

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



AOÛT  
2019

NUMÉRO  
1122

## En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale

En 2017, 18 % des adolescents en classe de troisième sont en surcharge pondérale et 5 % sont obèses. Entre 2009 et 2017, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité sont en hausse, en particulier pour les filles (de 17 % en 2009 à 20 % en 2017).

La santé bucco-dentaire est, en revanche, en nette amélioration : 68 % des adolescents ont des dents indemnes de caries, contre 56 % en 2009.

Ces évolutions sont marquées par de fortes inégalités sociales. Ainsi, 24 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 8 % sont obèses, contre respectivement 12 % et 3 % des enfants de cadres. La proportion de ceux qui ont des dents non cariées s'élève à 59 % pour les ouvriers, contre 77 % pour les cadres.

Ces disparités peuvent en partie s'expliquer par des habitudes de vie différenciées selon le milieu social. Les habitudes de vie bénéfiques à la santé sont plus souvent déclarées par les adolescents issus des milieux socialement favorisés : prise régulière d'un petit déjeuner, pratique d'un sport, limitation du temps passé devant les écrans, recours au dentiste.

Cette publication a fait l'objet d'une révision par rapport à celle publiée le 28/08/2019.

**Nathalie Guignon** (DREES), avec la collaboration de **Marie-Christine Delmas** pour l'asthme et **Laure Fonteneau** pour la couverture vaccinale (Santé publique France)

À l'occasion de l'édition 2016-2017 des enquêtes de santé en milieu scolaire, un échantillon d'élèves de troisième a bénéficié d'un examen de santé accompagné d'un entretien centré sur leurs habitudes de vie (encadré 1).

Dans le cadre de leurs missions, les personnels de santé de l'Éducation nationale, en collaboration avec les enseignants, s'attachent à dépister les facteurs susceptibles de gêner l'élève dans ses apprentissages et le bon déroulement de sa scolarité. Outre la surcharge pondérale, l'enquête s'intéresse notamment aux troubles sensoriels, à la santé respiratoire et au statut vaccinal.

### La part d'adolescents en surcharge pondérale est en augmentation

En 2017, 18 % des adolescents scolarisés en classe de troisième sont en surcharge pondérale<sup>1</sup>, dont plus d'un quart, soit 5 %, sont obèses (tableau 1). La prévalence de cette surcharge pondérale est plus élevée pour les filles (20 %) que pour les garçons (17 %), la différence selon le sexe n'étant toutefois pas significative pour l'obésité. Entre 2009 et 2017, les prévalences (encadré 2) sont à la hausse, aussi bien en ce qui concerne la surcharge pondérale (respectivement 17 % à 18 %) que l'obésité (3,8 % en 2009, contre 5 % en 2017).

1. La surcharge pondérale correspond au cumul du surpoids et de l'obésité.

L'évolution de la prévalence au cours de cette période est, par ailleurs, particulièrement marquée pour les filles, tant pour la surcharge

pondérale que pour l'obésité, qui passent respectivement de 17 % à 20 % et de 3,8 % à 5,4 %. Pour les garçons, la hausse de l'obé-

sité (de 3,8 % en 2009 à 4,7 % en 2017) s'accompagne d'une stabilité de la surcharge pondérale à 17 % (graphique 1).

## ENCADRÉ 1 Méthodologie

Menées depuis 2000, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième, les enquêtes nationales de santé scolaire permettent de suivre l'évolution de l'état de santé des enfants et des adolescents.

Fruit d'un partenariat entre les ministères chargés de la Santé et de l'Éducation nationale en collaboration avec Santé publique France, les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont réalisées par les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale. De périodicité annuelle jusqu'en 2009, elles sont organisées tous les deux ans depuis 2012, soit un même niveau scolaire tous les six ans, et fournissent, à intervalles réguliers, une photographie de la santé des enfants et des adolescents scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM)<sup>1</sup>. Elles constituent une source d'information précieuse et régulière sur l'état de santé de ces populations à l'échelle nationale et se révèlent un bon outil d'analyse des inégalités sociales de santé.

