

# Études et Résultats

N° 865 • février 2014

## La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième

En 2009, parmi les adolescents scolarisés en classe de troisième, 18 % sont en surcharge pondérale dont 4 % en situation d'obésité. La stabilisation de la prévalence de la surcharge pondérale, le recul du nombre de dents cariées ou encore la progression des taux de couverture vaccinale signent une amélioration des indicateurs de santé des adolescents recueillis dans le cadre des enquêtes de santé en milieu scolaire entre 2004 et 2009.

Ce constat favorable doit cependant être nuancé, car ces améliorations sont plus ou moins importantes selon le milieu social dans lequel évolue l'adolescent. En effet, le bilan en termes de réduction des inégalités sociales de santé, de recours aux soins, curatifs ou préventifs, et d'adoption de comportements favorables à la santé est plus contrasté.

### Olivier CHARDON et Nathalie GUIGNON

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation  
et des statistiques (DREES)

### Jean-Paul Guthmann et Laure Fonteneau

Institut de veille sanitaire (InVS) pour la partie vaccination

### Marie-Christine Delmas

Institut de veille sanitaire (InVS) pour la partie sur l'asthme

---

Avec nos remerciements aux médecins et aux infirmières  
de l'Éducation nationale et des villes autonomes  
qui ont réalisé la collecte.

---

Ont participé à la conception de l'enquête et à l'apurement  
des données :

• Ministère de l'Éducation nationale :

**Patricia Bristol-Gauzy, Nadine Neulat et Jeanne-Marie Urcun,**  
Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)

**Olivier Monso et Fabrice Murat,** Direction de l'évaluation,  
de la prospective et de la performance (DEPP)

• Ministère chargé de la Santé :

**Brigitte Lefeuvre et Catherine Paclot,** Direction générale de la santé  
(DGS)

**Olivier Chardon, Lucie Gonzalez, Nathalie Guignon,**  
**Thibaut de Saint Pol** (DREES)

• Institut de veille sanitaire (InVS)

**Marie-Christine Delmas, Laure Fonteneau, Jean-Paul Guthmann,**  
**Anne-Laure Perrine, Bertrand Thélot**

Les enquêtes réalisées depuis 1999 par la DREES, en partenariat avec l'Éducation nationale, auprès des populations scolarisées constituent une source pérenne d'informations sur l'état de santé des enfants (encadré 1). Cette étude dresse un état des lieux de la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2008-2009, décrit son évolution depuis le début des années 2000 et les disparités existantes en fonction des milieux sociaux.

1. Après une période de hausse de la prévalence de la surcharge pondérale dans les années 2000, l'objectif fixé par le Programme national nutrition santé et repris par la loi de santé publique est « d'interrompre l'augmentation des prévalences d'obésité et de surpoids chez les enfants ».

2. Voir *Études et Résultats*, n° 737, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », et n° 853 « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : une situation contrastée selon l'origine sociale des élèves ».

### La prévalence de la surcharge pondérale est stable...

En 2009, parmi les adolescents scolarisés en classe de troisième, 18 % sont en surcharge pondérale, dont 4 % en situation d'obésité (encadré 2). Dans les deux cas, les pourcentages pour les filles et pour les garçons sont comparables. La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité s'est stabilisée entre 2001

et 2009 (tableau 1). Cette tendance, qui coïncide avec les campagnes de prévention de l'obésité menées sur la même période<sup>1</sup>, est également enregistrée par les données françaises de l'enquête internationale *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) sur les 11-15 ans en 2010 (encadré 3). Des études de la DREES sur des enfants plus jeunes rapportent également une stabilisation de la corpulence<sup>2</sup>. La prévalence de l'obésité est de 3 % à 6 ans et reste relativement stable durant l'enfance, puis augmente fortement à l'âge adulte (graphique 1).

