

Études et Résultats

N° 853 • septembre 2013

La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 Une situation contrastée selon l'origine sociale

En 2008, 19 % des élèves de CM2 sont en surcharge pondérale et, parmi eux, 4 % sont obèses. L'Enquête nationale sur la santé des élèves de CM2, conduite en 2007-2008, confirme la stabilisation des prévalences de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) observée depuis 2002. Elle montre également que la santé bucco-dentaire des enfants s'est améliorée depuis le début des années 2000, et que la couverture vaccinale a progressé pour la rougeole et l'hépatite B depuis 2005.

Cependant, la plupart des indicateurs de santé de l'enquête rendent compte de situations contrastées selon l'origine sociale des élèves. Ainsi, la prévalence de l'obésité chez les élèves de CM2 varie d'à peine 1 % chez les enfants de cadres à près de 7 % chez les enfants d'ouvriers. De même, ces derniers ont nettement plus souvent des caries non soignées ou des troubles de la vision non corrigés.

Enfin, au-delà du champ de la santé, les enfants d'ouvriers ont, en CM2, quatre fois plus de risque d'avoir des difficultés de lecture que les enfants de cadres et plus de la moitié d'entre eux déclarent ne pas savoir très bien nager.

Olivier CHARDON, Nathalie GUIGNON,

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation
et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle
et du Dialogue social

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 concernant l'asthme

Avec nos remerciements aux médecins et infirmiers(ières)
de l'Éducation nationale et des villes autonomes qui ont réalisé
la collecte d'informations.

Avec nos remerciements aux personnes qui ont participé
à la conception de l'enquête et à l'apurement des données :

- Ministère de l'Éducation nationale :
Patricia Bristol-Gauzy, Nadine Neulat, Jeanne-Marie Urcun,
Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)
- Laurent Davezies, Fabrice Murat, Olivier Monso,**
Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé :
Brigitte Lefeuve, Catherine Paclot, Anne-Marie Servant,
Direction générale de la santé (DGS)
- Olivier Chardon, Nathalie Guignon, Jean-Baptiste Herbet,**
(DREES)
- Institut de veille sanitaire (InVS) :
Marie-Christine Delmas, Laure Fonteneau, Jean-Paul Guthmann,
Anne-Laure Perrine, Bertrand Thélot

Les personnels de santé de l'Éducation nationale, en collaboration avec les enseignants, ont pour mission de dépister les pathologies ou les troubles susceptibles de gêner l'enfant dans le bon déroulement de sa scolarité (encadré 1). Les troubles sensoriels, l'asthme ou encore les aptitudes en termes d'apprentissages en font partie. Surpoids et obésité sont ainsi repérés, car ils constituent des facteurs de risque de nombreuses pathologies tel le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes, sans compter le retentissement sur le bien-être social des individus. Leur repérage précoce constitue un atout dans leur prise en charge.

1. Lancé en 2001 pour une durée de cinq ans, le PNNS1 avait pour objectif principal d'améliorer l'état de santé de la population avec pour levier d'intervention la nutrition. Il avait établi un socle de repères pour la nutrition (« Manger au moins cinq fruits et légumes par jour ») et pour l'activité physique. Le PNNS2 (2006-2010) a prolongé, précisé et renforcé les axes du PNNS1, notamment en poursuivant les efforts d'information et de communication auprès du public.

sité) des élèves en classe de CM2 au cours de l'année scolaire 2007-2008 s'élève à 19 % (tableau 1). Celle de la seule obésité est de 4 %. Cela concerne autant les filles que les garçons. Ces chiffres confirment la stabilisation de la prévalence de l'obésité et du surpoids déjà observée chez les élèves de CM2 entre 2002 et 2005. D'ailleurs, les années 2000 sont marquées par un ralentissement de la progression de l'obésité pour l'ensemble de la population française adulte : la moitié des adultes sont aujourd'hui en surcharge pondérale, et un adulte sur six est obèse. Ce ralentissement coïncide avec les campagnes de prévention de l'obésité menées sur la même période, en particulier dans le cadre des Programmes nationaux nutrition santé (PNNS)¹.

La part d'élèves en surcharge pondérale est stable depuis 2002...