Cette étude présente les résultats de l'enquête réalisée en 2016-2017 auprès d'un échantillon d'adolescents scolarisés en classe de troisième dans les collèges publics et privés sous contrat d'association. Trois modes de recueil coexistent dans le questionnaire principal : il s'agit, selon les questions, de données issues directement de l'examen de santé (poids, taille, dépistage sensoriel), d'informations

recueillies à partir d'un entretien avec l'adolescent (habitudes de vie, accidents de la vie courante, santé respiratoire...) ou d'un relevé d'informations issues de son carnet de santé (vaccinations). Afin de pallier le manque d'information sur la santé psychique des adolescents, un autoquestionnaire élaboré avec l'appui d'experts pédopsychiatres a été greffé à l'enquête. La santé psychique y est abordée par le biais de la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et des comportements à risque, des troubles des conduites alimentaires, des automutilations, des violences subies (racket, harcèlement) ou encore des syndromes dépressifs. Une étude spécifique ultérieure sera consacrée à l'analyse de cette thématique.

Les questions relatives au temps passé devant les écrans ont été modifiées par rapport aux éditions précédentes afin de prendre en compte l'évolution des pratiques et des technologies. Ainsi, pour le temps passé devant les écrans, une distinction a été faite entre les écrans plutôt fixes (télévision et ordinateur) et les écrans mobiles (tablettes, téléphones portables, etc.).

L'échantillon initial comprenait 1 173 collèves. Au total, 925 collèves ont participé, soit un taux de participation de 79 %. Le nombre de questionnaires exploitables est de 7 242, le taux de réponse des élèves était de 65 %. Les établissements en éducation prioritaire ont été suréchantillonnés.

1. Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et, à partir de 2012, Mayotte.

## TABLEAU 1 Indicateurs de santé déclinés selon l'origine sociale des élèves des classes de troisième

En %

|  | Part des adolescents de troisième en... |            |                               |                        |                |                   |                  |  |  |
|--|---|------------|-------------------------------|------------------------|----------------|-------------------|------------------|--|--|
|  | Surcharge pondérale                     | Obésité    | Petit déjeuner tous les jours | Cantine tous les jours | Dents indemnes | Appareil dentaire | Port de lunettes | Troubles de la vision de loin non corrigés | > 2 heures par jour devant les écrans en semaine |
| Cadres   | 12                                      | 2,7        | 70                            | 73                     | 77             | 48                | 37               | 3  | 61   |
| Professions intermédiaires                     | 15                                      | 3,4        | 67                            | 71                     | 72             | 42                | 36               | 5  | 70   |
| Agriculteurs et commerçants                    | 19                                      | 5,7        | 61                            | 61                     | 67             | 39                | 33               | 6  | 73   |
| Employés                                       | 22                                      | 6,2        | 60                            | 54                     | 64             | 34                | 35               | 7  | 78   |
| Ouvriers                                       | 24                                      | 7,5        | 59                            | 43                     | 59             | 28                | 31               | 10   | 81   |
| Élèves scolarisés en éducation prioritaire     | 25                                      | 7,7        | 52                            | 33                     | 59             | 25                | 31               | 10   | 81   |
| Élèves non scolarisés en éducation prioritaire | 17                                      | 4,5        | 65                            | 67                     | 69             | 40                | 36               | 5  | 71   |
| Filles   | 20                                      | 5,4        | 57                            | 61                     | 67             | 40                | 41               | 7  | 74   |
| Garçons  | 17                                      | 4,7        | 69                            | 63                     | 68             | 36                | 29               | 5  | 71   |
| <b>Ensemble</b>                                | <b>18</b>                               | <b>5,2</b> | <b>63</b>                     | <b>62</b>              | <b>68</b>      | <b>38</b>         | <b>35</b>        | <b>6</b>                                   | <b>73</b>  |

Champ • France métropolitaine et départements d'outre-mer (DROM).

Source • Enquête nationale sur la santé des élèves de troisième, année scolaire 2016-2017. Ce tableau a fait l'objet d'une révision par rapport à celui publié le 28/08/2019.