Si les répercussions à long terme de l'obésité infantile sur la santé physique sont connues et bien documentées (risques accrus de mortalité, de maladies cardio-vasculaires, de diabète de type 2...), les conséquences à court terme, essentiellement sur la santé psychique, sont moins souvent étudiées car plus difficiles à appréhender et à quantifier. Elles concernent le bien-être de l'adolescent dans son quotidien, à travers l'image qu'il a de lui-même et la qualité de ses relations avec ses pairs, à une période où elles prennent une importance grandissante. Un dépistage et une prise en charge précoces de l'excès pondéral sont donc primordiaux pour limiter le retentissement de l'obésité sur le bien-être social de l'adolescent.

### ...mais les inégalités sociales persistent

La part des élèves en surcharge pondérale varie selon le milieu social d'origine. Ainsi, 23 % des collégiens relevant de l'éducation prioritaire sont en surcharge pondérale contre 17 % dans un autre collège (encadré 4). Entre 2001 et 2009, les disparités se sont accrues au détriment des premiers, les écarts absolus passant de 3 à 6 points pour la surcharge pondérale et de 2 à 3 points pour l'obésité (tableau 2).

Ces disparités se retrouvent lorsqu'on considère la profession des parents, qui reflète la position socio-économique de la famille. Graduée selon l'origine sociale de l'adolescent, la prévalence de la surcharge

■ TABLEAU 1

### Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité des adolescents en classe de 3<sup>e</sup> entre 2001 et 2009

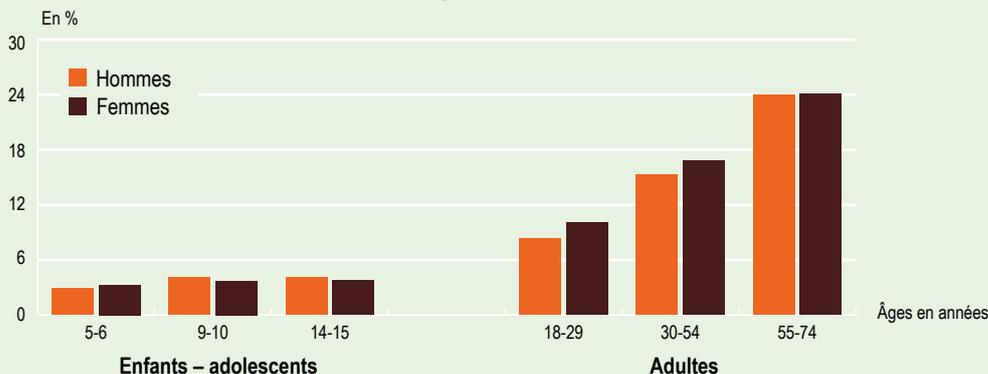
Prévalence (en %)	2001	2004	2009
<b>Surcharge pondérale</b>	<b>16,4</b>	<b>17,4</b>	<b>17,6</b>
intervalle de confiance à 95 %	[15,3 – 17,5]	[16,2 – 18,5]	[16,6 – 18,6]
<b>Obésité</b>	<b>3,5</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>
intervalle de confiance à 95 %	[2,9 – 4,0]	[3,8 – 5,1]	[3,3 – 4,3]

Note • Pour les années 2001 et 2004, les estimations ont été légèrement corrigées par rapport à celles publiées dans les *Études et Résultats* n° 283 et n° 573. Champ • France.

Sources • Enquêtes nationales sur la santé des élèves de troisième, années scolaires 2000-2001, 2003-2004 et 2008-2009.

■ GRAPHIQUE 1

### Prévalence de l'obésité selon l'âge



Sources • Chez l'enfant, enquêtes de santé en milieu scolaire. Pour les 5-6 ans : année scolaire 2005-2006. Pour les 9-10 ans : année scolaire 2007-2008. Pour les 14-15 ans : année scolaire 2008-2009. Chez l'adulte, Enquête nationale nutrition santé (ENNS), 2006.

## ENCADRÉ 1

### Méthodologie

Menées depuis 1999-2000, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième, les enquêtes nationales sur la santé des élèves scolarisés permettent de suivre l'évolution de l'état de santé des enfants et des adolescents. Elles sont le fruit d'un partenariat entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale.