Selon les normes de l'International Obesity Task Force de l'Organisation mondiale de la santé (encadré 2), la prévalence de la surcharge pondérale (cumul du surpoids et de l'obésité)

...mais les inégalités sociales demeurent très fortes

La proportion d'enfants en surcharge pondérale varie selon l'origine sociale de l'enfant (encadré 3). En 2008, 10 % des enfants dont l'un des parents est cadre sont en sur-

ENCADRÉ 1

Méthodologie de l'enquête

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire, réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999, constituent une source unique d'informations sur l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et de voir si les inégalités sociales de santé se résorbent, se stabilisent ou s'accroissent. Ces enquêtes sont menées depuis 1999-2000 alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^e.

L'enquête a été réalisée en 2007-2008 auprès d'un échantillon d'élèves scolarisés en cours moyen deuxième année (CM2) dans les écoles publiques et privées sous contrat d'association avec l'État (la prochaine vague de cette enquête aura lieu en 2014-2015). À la différence du bilan de la sixième année (grande section de maternelle), elle ne repose pas sur un examen obligatoire, aussi le bilan de santé est-il réalisé spécifiquement pour les besoins de l'enquête, majoritairement par les infirmiers(ières) de l'Éducation nationale et des villes autonomes (une dizaine de villes ont un service de santé scolaire géré directement par la commune et non par l'Éducation nationale ; c'est le cas de Paris,

Bordeaux, Strasbourg). Trois modes de recueil coexistent dans le questionnaire (le questionnaire est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_eleve_cm2.pdf) ; il s'agit, selon les questions, des données issues directement de l'examen de santé, d'informations recueillies à partir de l'interrogation de l'enfant (questions sur les habitudes de vie, sur l'apprentissage de la nage) ou d'un relevé d'informations issues du carnet de santé (vaccination).

L'échantillon comprend 1 334 établissements ; 985 ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 74 % pour les établissements publics et de 61 % pour les établissements du privé. Le protocole prévoit le tirage au sort d'un maximum de 10 élèves par école, le nombre total d'élèves dont le questionnaire est exploitable s'élève à 7 705 (dont 491 sont scolarisés dans les DOM). Les établissements en éducation prioritaire ont été sur-échantillonnés afin de disposer d'un effectif suffisant pour produire des analyses statistiquement robustes sur cette sous-population (30 % des élèves interrogés, 12 % après pondération). L'échantillon a été pondéré afin d'être représentatif de la population des élèves scolarisés en CM2. 81 % des enfants enquêtés sont nés en 1997.

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/taille² (exprimé en kg/m²). 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 de l'International Obesity Task Force [IOTF]). Ces seuils

sont définis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge de six 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. Il ne comprend donc pas de biais autre que ceux des variations des instruments de mesure dont l'impact peut ici être considéré comme négligeable. Dans cette étude, la surcharge pondérale est la somme du surpoids et de l'obésité.

■ TABLEAU 1

La surcharge pondérale et l'obésité

En %

Prévalence	2002	2005	2008
Surcharge pondérale	20,3	20,1	18,9
IC 95 %	[19,1-21,4]	[18,9-21,3]	[17,9-19,8]
Obésité	4,2	3,7	4,0
IC 95 %	[3,6-4,8]	[3,2-4,2]	[3,5-4,5]

Note • Pour les années 2002 et 2005, les estimations ont été légèrement corrigées par rapport à celles publiées dans les *Études et Résultats* n° 313 et n° 632.

Champ • France.

Lecture • L'amplitude de l'intervalle de confiance (IC 95 %) donne une indication sur la précision de la prévalence estimée. Ainsi, en 2008, il y a 95 % de chances que la prévalence de l'obésité chez les élèves scolarisés en CM2 soit comprise entre 3,5 % et 4,5 %.

Sources • DREES-DGESCO – Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 – (années scolaires 2001-2002, 2004-2005, 2007-2008).