## Des inégalités sociales persistantes

La prévalence de l'excès pondéral reste socialement très marquée (*encadré 3*). En effet, celle-ci est plus élevée chez les adolescents issus des milieux sociaux les moins favorisés : elle concerne un adolescent sur quatre parmi les enfants d'ouvriers, contre un sur neuf parmi les enfants de cadres. Pour l'obésité, les pourcentages sont respectivement de 7,5 % et 2,7 % (*tableau 1*).

Le manque d'activité physique, un temps élevé passé devant les écrans et des prises de repas irrégulières (pouvant induire du grignotage) sont autant de facteurs de risque individuel dont l'association favorise la prise de poids chez l'adulte, comme chez l'adolescent (Inserm, 2000). Pour l'enquête, les adolescents ont donc été interrogés sur leurs habitudes de vie afin de mieux cerner la formation de ces inégalités sociales de santé.

## Les enfants d'ouvriers, deux fois moins nombreux à prendre un petit déjeuner

En classe de troisième, 63 % des collégiens déclarent prendre un petit déjeuner tous les jours. Ce pourcentage est en baisse par rapport à 2009, où il s'élevait à 68 %. Les habitudes à l'égard de ce repas sont fortement différenciées selon le sexe, les filles déclarant moins souvent en prendre un quotidiennement : 57 %, contre 69 % pour les garçons (*tableau 1*). Elles sont aussi deux fois plus nombreuses à n'en prendre que rarement ou jamais. Des disparités s'observent aussi selon l'origine sociale de l'élève, les enfants d'ouvriers étant deux fois plus nombreux à déclarer ne prendre un petit déjeuner que rarement ou jamais. Concernant le repas du midi, 29 % des élèves de troisième ne fréquentent la cantine que rarement ou jamais, cela concerne la moitié des élèves filles ou fils d'ouvriers et 16 % des enfants de cadres.

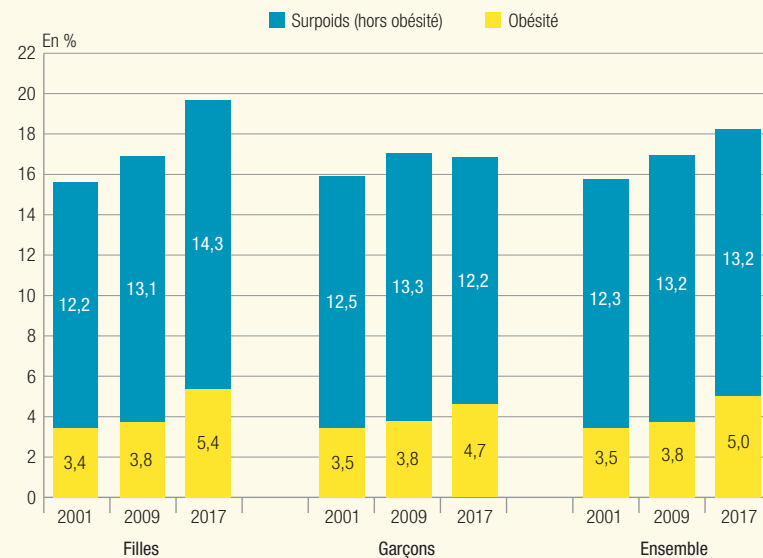
## Pour la plupart des adolescents, le temps passé devant les écrans est supérieur aux recommandations

La généralisation et la multiplication des supports numériques, associées à la diversification de leurs fonctions (jeux, échanges sur les réseaux sociaux, usages scolaires ou

## ENCADRÉ 2 Évaluation de la corpulence

L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport poids/taille<sup>2</sup> (exprimé en kg/m<sup>2</sup>). À la différence des adultes, pour lesquels il existe une valeur unique de l'IMC pour définir le surpoids, d'une part, et l'obésité, de l'autre, 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'Organisation mondiale de la santé (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 valeurs de 25 et 30, qui correspondent respectivement au surpoids et à l'obésité chez l'adulte. L'IMC est calculé à partir du poids et de la taille mesurés le jour de l'examen de santé. Les prévalences présentées dans cette étude ont été calculées à partir des seuils mis à jour par l'OMS en 2012. Afin d'assurer la comparabilité, les données des enquêtes 2009 et 2017 ont été recalculées à partir de cette référence, ils sont ainsi différents de ceux précédemment publiés.