Cette étude présente les résultats de l'enquête réalisée en 2008-2009 auprès d'un échantillon d'adolescents scolarisés en classe de troisième dans les collèges publics et privés sous contrat d'association avec l'État. À la différence du bilan de la sixième année, elle ne repose pas sur un examen médical obligatoire. Aussi le bilan de santé est-il réalisé pour les besoins de l'enquête majoritairement par les infirmiers(ières) de l'Éducation nationale et des villes autonomes<sup>1</sup>. Trois modes de recueil coexistent dans le questionnaire : il s'agit, selon les questions, de données issues directement de l'examen de santé (poids, taille, dépistage sensoriel), d'informations recueillies à partir des déclarations de l'adolescent (habitudes de vie, accidents de la vie courante...) ou d'un relevé d'informations issues du carnet de santé (vaccinations).

Les consommations de substances psycho-actives ne sont pas abordées dans cette enquête. Cette thématique est développée dans les enquêtes ESPAD (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) coordonnées pour le volet français par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

L'échantillon initial comprenait 1 149 collèges. Au total, 813 collèges ont participé, soit un taux de réponse de 71 %, plus faible pour les établissements privés (38 %). Le nombre de questionnaires exploitables est de 7 176. Les établissements en éducation prioritaire ont été suréchantillonnés (31 % des élèves interrogés, 13 % après pondération). Après pondération, l'échantillon comprend 51 % de filles, 21 % d'élèves issus d'un établissement privé et 93 % d'adolescents nés en 1993 ou en 1994.

Pour en savoir plus : [www.drees.sante.gouv.fr/le-cycle-triennal-d-enquetes-sur-la-sante-des-enfants-et,6571.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/le-cycle-triennal-d-enquetes-sur-la-sante-des-enfants-et,6571.html)

1. Un certain nombre de services de santé scolaire ne dépendent pas de l'Éducation nationale. Leur gestion est assurée directement par la commune. Une dizaine de villes relèvent de cette organisation : Paris, Bordeaux, Strasbourg, Villeurbanne en font partie.

## 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, d'autre part, 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 le surpoids sont ceux établis pour les enfants par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé : seuils IOTF (*International Obesity Task Force*). Ces seuils sont définis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âges 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 biais liés aux instruments de mesure sont considérés comme négligeables.

## ENCADRÉ 3

### Les mesures pour lutter contre l'obésité

Des politiques de santé publique visant à lutter contre l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ont été mises en place, avec une double dimension préventive et curative. La prévention primaire a pour principal support le Programme national nutrition santé (PNNS), initié en 2001, prolongé en 2006 et en 2011, dont l'action initiale reposait sur la mise à disposition de repères nutritionnels. La lutte contre les inégalités sociales de santé est devenue un objectif prioritaire du Plan national nutrition santé 2011-2015. Le Plan obésité (2010-2013) s'articule avec le PNNS et le complète par l'organisation du dépistage, la prise en charge des patients et un volet consacré à la recherche. Par ailleurs, la Haute Autorité de santé a émis des recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé, afin que le dépistage soit associé à une prise en charge adaptée.

## ENCADRÉ 4

### Définitions de l'éducation prioritaire

Mises en place en 1981, les zones d'éducation prioritaire avaient pour objectif de contribuer à corriger les inégalités sociales par l'action éducative dans les zones et dans les milieux sociaux où le taux d'échec scolaire est le plus élevé. Depuis la rentrée 2006, l'éducation prioritaire repose sur de nouveaux maillons, mais l'enquête de santé scolaire 2008-2009 utilise l'ancien découpage connu sous le terme de zone d'éducation prioritaire (ZEP).

Pour en savoir plus : circulaire n° 2011-090 du 13 juillet 2004.

## ENCADRÉ 5

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

L'origine sociale de l'élève définie à partir du groupe socioprofessionnel (nomenclature INSEE en 8 postes) du père et de la mère est recueillie par le médecin ou l'infirmière sur la base des déclarations de l'adolescent. Cette information est non renseignée ou sans objet dans 11 % des cas pour le père et 15 % pour la mère. Diverses raisons peuvent être à l'origine de cette absence d'information : soit le parent n'a jamais travaillé ou est décédé, soit il n'est pas connu de l'adolescent.