■ TABLEAU 2

Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité

En %

	Surcharge pondérale		Obésité	
	2005	2008	2005	2008
Groupe socioprofessionnel des parents				
Cadres	10,1	9,6	1,1	0,8
Professions intermédiaires	18,7	16,4	2,1	2,2
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	18,9	21,4	2,0	3,9
Employés	22,1	21,0	4,2	4,4
Ouvriers	26,7	24,5	6,8	7,0
Autres	17,4	20,3	4,3	7,9
Type d'école fréquentée				
Élèves non scolarisés en éducation prioritaire	19,3*	17,9	3,3	3,6
Élèves scolarisés en éducation prioritaire	26,1*	25,9	6,9	7,0

*Ces estimations ont été légèrement corrigées par rapport à celles publiées dans *Études et Résultats* n° 632.

Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 3). Pour la définition de l'éducation prioritaire (encadré 4).

Champ • France.

Sources • DREES-DGESCO – Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 (années scolaires 2004-2005, 2007-2008).

■ TABLEAU 3

Les habitudes de vie des élèves

En %

Groupe socioprofessionnel des parents	Consommation tous les jours de la semaine de fruits et légumes	Pas de consommation quotidienne de boissons sucrées	Temps passé devant un écran < 1 h les jours de classe	Petit déjeuner quotidien
Cadres	45	86	69	92
Professions intermédiaires	39	82	61	89
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	32	81	57	82
Employés	25	79	50	81
Ouvriers	23	71	45	76
Autres	26	79	52	79
Ensemble	31	86	55	84

Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 3).

Champ • France.

Lecture • 45 % des enfants dont l'un des parents est cadre consomment quotidiennement des fruits et des légumes, contre 23 % des enfants d'ouvriers.

Sources • DREES-DGESCO – Enquête nationale de santé 2007-2008 auprès des élèves de CM2.

charge pondérale, contre 25 % pour les enfants d'ouvriers. De même, moins de 1 % des enfants d'un parent cadre sont obèses contre près de 7 % des enfants de parents ouvriers. Ces chiffres ont peu évolué depuis 2005 (tableau 2).

L'analyse selon le statut de l'établissement scolaire par rapport à l'éducation prioritaire (encadré 4) permet aussi d'illustrer ces inégalités. Les élèves des écoles relevant de l'éducation prioritaire sont plus fréquemment en surcharge pondérale que les autres : 26 % contre 18 %. La proportion d'enfants obèses y est presque deux fois plus élevée : 7 % contre 4 %. Ces chiffres, très proches de ceux de 2002 et 2005, confirment que si la part des enfants en surcharge pondérale ou obèses s'est stabilisée, les inégalités sociales face au risque d'excès pondéral persistent.

Plus de comportements bénéfiques pour la santé chez les enfants de cadre

Outre les facteurs génétiques, la surcharge pondérale est liée à des habitudes de vie et à des comportements différents selon les milieux sociaux. Les comportements bénéfiques pour la santé sont, en effet, plus souvent déclarés par les enfants issus des milieux socialement favorisés. À titre d'exemple, 45 % des élèves de CM2 enfants de cadres déclarent consommer tous les jours de la semaine des fruits et des légumes, contre 23 % des enfants d'ouvriers² (tableau 3) ; 86 % ne consomment pas tous les jours des boissons sucrées (contre 71 % des enfants d'ouvriers) ; 92 % prennent quotidiennement un petit déjeuner (contre 76 %) et 69 % passent moins d'une heure devant un écran de télévision, d'ordinateur ou de jeux vidéo les jours de classe (contre 45 %). Lorsque tous les facteurs observables qui jouent sur la surcharge pondérale (habitudes de vie, caractéristiques socio-démographiques) sont contrôlés³, c'est l'origine sociale qui a le lien le plus étroit avec l'obésité et, dans une moindre mesure, avec la surcharge pondérale. Prendre régulièrement un petit déjeuner, passer peu de temps

2. Cet indicateur est plus restrictif que le fait de consommer en moyenne un fruit et un légume par jour.

3. Une analyse logistique a été menée sur la probabilité d'être en surpoids ou obèse ; ces données sont disponibles dans la version électronique de cette publication (www.drees.sante.gouv.fr).

devant un écran les jours de classe et vivre dans l'Ouest plutôt que dans le Nord, l'Est et les DOM induisent également moins de risque d'obésité ou de surpoids. En revanche, une fois pris en compte l'effet de l'origine sociale de l'enfant, « être scolarisé en éducation prioritaire » n'est plus significativement associé à un risque accru d'obésité (la corrélation est aussi fortement réduite pour le risque de surcharge pondérale).