## GRAPHIQUE 1 Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité des adolescents des classes de troisième, selon le sexe, entre 2001 et 2017



**Lecture** • En 2017, 4,7 % des garçons étaient obèses, 12,2 % en surpoids (hors obésité). Ainsi, globalement, 16,9 % étaient en surcharge pondérale.

**Champ** • France métropolitaine et départements d'outre-mer (DROM).

**Sources** • Enquêtes nationales sur la santé des élèves de troisième, années scolaires 2001-2002, 2008-2009 et 2016-2017.

pédagogiques), favorisent l'omniprésence des écrans dans les foyers et contribuent à augmenter le temps que les adolescents y consacrent. Cette consommation d'écrans est facilitée par le pluri-équipement des familles, voire des adolescents eux-mêmes (Spilka *et al.*, 2014).

Selon l'Académie des sciences<sup>2</sup>, un temps élevé passé devant les écrans peut avoir un impact sur la quantité, mais aussi sur la qualité du sommeil et ainsi diminuer les capacités d'attention et d'apprentissage.

Alors que les recommandations publiées en 2013 par l'Académie des sciences suggèrent de ne pas excéder deux heures par jour devant les écrans à l'adolescence, 73 % des élèves dépassent ce seuil durant la semaine<sup>3</sup>. La moitié des collégiens des classes de troisième consacrent au quotidien au moins 3 heures 30 aux écrans et 10 % ont un temps d'exposition supérieur à 6 heures par jour.

Durant le week-end, les adolescents n'organisent pas leur temps de la même façon

- 2. L'Académie des sciences en France a repris des recommandations britanniques et nord-américaines.
- 3. Ce pourcentage correspond au cumul des temps passés devant les écrans mobiles et fixes en semaine.

que pendant la semaine, où ils ont cours. Ainsi, le week-end, 93 % des élèves de troisième dépassent le seuil de 2 heures par jour devant les écrans<sup>4</sup>. La moitié des adolescents disent y consacrer au moins 6 heures, 10 % rapportent une exposition de 11 heures ou plus par jour.

Ces habitudes varient aussi selon le sexe et le milieu social. Les filles consomment plus d'écran que les garçons, la moitié d'entre elles passant au moins 4 heures devant les écrans en semaine, contre 3 heures pour la moitié des garçons (tableau 2). Ces écarts de consommation s'expliquent par un usage différencié des écrans selon le sexe : les filles ont tendance à privilégier les réseaux sociaux, accessibles, notamment, de leur téléphone portable et les garçons les jeux, plutôt sur écrans fixes. Ces différences dans le temps d'usage n'apparaissent cependant plus le week-end, où la moitié des garçons et la moitié des filles déclarent consacrer quotidiennement 6 heures ou plus aux écrans.

La gestion du temps passé devant les écrans est par ailleurs très marquée socialement, les adolescents issus des milieux les moins favorisés déclarant y passer plus de temps, aussi bien la semaine que le week-end et ce, quel que soit le support, fixe ou mobile. Ainsi, durant la semaine, 81 % des enfants d'ouvriers indiquent passer quotidiennement plus de 2 heures devant les écrans, contre 61 % des enfants de cadres ; le week-end, l'écart se réduit (tableau 1).

### Près de sept collégiens sur dix déclarent pratiquer un sport

74 % des élèves déclarent pratiquer un sport (en club ou pas), les garçons plus que les filles (81 % contre 67 %). Les enfants issus des familles les plus modestes font moins de sport que ceux issus des familles les plus aisées : 63 % des enfants d'ouvriers déclarent pratiquer une activité sportive en dehors des cours dispensés dans le cadre scolaire, contre 84 % des enfants de cadres. Toutefois, les adolescents issus de familles modestes ont plus souvent une activité sportive non encadrée, plus difficile à capter lors de l'entretien.

Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » permet d'étudier la corrélation de ces habitudes de vie avec la probabilité d'être en surcharge pondérale (obésité incluse), en tenant compte des variables

### ENCADRÉ 3

#### Construction de l'indicateur d'origine sociale des adolescents

L'origine sociale de l'élève est définie à partir de la profession du père et de la mère, relevée par le médecin ou l'infirmier sur la base des déclarations de l'adolescent. Recueillie en clair, cette information est ensuite recodée par l'Insee grâce à l'outil Sicore et classée en six groupes socioprofessionnels. Cette information est non renseignée ou sans objet dans 15 % des cas pour la mère et 13 % pour le père.

La solution retenue pour mesurer les inégalités sociales de santé des adolescents est de combiner le groupe socioprofessionnel du père et celui de la mère, en privilégiant le plus élevé, et de rassembler tous les élèves dont on ne connaît aucun groupe socioprofessionnel de parent dans une modalité « autre ». L'indicateur combinant les informations concernant le père et la mère permet de limiter à 7 % le nombre d'enfants dont on ne connaît ni le groupe socioprofessionnel du père ni celui de la mère. La façon de coder la profession des parents a changé entre les éditions 2007-2008 et 2014-2015 de l'enquête, rendant impossible toute interprétation sur les évolutions entre ces deux dates. Dans le texte, lorsque l'on parle d'adolescent ou d'enfant d'ouvriers, par exemple, cela signifie que l'un des parents est ouvrier et que l'autre est soit ouvrier lui aussi, soit sans profession.

### TABLEAU 2

#### Temps passé devant les écrans fixes ou mobiles durant la semaine ou le week-end, selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle des parents

| Temps quotidien passé devant les écrans fixes et mobiles |             |             |
|--|-------------|-------------|
| Plus de 2 heures (en %)                                  | Semaine     | Week-end    |
| Garçons  | 70,9        | 91,7        |
| Filles   | 74,2        | 93,3        |
| Cadres   | 61,4        | 89,7        |
| Ouvriers   | 81,0        | 93,3        |
| <b>Ensemble</b>  | <b>72,6</b> | <b>92,5</b> |
| Temps médian (en heure)                                  | Semaine     | Week-end    |
| Garçons  | 3           | 6           |
| Filles   | 4           | 6           |
| Cadres   | 3           | 5           |
| Ouvriers   | 4           | 6           |
| <b>Ensemble</b>  | <b>3,5</b>  | <b>6</b>    |

**Lecture** • La moitié des garçons passent au moins 3 heures par jour devant les écrans fixes ou mobiles, contre au moins 4 heures par jour pour les filles.

**Champ** • France métropolitaine et départements d'outre-mer (DROM).

**Source** • Enquête nationale sur la santé des élèves de troisième, année scolaire 2016-2017.

sociales connues pour être liées à la corpulence. Cette analyse confirme les corrélations entre habitudes de vie et surcharge pondérale. La limitation du temps quotidien passé devant les écrans, la pratique d'un sport et la prise régulière d'un petit déjeuner sont liés à une moindre prévalence de la surcharge pondérale. Cette analyse confirme également l'effet majeur du milieu social, facteur le plus fortement lié à la surcharge pondérale et ce, à d'autres facteurs de risque donnés. Toutes choses égales par ailleurs, les enfants d'ouvriers ont ainsi une probabilité deux fois supérieure à celle des enfants de cadres d'être en surcharge pondérale. Les différences d'habitudes de vie mises en lumière par l'enquête sont cependant loin d'expliquer

l'intégralité des inégalités sociales observées. En revanche, l'impact du sexe et de l'éducation prioritaire n'apparaît plus, après prise en considération des autres facteurs, notamment la profession des parents (tableau complémentaire A).