La solution retenue pour limiter les non-réponses et mesurer les inégalités sociales de santé des enfants est de combiner le groupe socioprofessionnel du père et de la mère, en privilégiant le plus élevé, et de regrouper tous les enfants dont on ne connaît aucun groupe socioprofessionnel de parent dans une modalité « autre ». Ce croisement combinant les informations concernant le père et la mère permet de limiter à 4 % le nombre d'enfants dont on ne connaît ni le groupe socioprofessionnel du père ni celui de la mère. Cet indicateur diffère de celui retenu dans les publications précédentes sur la santé des adolescents (*Études et Résultats*, n° 283 et n° 573).

Dans le texte, lorsque l'on parle d'enfants d'ouvriers par exemple, cela signifie que l'un des parents est ouvrier et que l'autre est soit ouvrier lui aussi, soit dans une autre situation où il n'est ni cadre, ni dans des professions intermédiaires, ni agriculteur, commerçant, chef d'entreprise ou employé.

pondérale (respectivement de l'obésité) varie de 12 % (respectivement 2 %) chez les adolescents ayant au moins un parent cadre à 22 % (respectivement 6 %) chez les enfants d'ouvriers (encadré 5). Ces pourcentages ont peu évolué depuis 2001, signe d'une absence de réduction des inégalités sociales.

Ces disparités ne sont pas uniquement liées à des différences économiques. En effet, le rapport à la prévention et aux recommandations nutritionnelles dépend du milieu social dans lequel l'enfant grandit<sup>3</sup>. Par ailleurs, une étude issue du Baromètre santé nutrition rapporte qu'à l'adolescence (entre 12 et 15 ans), les pratiques alimentaires restent proches de celles du modèle familial<sup>4</sup>.

### Des habitudes de vie socialement marquées

Les habitudes de vie sont appréhendées dans l'enquête par des questions posées directement à l'adolescent et ciblées sur trois thématiques : la pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe (destinée à rapprocher l'activité physique)<sup>5</sup>, le temps passé devant un écran de télévision, d'ordinateur ou de jeux vidéo (approche de la sédentarité), ainsi que les consommations alimentaires, en particulier la prise d'un petit déjeuner (dont on peut penser qu'elle limite le grignotage entre les repas)<sup>6</sup>. Ainsi, 64 % des adolescents des classes de troisième déclarent pratiquer régulièrement un sport au moins une fois par semaine en dehors des horaires de classe, 10 % passent plus de trois heures par jour devant un écran et 68 % disent prendre tous les jours un petit déjeuner. Le manque d'activité physique, un temps élevé passé devant un écran et une alimentation mal équilibrée sont autant de facteurs de risque individuels dont l'association favorise la prise de poids chez l'enfant comme chez l'adulte (Expertise collective INSERM, juin 2000).

Une analyse multivariée confirme l'influence des facteurs mentionnés ci-dessus (milieu social d'origine, approché par la profession des parents, temps passé devant un écran

les jours de classe, caractère systématique de la prise de petit déjeuner) toutes choses égales par ailleurs<sup>7</sup>. En revanche, déclarer une pratique sportive régulière n'est pas associé à un moindre risque de surcharge pondérale ou d'obésité, en partie parce que le sport ne représente qu'une partie de l'activité physique et que l'intensité de la pratique est aussi un élément déterminant.

À l'image de ce qui est observé pour les autres classes d'âges interrogées dans le cadre des enquêtes de santé scolaire, le pourcentage d'adolescents en surcharge pondérale varie fortement selon les zones géographiques, toutes choses égales par ailleurs. Les régions méditerranéennes, celles de l'Est et du Nord de la France présentent les prévalences les plus élevées, alors que l'Ouest, le Centre-Est et le Sud-Ouest sont les plus épargnées.

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

L'examen de santé réalisé dans le cadre de l'enquête comporte un examen bucco-dentaire consistant à recenser le nombre de dents cariées

(soignées ou non)<sup>8</sup> et à indiquer si l'adolescent est équipé d'un appareil dentaire. Ces données permettent d'estimer le nombre de dents indemnes de caries, indicateur indirect de l'efficacité des mesures de prévention, et fournissent des informations sur la dimension curative, notamment la prise en charge des dents cariées.