Ainsi, le fait que les enfants scolarisés dans les établissements de l'éducation prioritaire soient plus souvent en excès pondéral est en premier lieu le reflet de l'origine sociale de leurs parents.

La santé bucco-dentaire s'améliore...

L'examen bucco-dentaire réalisé par les médecins et infirmier(ière)s de l'Éducation nationale fournit une photographie de l'état bucco-dentaire des élèves de CM2 et met en lumière des inégalités sociales de santé bucco-dentaire et de recours aux soins. Ces inégalités de recours sont confirmées par d'autres sources

qui abordent directement la question des consultations. Ainsi, 8 enfants de cadres sur 10 ont consulté un dentiste dans l'année contre 6 enfants d'ouvriers selon (Calvet, Moisy, 2013).

En 2008, près de 40 % des élèves présentaient au moins une dent cariée, 26 % au moins deux. Trois ans plus tôt, ces pourcentages étaient respectivement de 46 % et 30 %. Ce recul du nombre de dents cariées se retrouve dans les résultats produits par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)⁴, qui rapporte une amélioration de l'indice carieux (CAO)⁵ à 12 ans, avec une baisse de 1,9 en 1998 à 1,2 en 2006. De nombreux facteurs, tels que les progrès de l'hygiène bucco-dentaire et l'effet préventif des fluorures, ont contribué à cette amélioration. En revanche, les élèves enquêtés, âgés majoritairement de 10 ans en 2007, n'avaient pas bénéficié, à la date de l'enquête, des examens de prévention remboursés sans avance de frais (« M'T Dents ») proposés depuis 2007 par l'assurance maladie aux âges-clés de risque d'apparition des caries (6, 9, 12, 15, 18 ans).

...mais les écarts se creusent entre enfants d'ouvriers et de cadres

Les indicateurs déclinés selon le groupe socioprofessionnel des parents mettent en évidence des disparités : 26 % des enfants de cadres ont au moins une carie ; ce pourcentage s'élève à 53 % pour les ouvriers. En présence de caries, le recours aux soins est moindre chez les enfants d'ouvriers : 29 % n'ont aucune dent cariée soignée contre 11 % pour les enfants de cadres, la moyenne sur l'ensemble des enfants étant de 21 %. Pour les enfants ayant au moins trois dents cariées, aucune n'est soignée dans 24 % des cas chez les ouvriers contre 5 % pour les cadres. Entre 2002 et 2008, la proportion d'enfants sans dent cariée a augmenté plus fortement chez les enfants de cadres (65 % à 74 %), creusant un peu plus l'écart avec la situation des enfants d'ouvriers (42 % à 47 %). Les familles les plus modestes peuvent reporter leurs soins dentaires, voire y renoncer par crainte d'avoir à avancer les frais, par méconnaissance de l'état dentaire de leur enfant faute de visites de contrôle régulières chez le dentiste, ou encore parce qu'elles ne voient pas l'intérêt de soigner des dents temporaires, qui conditionnent pourtant l'état de la dentition définitive.

11 % des enfants ont un appareil dentaire

Par ailleurs, il est demandé dans l'enquête aux médecins et infirmiers scolaires d'indiquer si l'enfant était porteur ou non d'un appareil dentaire. En 2008, près de 11 % des enfants de CM2 en étaient équipés, 12 % des filles contre 9 % des garçons. Si l'on se réfère à l'origine sociale des enfants, 15 % d'entre eux dont au moins un des parents est cadre portent un appareil dentaire, tandis que cela ne concerne que 8 % des enfants d'ouvriers. Si l'on fait l'hypothèse que les besoins d'appareillage sont *a priori* identiques pour tous les enfants, le coût élevé et le faible taux de remboursement des soins d'orthodontie peuvent alors être avancés, pour expliquer ces différences.

4. Les chiffres issus de l'Enquête nationale de santé en milieu scolaire ne sont pas directement comparables à ceux fournis par l'UFSBD, lesquels reposent sur un examen réalisé par des dentistes avec un matériel professionnel dont ne disposent pas les personnels de santé de l'Éducation nationale.
5. L'indice CAO moyen correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) ou obturées définitivement (O) d'une population donnée, rapportée au nombre de personnes examinées.

