-François Debat, Maire de BOURG-EN-BRESSE

Président de la Communauté d'Agglomération du Bassin de Bourg-en-Bresse,



Brigitte Fouré, Maire d'AMIENS



Jean-Louis Fousseret, Maire de BESANCON



Jean-Claude Gaudin, Maire de MARSEILLE

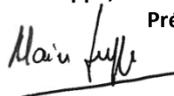


Anne Hidalgo, Maire de PARIS



Alain Juppé, Maire de BORDEAUX et

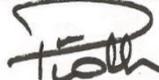
Président de Bordeaux Métropole



Michèle Lutz, Maire de MULHOUSE



Eric Piolle, Maire de GRENOBLE



Roland Ries, Maire de STRASBOURG



Johanna Rolland, Maire de NANTES



Danielle Valéro, Maire déléguée d'EVRY



Correspondante :

**Charlotte Marchandise-Franquet,**

Présidente du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Maire-adjointe de la Ville de Rennes

[c.marchandise-franquet@ville-rennes.fr](mailto:c.marchandise-franquet@ville-rennes.fr)

02.23.62.14.81 (secrétariat)



## **Annexe 1 : Informations sur le réseau des Villes-Santé**

---

*Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS a pour but de soutenir la coopération entre les Villes ou les intercommunalités qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine. Il rassemble 90 villes et intercommunalités françaises de toutes couleurs politiques, représentant près de 13 millions d'habitants. Il participe depuis presque 30 ans, en lien avec l'OMS, au mouvement international des Villes-Santé. Dans un but de réduire les inégalités sociales de santé, les Villes-Santé visent à intégrer la santé dans toutes les politiques locales comme l'habitat, les transports, la cohésion sociale, la jeunesse, l'urbanisme et bien sûr, la petite enfance.*

## **Annexe 2 : Informations complémentaires et éléments chiffrés**

---

*L'existence de désavantages précoces augmente la probabilité de désavantages / inégalités sociales de santé à l'avenir. Ceci est préoccupant dans la mesure où des inégalités sociales de santé apparaissent extrêmement précocement dans la vie. Le taux de prématurité est par exemple près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4% contre 3,9%). Cet écart est encore plus important pour la grande prématurité (2,2% contre 0,7%) et les petits poids de naissance (9,9% contre 4,7%). Après la naissance, d'autres disparités apparaissent rapidement. En grande section de maternelle, 13,9% des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale, contre 8,6% de ceux dont le père est cadre. En matière bucco-dentaire, moins de 2% des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées, contre 11% des enfants d'ouvriers. Enfin, en classe de CM2, le taux d'obésité est multiplié par 10 entre enfants de cadres et d'ouvriers (0,6% contre 6,1%) (Lopez et al, 2011). Par ailleurs, les écarts constatés dès la conception ont des retentissements sur le long terme pour les enfants concernés. En France par exemple, le risque pour un enfant d'avoir un petit poids de naissance est 50 % plus important lorsque la mère a un faible niveau d'éducation (< Bac vs. Bac ou supérieur) (Pison, 2017), ce qui est associé au risque de diabète à 64 ans (Wilkinson & Marmot, 2003).*

*La santé périnatale et les conditions de vie, envisagées sous des angles multiples tels que l'environnement familial, social, psychique (santé mentale, stress, souffrance psychosociale autour de la grossesse), les conditions de logement, et de travail, etc., sont des déterminants majeurs de la santé à l'âge adulte en termes de vulnérabilité psychosociale et de risque de maladies chroniques. Des liens ont notamment été observés sur la survenue de maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et sur la mortalité avant l'âge de 50 ans ou encore la charge de stress liée à une accumulation de situations adverses dans l'enfance.*

*Dans ce parcours de vie, des périodes critiques ont été mises en avant : vie intra-utérine et premières années de vie notamment. Certains auteurs proposent également que l'existence d'un désavantage place l'individu sur une « chaîne de risque », augmentant le risque de survenue de nouveaux désavantages à l'avenir (Lang et al, 2009). En tous les cas, il est clair qu'un désavantage précoce dans la vie risque d'induire une installation durable de désavantages en termes de santé, qu'il sera très difficile de modifier par la suite.*

## **Annexe 3 : Sources utilisées**

---

Lang, T., Kelly-irving, M., & Delpierre, C. (2009). Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. *Enchaînements et accumulations au cours de la vie. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 57(6), 429–435.

Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F., & Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. IGAS.

Pison, G. (2017). [Démographie de] *Tous les pays du monde. Population & Sociétés*, N°547.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: the Solid Facts 2nd Ed*. OMS, 33.

Haut Conseil de la Santé Publique (2009). *Inégalités Sociales de Santé : sortir de la fatalité*.

Direction de la recherche, des études et de la statistique (2017). *Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*.

Santé Publique France. Dossier : les inégalités sociales et territoriales de santé. [Consulté le 16 novembre 2018] <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>