La santé bucco-dentaire des adolescents s'est légèrement améliorée entre 2004 et 2009, la part des adolescents ayant des dents indemnes de caries passant de 52 % à 56 %. Cette évolution favorable, qui s'observe aussi chez les plus jeunes (Chardon et Guignon, 2013), peut être associée aux mesures de prophylaxie bucco-dentaire (utilisation de dentifrice fluoré, brossage régulier des dents, scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes, dispositif « M<sup>T</sup> dents »<sup>9</sup>), mais aussi à l'impact indirect de recommandations nutritionnelles mises en place dans le cadre du Programme national nutrition santé, comme la consommation limitée d'aliments ou de boissons sucrés.

Si la prévention a permis de limiter l'apparition des caries, les disparités

3. Régnier F., Masullo A., 2009, « Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », Revue française de sociologie.

4. « Les comportements de santé des jeunes », analyses du Baromètre santé 2010, INPES, 2013.

5. Le sport n'est qu'une composante de l'activité physique, mais c'est la plus facile à appréhender dans un questionnaire court. L'enquête ne permet de quantifier ni la durée de l'activité sportive ni son intensité.

6. La nature déclarative de ces informations nous invite à les interpréter avec les précautions d'usage liées au possible biais de « désirabilité sociale ».

7. Une analyse logistique a été menée sur la probabilité d'être en surpoids ou obèse. Elle permet de mesurer l'impact d'une variable, net de celui des autres variables mesurées par l'enquête et prises en compte dans le modèle. Ces données sont disponibles dans la version électronique de cette publication.

8. Ce recueil est effectué par les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale qui ne sont pas équipés comme un dentiste (scialytique, miroir dentaire...), ce qui peut conduire à une sous-estimation du nombre de dents cariées.

9. Il s'agit d'examen de prévention sans avance de frais pour le patient, proposés depuis 2007 par l'Assurance maladie aux âges clés de risque d'apparition des caries (6, 9, 12, 15, 18 ans).

■ TABLEAU 2

### Évolution de la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2001 et 2009 selon l'origine sociale de l'adolescent

Groupe social des parents	Surcharge pondérale			Obésité			En %
	2001	2004	2009	2001	2004	2009	
Cadres	11,3	11,0	12,5	0,7	1,9	2,3	
Professions intermédiaires	15,2	15,1	14,7	2,8	3,5	2,1	
Agriculteurs et commerçants	17,9	21,1	19,2	2,3	5,1	3,9	
Employés	17,0	18,9	19,9	3,9	5,2	5,0	
Ouvriers	19,8	21,4	22,2	6,8	7,2	6,5	
Autres situations	23,4	21,0	17,2	6,1	3,8	3,4	
<b>Statut du collège par rapport à l'éducation prioritaire</b>							
Élèves scolarisés en éducation prioritaire	18,7	21,5*	23,2	5,9	6,0*	6,4	
Élèves non scolarisés en éducation prioritaire	16,0	16,7*	16,7	3,1	4,2*	3,6	
<b>Ensemble</b>	<b>16,4*</b>	<b>17,4*</b>	<b>17,6</b>	<b>3,5*</b>	<b>4,4*</b>	<b>3,9</b>	

\* Ces estimations ont été légèrement corrigées par rapport à celles publiées dans les *Études et Résultats* n° 283 et n° 573.

Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 5).

L'éducation prioritaire est définie dans l'encadré 4.

Champ • France.

Sources • Enquêtes nationales sur la santé des élèves de 3<sup>e</sup>, années scolaires 2000-2001, 2003-2004 et 2008-2009.

sociales en matière de santé bucco-dentaire restent marquées. En effet, 42 % des enfants d'ouvriers ont des dents intactes contre 66 % des enfants dont l'un des parents est cadre (tableau 3). Depuis 2004, cet écart s'est creusé passant de 19 à 24 points. Alors que 30 % des adolescents ont au moins deux dents cariées, le pourcentage varie du simple au double entre un enfant dont au moins un des parents est cadre (20 %) et un enfant issu d'une famille d'ouvriers (42 %). Sur cet indicateur, l'écart s'est aussi renforcé depuis 2004 de 20 à 22 points. L'amélioration de la santé bucco-dentaire semble donc assez inégale selon l'environnement social.