ENCADRÉ 3

Construction de l'indicateur de l'origine sociale de l'élève

L'origine sociale de l'élève est définie à partir du groupe socioprofessionnel (nomenclature INSEE) du père et de la mère. Le médecin ou l'infirmier(ière) recueille auprès de l'enfant la profession de son père et de sa mère et la classe dans l'un des 8 groupes socioprofessionnels. Dans les enquêtes de santé scolaire, cette information est non renseignée ou sans objet dans 10 % des cas pour le père (20 % pour la mère). Le croisement des informations concernant le père et la mère permet de limiter à 5 % le nombre d'enfants dont on ne connaît ni le groupe socioprofessionnel du père ni celui de la mère.

La solution retenue ici pour mesurer les inégalités sociales de santé des enfants est, d'une part, de combiner le groupe socioprofessionnel du père et celui de la mère, en ne retenant que le plus élevé et, d'autre part, de regrouper dans une catégorie « autre » tous les enfants dont le groupe socioprofessionnel des parents n'est pas connu. Cet indicateur diffère de celui retenu dans les publications précédentes (Guignon, Herbet, 2008).

L'échelle retenue pour classer les groupes socioprofessionnels est la suivante : a au moins un parent cadre, à défaut un parent de profession intermédiaire, à défaut un parent agriculteur, artisan ou profession libérale, à défaut un parent employé, à défaut un parent ouvrier, à défaut est classé « autres cas ». La hiérarchie de ce classement est discutable, notamment le positionnement des « agriculteurs, artisans ou professions libérales », groupe hétérogène qui mélange des professions pouvant être assimilées à celles de cadres (les professions libérales) et d'autres plus proches de celles d'ouvriers (certains agriculteurs ou petits commerçants).

Dans le texte, lorsque l'on parle 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 dans une autre situation qui n'est ni cadre, ni du groupe des professions intermédiaires, ni agriculteur, commerçant ou chef d'entreprise, ni employé.

La répartition des élèves selon le groupe socioprofessionnel de leurs parents est la suivante : cadres (17 %), professions intermédiaires (19 %), agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise (10 %), employés (32 %), ouvriers (18 %).

Un élève sur quatre porte des lunettes

Le bilan de santé comporte également un dépistage des troubles de la vision, réalisé à l'aide de tests standardisés. En 2008, 25 % des élèves de CM2 sont porteurs de lunettes ou de lentilles. Cette proportion est identique à celle observée en 2005 et en 2002. Les garçons sont moins équipés que les filles, 23 % contre 27 %.

La part des enfants porteurs de lunettes (ou lentilles) varie peu avec l'origine sociale. L'écart entre les enfants scolarisés dans une école relevant de l'éducation prioritaire et les autres s'est estompé par rapport à la situation observée en 2005, respectivement 23 % et 25 %, contre 21 % et 26 % trois ans auparavant. En revanche, l'impact du milieu social des élèves est particulièrement marqué pour les enfants sans lunettes et qui ont un besoin de correction. L'un des troubles visuels les plus répandus concerne la vision de loin. 6,5 % des

élèves sans lunettes ont une acuité visuelle de loin anormale au test pratiqué par le médecin. Cette proportion est de 4,4 % chez les enfants de cadres et de 7,9 % chez les enfants d'ouvriers (tableau 4).

Un enfant sur dix déclare avoir eu des sifflements dans la poitrine

Un enfant sur dix a déclaré, lors de l'enquête, avoir eu des sifflements dans la poitrine au cours des douze derniers mois, les garçons étant plus touchés que les filles (11,5 % et 8,7 %). Les garçons sont aussi plus nombreux à déclarer avoir déjà eu une crise d'asthme : 16,6 %, contre 12,0 % des filles, soit une moyenne de 14,4 %. C'est dans l'ouest de la France et dans les DOM que ces indicateurs sont les plus élevés et en augmentation depuis 2004-2005⁶ : 8,6 % des enfants avaient déclaré avoir eu des sifflements au cours des douze derniers mois et 12,3 % avaient dé-

claré avoir déjà eu une crise d'asthme dans leur vie. Cette augmentation reste toutefois à confirmer par les enquêtes à venir.