### Une nette mais inégale amélioration de la santé bucco-dentaire

L'examen bucco-dentaire et l'entretien réalisés par le médecin ou l'infirmier de l'Éducation nationale permettent d'aborder à la fois la dimension curative et préventive de la santé bucco-dentaire. La dimension curative repose sur un examen consistant à recenser le nombre de dents cariées, qu'elles soient soignées ou non, ces

4. Ce pourcentage correspond au cumul des temps passés devant les écrans mobiles et fixes le week-end.



TABLEAU 3

Taux de couverture vaccinale des adolescents scolarisés en troisième en 2016-2017

En %

|      | Vaccinés contre...                 |  |                      |                                    |                                |  |   |                    |                         |  |  |
|------|------------------------------------|--|----------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|---|--------------------|-------------------------|--|--|
|      | Tuberculose (BCG, au moins 1 dose) | Diphtérie, tétanos, poliomyélite (6 doses) | Coqueluche (5 doses) | Haemophilus influenzae b (4 doses) | Hépatite B1 (au moins 3 doses) | Rougeole, oreillon, rubéole <sup>1</sup> (1 dose de ROR) | Rougeole, oreillon, rubéole <sup>1</sup> (2 doses de ROR) | Rougeole (2 doses) | Méningocoque C (1 dose) | Human papillomavirus <sup>2</sup> (1 dose) | Human papillomavirus <sup>2</sup> (au moins 2 doses) |
| 2009 | 98                                 | nd   | nd                   | nd                                 | 43                             | 95   | 82  | 84                 | nd                      | 25   | 11   |
| 2017 | 96                                 | 76   | 76                   | 90                                 | 45                             | 97   | 90  | 92                 | 45                      | 23   | 18   |

1. Le schéma vaccinal a changé entre 2009 et 2017, il était de trois ou quatre doses en 2009, il est de trois doses en 2017.

2. En 2017, cette vaccination est recommandée aux jeunes filles entre 11 et 14 ans, un rattrapage est possible entre 15 et 19 ans. En 2009, la recommandation concernait les jeunes filles à partir de 14 ans. Le schéma vaccinal a changé entre 2009 et 2017, il est passé de trois doses à deux doses.

Champ • France métropolitaine et départements d'outre-mer (DROM).

Source • Enquête nationale sur la santé des élèves de troisième, année scolaire 2016-2017.

données permettant d'estimer le nombre de dents indemnes de caries, indicateur indirect de l'efficacité des mesures de prévention au cours de la vie de l'enfant. La dimension préventive est également approchée au cours de l'entretien avec l'adolescent par le biais des questions sur l'hygiène bucco-dentaire (fréquence du brossage des dents). La question sur le recours à un dentiste ou à un orthodontiste au cours des douze derniers mois informe à la fois sur les aspects curatifs et préventifs.

Ainsi, en 2017, 68 % des collégiens ont des dents indemnes de caries. Cet indicateur est en nette amélioration depuis 2009, où le pourcentage s'élevait à 56 %.

Cette évolution favorable, déjà observée en 2013 et 2015, respectivement pour les élèves scolarisés en grande section de maternelle (Chardon, Guignon, 2013) et ceux de CM2 (Guignon, 2017) pourrait être en partie liée à l'association de plusieurs facteurs : le dispositif M'T dents<sup>5</sup>, qui permet de bénéficier d'un examen bucco-dentaire sans avance de frais. Ces rendez-vous de prévention réguliers sont en effet l'occasion de prodiguer des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire, mais aussi de sensibiliser les parents à la présence possible de caries, même en l'absence de douleur. D'autres facteurs peuvent avoir contribué à cette avancée, tels que les mesures de prophylaxie bucco-dentaire, en particulier le scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes<sup>6</sup>, mais aussi l'impact indirect de recommandations nutritionnelles mises en place dans

le cadre du Programme national nutrition santé, qui conseille une consommation limitée d'aliments ou de boissons sucrés.

En 2017, 38 % d'adolescents portent un appareil dentaire (40 % pour les filles et 36 % pour les garçons), contre 28 % en 2009. Cette augmentation doit, cependant, être interprétée en tenant compte de l'évolution du questionnaire, lequel recense les appareils portés en permanence, mais aussi ceux qui sont portés exclusivement la nuit (aussi appelés « gouttières<sup>7</sup> »). L'absence de précision sur le recueil d'information sur ces derniers lors de la précédente édition de l'enquête a ainsi pu conduire à une sous-estimation en 2009. Sur la base de l'entretien avec l'adolescent, ce volet curatif est complété d'informations sur ses comportements de prévention, en particulier sur son hygiène bucco-dentaire : 85 % des adolescents déclarent se brosser les dents plusieurs fois par jour.