En 2009, toutes les dents cariées étaient traitées pour 77 % des élèves concernés. Ce pourcentage n'a pas évolué par rapport à 2004. Les soins apportés aux dents cariées restent plus fréquents dans les familles aisées. Ainsi, parmi les adolescents qui ont au moins une dent cariée, celles-ci sont toutes soignées dans 88 % des cas si l'un des parents est cadre, contre 66 % chez les ouvriers.

Ces disparités de recours au dentiste ne sont pas seulement liées à des difficultés financières (Calvet et Moisy, 2013). À la différence d'une pathologie aiguë, une dent cariée n'est pas systématiquement accompagnée d'une douleur. Ainsi, les familles les plus modestes ne consultent pas à titre préventif ou recourent trop tardivement au dentiste. Elles méconnaissent aussi plus souvent l'intérêt

de soigner des caries sur les dents temporaires et le fait que leur état a un impact sur la dentition définitive.

### Près d'un adolescent sur trois a un appareil dentaire

En 2009, 28 % des adolescents des classes de troisième sont équipés d'un appareil dentaire. Ce pourcentage a peu évolué depuis 2004 (26 %). Compte tenu des coûts liés aux soins orthodontiques et du faible taux de remboursement par la Sécurité sociale, de fortes inégalités sociales sont observées : le taux d'équipement en appareil dentaire est deux fois plus élevé chez les cadres que chez les ouvriers (38 % *versus* 19 %).

### Près de trois adolescents sur dix portent des lunettes ou des lentilles

Dans le cadre de leurs missions, les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale, en collaboration avec les enseignants, sont chargés de dépister les troubles susceptibles de gêner l'adolescent dans ses apprentissages, notamment les troubles de la vision. Le pourcentage d'adolescents porteurs de verres correcteurs s'élève à 28 %. La prévalence des troubles de la vision corrigés chez l'enfant varie selon le milieu social : les enfants dont au moins un des parents est cadre sont 33 % à porter des verres ou des lentilles correctrices contre 22 % pour les enfants d'ouvriers. Cette différence ne signifie pas seulement que les enfants de cadres ont plus de troubles visuels que ceux des ouvriers : elle traduit en partie un défaut de dépistage et de prise en charge dans les milieux les moins favorisés. On constate en effet que, parmi les enfants sans lunettes, les enfants d'ouvriers ont plus souvent une myopie détectée lors de l'examen en troisième que les enfants de cadres (10 % contre 6 %).

### Un adolescent sur dix déclare avoir eu des sifflements dans la poitrine au cours des douze derniers mois

En 2009, la proportion d'adolescents déclarant avoir eu des siffle-

■ TABLEAU 3

## Indicateurs de santé bucco-dentaire des adolescents en 2008-2009 selon le groupe socioprofessionnel des parents

Groupe socioprofessionnel des parents	En %			
	Dents indemnes	Nombre moyen de dent(s) cariée(s)	Au moins 2 dents cariées non soignées	Appareil dentaire
Cadres	65,8	0,8	1,7	38,0
Professions intermédiaires	64,6	0,9	2,4	31,8
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	54,8	1,2	2,8	24,3
Employés	51,2	1,4	5,4	27,4
Ouvriers	42,4	1,7	10,0	19,2
Autres	48,4	1,5	7,8	20,7
Ensemble	55,5	1,2	4,7	28,3

Note • Dans *Études et Résultats* n° 573, la santé bucco-dentaire était analysée à travers le groupe social du père uniquement.  
Champ • France.

Sources • Enquête nationale sur la santé des élèves de 3<sup>e</sup>, année scolaire 2008-2009.

ments dans la poitrine au cours des douze derniers mois (symptômes suggérant un asthme actuel) s'élève à 10 %, sans évolution significative depuis 2004. Les filles sont plus nombreuses à en déclarer que les garçons (12 % *versus* 9 %). C'est dans le Sud-Ouest que la prévalence des sifflements au cours des douze derniers mois est la plus élevée.