Un quart des enfants d'ouvriers ont des difficultés en lecture

L'examen de santé comportait une évaluation des aptitudes à la lecture, destinée à repérer les élèves ayant un faible niveau d'identification des mots par rapport à une norme fixée à 92 mots en 1 minute (notons que cette évaluation n'est pas comparable aux protocoles d'évaluation mis au point par la Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance [DEPP] – Éducation nationale).

Cette norme est obtenue à partir d'une épreuve individuelle de lecture reposant sur un texte intitulé « le Roi gourmand », proposée à l'enfant par le médecin ou l'infirmier(ière)⁷. Au bout d'une minute, l'élève est interrompu et le nombre total de mots lus est comptabilisé ; en sont ensuite soustraits les mots qui ont posé problème.

Neuf élèves enquêtés sur dix ont passé ce test. Par construction, la proportion d'enfants repérés comme ayant des difficultés en lecture (les « faibles lecteurs ») est proche de 15 % : ce sont les écarts à ce pourcentage qu'il est intéressant d'analyser. Ainsi, les élèves identifiés comme étant de « faibles lecteurs » sont plus fréquemment des garçons (17 % *versus* 13 %). Ils sont plus nombreux dans les écoles relevant de l'éducation prioritaire (27 % *versus* 13 %). Les résultats des tests sont nettement différenciés selon l'origine sociale : les enfants en difficultés avec la lecture sont plus de quatre fois plus nombreux chez les ouvriers que chez les cadres (respectivement 26 % et 6 %).

En revanche, 30 % des élèves de CM2 ont déjà bénéficié d'une rééducation orthophonique et l'origine sociale ne semble pas entrer en ligne de compte.

Six élèves sur dix déclarent savoir très bien nager

La natation fait partie intégrante de l'enseignement de l'éducation phy-

■ TABLEAU 4

Santé bucco-dentaire, acuité visuelle de loin, difficultés en lecture et apprentissage de la nage selon l'origine sociale

En %

Groupe socioprofessionnel des parents	A des dents indemnes de carie	A une acuité visuelle de loin « anormale », mais n'a pas de correction	A des difficultés en lecture	Ne déclare pas « nager très bien »
Cadres	73,7	4,4	6,5	22,6
Professions intermédiaires	69,0	5,2	12,2	27,1
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	59,3	5,1	16,6	36,9
Employés	58,3	6,9	17,9	41,2
Ouvriers	46,7	7,9	26,4	53,8
Autres	50,3	12,3	23,0	54,8
Ensemble	60,4	6,5	16,6	38,0

Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 3).

Champ • France.

Sources • DREES-DGESCO – Enquête nationale de santé 2007-2008 auprès des élèves de CM2.

■ ENCADRÉ 4

Définition 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 (circulaire n° 81238 du 1^{er} juillet 1981). Depuis la rentrée 2006, l'éducation prioritaire repose sur de nouveaux maillons, mais l'enquête de santé scolaire 2007-2008 utilise l'ancien découpage connu sous le terme de zone d'éducation prioritaire (ZEP). Circulaire n° 2011-090 du 13 juillet 2004 : www.education.gouv.fr.

6. Dans l'*Études et Résultats* n° 632 sur l'enquête 2004-2005, l'indicateur analysé est différent. Les enfants 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 des crises de sifflements.

7. L'épreuve individuelle de lecture de texte fait partie d'un outil de repérage plus complet (ROC – Repérage orthographique collectif), incluant une épreuve de « jugement orthographique ». Dans le cadre de l'enquête, seule l'épreuve de lecture a été réalisée. Le test est étalonné en nombre de mots correctement lus en 1 minute (92 en CM2). Il permet de repérer les 15 % des élèves les plus en difficulté pour l'identification des mots.

sique et sportive dès l'école primaire, en lien avec la politique de prévention des noyades. L'objectif est la généralisation de la pratique de la natation à tous les élèves. Cependant, les conditions locales, en particulier l'éloignement de la piscine, peuvent constituer des freins non négligeables.

Six élèves de CM2 sur dix déclarent savoir très bien nager, c'est-à-dire savoir nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes sans bouée ni autre équipement de protection individuelle.

Les enfants avec au moins un parent cadre sont 77 % à déclarer savoir très bien nager contre 46 % des enfants d'ouvriers. Les « bons nageurs » sont moins nombreux

(46 %) parmi les enfants scolarisés dans un établissement appartenant à l'éducation prioritaire où l'on compte davantage d'enfants ne sachant « pas du tout nager » (7 % versus 3 % pour les enfants des autres écoles).

Des couvertures vaccinales contre la rougeole et l'hépatite B en progression

Les informations sur les vaccinations ne sont disponibles que pour les enfants ayant présenté leur carnet de santé lors de l'examen de santé, soit 85 % des élèves. Depuis 2004-2005, les taux de couverture vaccinale apparaissent stables, à l'exception de la deuxième dose de vaccin pour la rougeole (85 %) et de l'hépatite B

(46 %), en progrès (tableau 5) : ces couvertures étaient respectivement de 74 % et de 39 % en 2004-2005. À l'image de ce qui a été observé pour les élèves de grande section de maternelle, les enfants scolarisés dans une école relevant de l'éducation prioritaire sont plus nombreux à avoir reçu les trois doses de vaccins contre l'hépatite B (55 % versus 45 %). L'hypothèse souvent avancée pour expliquer cet écart est un recours plus fréquent des familles les plus modestes aux services de protection maternelle et infantile (PMI), particulièrement impliqués dans la prévention vaccinale, et une moindre défiance à l'égard de la vaccination contre l'hépatite B. ■

TABLEAU 5

Taux de couverture vaccinale des élèves

	Tuberculose (1) (BCG, au moins 1 dose)	Diphtérie-tétanos (au moins 5 doses)	Poliomyélite (au moins 5 doses)	Coqueluche (au moins 4 doses)	Haemophilus b (2) (au moins 4 doses)	Rougeole	Rubéole-oreillons	Hépatite B (3 doses)
Pourcentage d'enfants vaccinés contre...	97,7	91,9	88,5	92,9	80,9	1 dose : 96,6 ----- 2 doses : 85,0	1 dose : 96,4 ----- 2 doses : 84,3	45,8

(1) L'obligation vaccinale avant l'entrée en collectivité, pour le BCG, a été supprimée en 2007, mais reste fortement recommandée aux enfants résidant en Île-de-France et en Guyane, ainsi qu'aux enfants à risque élevé de tuberculose résidant dans les autres régions. Les enfants de CM2 de cette génération étaient encore soumis à l'obligation vaccinale par le BCG.

(2) La proportion d'enfants vaccinés contre les infections à Haemophilus b est probablement sous-estimée en raison d'un défaut d'enregistrement de cette vaccination dans le carnet de santé.

Champ • France.

Lecture • Les pourcentages sont calculés en référence au nombre de doses requises pour les enfants à l'âge de 11 ans (1 dose BCG, 5 doses diphtérie tétanos poliomyélite, 4 doses coqueluche, 2 doses rougeole oreillons rubéole et 3 doses hépatite B).

Sources • DREES-DGESCO – Enquête nationale de santé 2007-2008 auprès des élèves de CM2.

Pour en savoir plus

Calvet L., Moisy M., 2013, « Recours aux soins et santé bucco-dentaire : des inégalités sociales et territoriales dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, DREES, n° 847, juillet.

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

Delmas M.C., Guignon N., Leynaert B., et al., 2009, « Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France », *Archives de Pédiatrie*, vol. 16, p. 1261-9.

DREES, 2011, *L'état de santé de la population en France, rapport 2011*, « Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique », novembre.

Guignon N., Collet M., Gonzalez L., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 737, septembre.

Guignon N., Herbet J.B., 2008, « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats », *Études et Résultats*, DREES, n° 632, avril.

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

INSERM, 2002, « Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant », *Expertise collective*, Paris, juillet.

Labeyrie C., Niel X., 2004, « La santé des enfants scolarisés en CM2 au travers des enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », *Études et Résultats*, DREES, n° 313, juin.

INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE, 2012, « ObEpi 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ».

Objectif 12 « Surpoids et obésité chez l'adulte » du rapport 2011 sur l'état de santé de la population en France, DREES, p. 142.

Objectif 91 « Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans » du rapport 2011 sur l'état de santé de la population en France, DREES, p. 320.