Par ailleurs, le recours aux dentistes est assez élevé. En effet, 77 % des adolescents disent avoir consulté un dentiste ou un orthodontiste au cours des douze derniers mois. La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) préconisent un contrôle annuel entre 6 et 18 ans.

### Une santé bucco-dentaire moins bonne chez les moins favorisés socialement

Les enfants d'ouvriers présentent cependant des indicateurs de santé bucco-dentaire moins bons que ceux

des enfants de cadres, aussi bien pour la prévention que pour le recours aux soins. En effet, 77 % des enfants de cadres ont toutes les dents indemnes de caries, contre 59 % des enfants d'ouvriers (tableau 1). Ils sont aussi moins nombreux à avoir au moins deux dents cariées (12 % contre 26 %). Le recours aux soins curatifs est également moindre, puisque 5 % des enfants de cadres ont des dents cariées non soignées, contre 14 % des enfants d'ouvriers. Par ailleurs, près de la moitié des enfants de cadres portent un appareil dentaire (éventuellement seulement la nuit), contre 28 % chez les enfants d'ouvriers.

D'après les déclarations des adolescents, la fréquence du brossage des dents est élevée et peu différenciée selon le milieu social, ainsi 87 % des enfants de cadres disent se brosser les dents plusieurs fois par jour, contre 84 % des enfants d'ouvriers. En revanche, à la question sur le recours au dentiste ou à l'orthodontiste au cours des douze derniers mois, 86 % des enfants de cadres répondent positivement, contre 64 % des enfants d'ouvriers. Ces disparités de recours aux dentistes ne sont probablement pas seulement liées à des difficultés financières (Calvet, Moisy, 2013). À la différence d'une pathologie aiguë, une dent cariée n'est pas systématiquement accompagnée de douleur, en particulier dans les premiers stades. Ceci montre que les familles les plus modestes semblent moins consulter à titre préventif ou recourir plus tardivement au dentiste.



5. Le dispositif, mis en place en 2006 par l'Assurance maladie, est proposé à l'ensemble de la population et repose sur une invitation à consulter un chirurgien-dentiste, sans avance de frais, aux âges clés de risque d'apparition des caries (6, 9, 12, 15 et 18 ans).

6. Les sillons traversent les dents de part en part. C'est à leur niveau que débutent la plupart des caries des dents définitives chez l'enfant. Leur comblement est donc une mesure de prévention des caries.

7. Le port d'un appareil de nuit correspond le plus souvent à la dernière étape d'un traitement d'orthodontie, il permet de maintenir une contention.

## Les enfants d'ouvriers moins souvent équipés de lunettes

La part d'adolescents porteurs de lunettes ou de lentilles s'élève à 35 %<sup>8</sup> (tableau 1), les filles étant plus souvent équipées que les garçons (41 % contre 29 %). Seuls les résultats des tests de dépistage des troubles de la vision de loin sont abordés dans l'enquête. Ainsi, parmi les non-porteurs de lunettes, 6 % des adolescents présentent un trouble de la vision de loin, et cela concerne plus les filles que les garçons (7 % contre 5 %). Ces indicateurs, déclinés selon le groupe socioprofessionnel des parents, font, à nouveau, état de disparités : les enfants d'ouvriers sont, en effet, moins souvent équipés de lunettes (31 %) que ceux des cadres (37 %), mais ils sont aussi plus nombreux à présenter un trouble non corrigé de la vision de loin (10 % contre 3 %). Ces inégalités ont pour origine une multiplicité de facteurs, parmi lesquels figure probablement le défaut de dépistage. Les écarts selon le sexe subsistent, quant à eux, quel que soit le groupe socioprofessionnel.

## Près d'un adolescent sur huit déclare avoir eu des sifflements dans la poitrine au cours des douze derniers mois

En 2017, 12 % des enfants ont déclaré avoir eu des sifflements dans la poitrine au cours des douze derniers mois, contre 10 % en 2009. Par ailleurs, 16 % ont déclaré avoir déjà eu une crise d'asthme dans leur vie. Les filles étaient plus fréquemment concernées par les sifflements que les garçons (15 % contre 9 %). En revanche, la prévalence de l'asthme au cours de la vie était similaire chez les garçons et chez les filles (16 %).

## Moins d'un quart des jeunes filles de troisième ont initié une vaccination contre le papillomavirus humain

Malgré une légère diminution par rapport à l'édition 2009 de l'enquête, la couverture vaccinale contre la tuberculose (par le BCG) reste élevée : elle est de 95 % en 2017, contre 98 % en 2009. Les couvertures vaccinales diphtérie, tétanos, polio

(six doses) et coqueluche (cinq doses) s'élèvent à 76 %. La couverture vaccinale *Haemophilus influenzae b* (quatre doses), atteint 90 %. Concernant le vaccin trivalent rougeole, oreillons, rubéole, la couverture pour la deuxième dose reste insuffisante (90 %), bien qu'elle ait progressé depuis la dernière enquête (83 % en 2009). La couverture pour la vaccination contre l'hépatite B (trois doses) est faible (45 %) et stable (43 % en 2009 pour au moins trois doses)<sup>9</sup>. Par ailleurs, près d'un quart des jeunes filles de troisième (23 %) avaient démarré une vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)<sup>10</sup> et seules 18 % avaient reçu le schéma complet recommandé. La couverture vaccinale contre le méningocoque C (une dose), recommandée depuis 2010 à tous les sujets âgés de 1 à 24 ans, atteint 45 % (tableau 3). ■

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins et infirmiers de l'Éducation nationale qui ont réalisé la collecte pour cette enquête.

- 
- 8.** Cet indicateur ne peut être analysé en évolution, car l'oubli des lunettes n'était pas évoqué dans la question dans l'édition 2009.
- 9.** En 2009, deux schémas de vaccination étaient possibles, l'un à trois doses et l'autre à quatre doses. En 2017, seul le schéma à trois doses subsiste.
- 10.** La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans. Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus. En 2009, la recommandation de vaccination commençait à 14 ans, de sorte que certaines jeunes filles enquêtées n'avaient pas eu le temps de compléter leur vaccination HPV.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Calvet, L. (2014, juin). Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes. DREES, *Études et Résultats*, 881.
- Calvet, L., Moisy M. (2013, juillet). Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. DREES, *Études et Résultats*, 847.
- Chardon, O., Guignon, N. (2014, février). La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième. DREES, *Études et Résultats*, 865.
- De Peretti, C., Castetbon, K. (2004, janvier). Surpoids et obésité chez les adolescents des classes de troisième. DREES, *Études et Résultats*, 283.
- De Saint Pol, T. (2010, mars). *Le Corps désirable, hommes et femmes face à leur poids*. Paris, France : Presses universitaires de France, coll. Le Lien social.
- Guignon, N. (2017, février). La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. DREES, *Études et Résultats*, 993.
- INPES (dir.) (2012, janvier-février). Promouvoir la santé bucco-dentaire. *La Santé de l'homme*, 417.
- Inserm (dir.) (2000, juin). *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant*. Expertise collective.
- Spilka, S. et al. (2014, décembre). Écrans et jeux vidéo à l'adolescence. Premiers résultats de l'enquête du Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur les adolescents scolarisés (PELLEAS). OFDT, *Tendances*, 97.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication :** Jean-Marc Aubert  
**Responsable d'édition :** Souphaphone Douangdara  
**Rédactrice en chef technique :** Sabine Boulanger  
**Secrétaires de rédaction :** Fabienne Brifault et Elisabeth Castaing  
**Composition et mise en pages :** Stéphane Jeandet  
**Conception graphique :** Julie Hiet et Philippe Brulin  
**Pour toute information :** [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)  
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •  
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE  
PUBLIQUE

La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.