### Une situation contrastée vis-à-vis des vaccinations

Les informations sur les vaccinations étant issues du carnet de santé des adolescents, les taux de couverture vaccinale ont été calculés uniquement pour les adolescents l'ayant présenté lors de l'examen de santé, soit 80 % des élèves enquêtés.

Les couvertures vaccinales contre la tuberculose, l'hépatite B et la rougeole (première dose) sont stables depuis 2004. En revanche, la couverture vaccinale contre la rougeole (deux doses) a progressé : 84 % contre 66 % en 2004.

Parmi les jeunes filles âgées de 15 ans ou plus, 30 % avaient initié la vaccination contre le papillomavirus

humain (HPV) recommandée depuis 2007 et 16 % avaient reçu les trois doses recommandées (tableau 4). Ces couvertures sont encore faibles, en particulier pour la troisième dose : cette vaccination contre le HPV étant recommandée à l'âge de 14 ans, une partie de ces jeunes filles enquêtées n'a probablement pas eu le temps de recevoir une vaccination complète. Des différences selon l'origine sociale des élèves s'observent pour la couverture vaccinale contre l'hépatite B (une dose), plus élevée dans les collèges relevant de l'éducation prioritaire (49 % *versus* 42 %). À l'inverse, la vaccination des filles contre le HPV (trois doses) y est plus faible (12 % *versus* 16 %).

10. L'indicateur analysé était différent. Les adolescents considérés comme « ayant eu au moins un épisode asthmatique au cours de leur vie » étaient ceux qui avaient eu soit une crise d'asthme, soit un traitement contre l'asthme ou les crises de sifflements (*Études et Résultats*, n° 573).

TABLEAU 4

### Taux de couverture vaccinale des élèves scolarisés en troisième en 2008-2009

En %

Tuberculose (BCG, au moins 1 dose)	Rougeole (1 dose)	Rubéole (1 dose)	Oreillons (1 dose)	Rougeole (2 doses)	Rubéole (2 doses)	Oreillons (2 doses)	Hépatite B	HPV* (1 dose)	HPV (3 doses)
98,4	95,5	95,4	95,2	83,9	83,6	83,4	43,1	24,7 30,0 (chez filles de 15 ans et plus)	10,5 15,6 (chez filles de 15 ans et plus)

\* Papillomavirus humain.

Champ • France.

Sources • Enquête nationale sur la santé des élèves de 3<sup>e</sup>, année scolaire 2008-2009.

### Pour en savoir plus

Calvet L., Moisy M., 2013, « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, n° 847, juillet.

Chardon O., Guignon N., 2013, « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 – Une situation contrastée selon l'origine sociale des élèves », *Études et Résultats*, n° 853, septembre.

La santé des collégiens en France – 2010, Données françaises de l'enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), 2012, sous la direction d'Emmanuelle Godeau, de Félix Navarro, Catherine Arnaud, INPES, juillet.

« Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003), 2011, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Haute Autorité de santé, septembre.

DREES, 2011, « L'état de santé de la population en France. Rapport 2011 : suivi des objectifs de la Loi de santé publique », (objectifs 12, 42, 74, 91).

De Saint Pol T., 2010, *Le Corps désirable, hommes et femmes face à leur poids*, Presses universitaires de France, coll. « Le Lien social ».

Guignon N., Herbet J.-B., Danet S., 2007, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats », *Études et Résultats*, n° 573, mai.

Expertise collective INSERM, 2006, « Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge ».

De Peretti C., Castetbon K., 2004, « Surpoids et obésité chez les adolescents des classes de troisième », *Études et Résultats*, n° 283, janvier.

INPES, « Promouvoir la santé bucco-dentaire », 2004, *La Santé de l'homme*, n° 417, janvier-février.

Expertise collective INSERM, 2000, « Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant », juin.

ÉTUDES et RÉSULTATS • n° 865 - février 2014

La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger, Laurence Grivet

Maquettiste : Philippe Brulin • Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Internet : www.drees.sante.gouv.fr

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr • Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion des publications de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à :

DREES – Mission Publications et Diffusion – 14 avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP  
ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr