

Études & Résultats

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



JUIN
2015
NUMÉRO
0920

La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge

Dès l'âge de 6 ans, indicateurs de santé et habitudes de vie rendent compte de fortes disparités selon le milieu social. La prévalence de la surcharge pondérale et la santé bucco-dentaire en sont une illustration. En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale et 3,5 % sont obèses. L'enquête de santé scolaire réalisée en 2012-2013 confirme la stabilisation de la prévalence de la surcharge pondérale amorcée depuis 2006 et le maintien des inégalités sociales de santé.

Ainsi, les enfants de cadres ont de meilleurs indicateurs de santé : 7 % sont en surcharge pondérale et 1 % sont obèses, contre respectivement 16 % et 6 % chez les ouvriers. La proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8 % contre 30 % chez les ouvriers.

Les habitudes de vie sont aussi fortement différenciées socialement : les cadres ont des comportements offrant plus de place à la prévention et au recours aux soins, ce qui explique en partie les disparités de santé observées. Si 60 % de leurs enfants se brossent les dents plusieurs fois par jour, cette pratique ne concerne que 47 % des enfants d'ouvriers. Les enfants de cadres consomment aussi moins de boissons sucrées et passent moins de temps devant un écran.

Olivier Chardon, Nathalie Guignon, Thibaut de Saint Pol (DREES), avec la collaboration de Jean-Paul Guthmann et Marine Ragot pour la partie vaccination, de Marie-Christine Delmas pour l'asthme, de Louis-Marie Paget, Anne-Laure Perrine et Bertrand Thélot pour les accidents de la vie courante (InVS)

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

Mises en place en 1999, les enquêtes menées régulièrement en milieu scolaire permettent d'avoir une photographie de l'état de santé des enfants, en lien avec leurs habitudes de vie.

L'enquête réalisée en grande section de maternelle au cours de l'année 2012-2013 par les personnels de santé de l'Éducation nationale repose sur le bilan de santé destiné à dépister les pathologies et les troubles susceptibles d'avoir un retentissement sur la santé de l'enfant, sur ses apprentissages ou sur les relations qu'il entretient avec ses pairs (encadré 1). Ce dépistage précoce est un gage d'efficacité de la prise en charge des pathologies ou des troubles sensoriels éventuels. Associé à un entretien avec les parents, il est aussi l'occasion d'aborder les habitudes de vie de l'enfant.

Une stabilité de la surcharge pondérale, accompagnée de fortes inégalités sociales

En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle étaient en surcharge pondérale (en surpoids ou obèses), la part de l'obésité s'élevant à 3,5 % (tableau 1 et encadré 2). À cet âge, les filles sont plus souvent en surcharge pondérale que les garçons : 14 % contre 10 %. Cet écart, déjà



1. Depuis la rentrée 2006, l'éducation prioritaire repose sur de nouveaux critères et un nouveau découpage, mais afin d'assurer la comparabilité avec les enquêtes antérieures, l'enquête 2012-2013 utilise l'ancien découpage, connu sous le terme de zone d'éducation prioritaire (ZEP). Les enfants scolarisés en ZEP représentent 12% de l'ensemble des enfants de grande section de maternelle.

observé lors des précédentes enquêtes, s'estompent ensuite avec l'âge. Ces disparités existent aussi pour l'obésité, avec une prévalence de 4 % pour les filles contre 3 % pour les garçons.

En 2013, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité se maintiennent à un niveau comparable à celui de 2006 (respectivement 12 % et 3 %). Depuis 1999-2000, année de la première enquête, la proportion d'enfants présentant une surcharge pondérale a reculé significativement, tandis que celle d'enfants obèses est relativement stable, entre 3 % et 4 %.

Les disparités sociales observées en termes de surcharge pondérale et d'obésité en 2006 ne se sont pas résorbées. Ainsi, 7 % des enfants de cadres présentent un excès pondéral, en 2013, contre 16 % des enfants d'ouvriers et 14 % des enfants d'employés (tableau 2 et encadré 3). Les enfants d'ouvriers sont quatre fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres. Ces écarts se retrouvent selon le niveau de diplôme des parents : plus ce dernier augmente, plus les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité diminuent. Compte tenu de leur structure sociale, les écoles relevant de l'éducation prioritaire ont plus d'enfants en surcharge pondérale (tableau 1) : c'est le cas de 16 % des enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire¹, contre 12 % dans les autres établissements publics hors éducation prioritaire et 8 % dans les écoles privées.

Plus de caries non soignées chez les enfants d'ouvriers

L'enquête inclut un recueil des habitudes de vie, qui repose sur la déclaration du parent présent lors de l'entretien de santé. Plusieurs domaines sont explorés : le temps passé devant un écran, les pratiques concernant l'alimentation (fréquentation de la restauration scolaire, consommations alimentaires hebdomadaires), l'hygiène bucco-dentaire (fréquence du brossage des dents, recours aux soins), le sommeil (heures du lever et du coucher). Au quotidien, les habitudes de vie sont façonnées par le milieu social et culturel des enfants. C'est dans ce quotidien que se mettent en place les

ENCADRÉ 1 Méthodologie

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont pilotées par la DREES et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième. Objet d'une refonte en 2010, les enquêtes ont une périodicité biennale depuis cette date et demeurent une source unique d'informations sur l'état de santé de jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé. L'enquête menée auprès des élèves de grande section de maternelle est réalisée à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, en présence d'au moins un des parents dans 98 % des cas.

L'enquête réalisée en 2012-2013 a concerné les élèves de grande section de maternelle des écoles publiques et privées sous contrat d'association avec l'État. L'échantillon comprenait 4 580 établissements et 3 316 ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 72 %. Le protocole de l'enquête prévoit le tirage au sort d'élèves dans l'école (huit au maximum). Le nombre total d'élèves dont le questionnaire est exploitable s'élève à 18 793. La Bretagne, la Corse et Mayotte n'ont pas participé à l'enquête. L'échantillon a été pondéré afin d'être représentatif de la population des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013 (hors Mayotte).

ENCADRÉ 2 Mesure de la corpulence

L'estimation de la prévalence de la surcharge pondérale repose sur l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport poids/taille² (kg/m²). À la différence des adultes, pour lesquels une valeur unique de l'IMC est utilisée pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant, les seuils évoluent en fonction de l'âge et du sexe afin de prendre en compte les variations de corpulence au cours de la croissance. Les seuils utilisés pour le surpoids sont ceux établis pour les enfants par l'Organisation mondiale de la santé (seuils IOTF, International Obesity Task Force). Ces seuils sont définis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge de six mois. L'IMC est calculé à partir du poids et de la taille mesurés par les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale le jour de l'examen de santé. La surcharge pondérale est comprise comme la somme du surpoids et de l'obésité.

TABLEAU 1 Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité depuis 2000

Prévalence (en %)	Surcharge pondérale		Obésité	
	Ensemble des enfants	Enfants en éducation prioritaire	Ensemble des enfants	Enfants en éducation prioritaire
2000	14,3	17,5	3,9	5,6
IC 90 %	[13,8-14,9]	[15,6-19,1]	[3,7-4,1]	[4,8-6,4]
2006	12,4	16,1	3,2	5,2
IC 90 %	[11,9-12,9]	[14,4-17,7]	[2,9-3,4]	[4,3-6,0]
2013	11,9	16,2	3,5	5,7
IC 90 %	[11,5-12,5]	[14,5-17,9]	[3,3-3,8]	[4,6-6,8]

IC : intervalle de confiance.

* Pour les années 2000 et 2006, les estimations ont été légèrement revues par rapport à celles publiées dans les n° 250 et n° 737 d'Études et Résultats.

Lecture • En 2013, 11,9 % des enfants scolarisés en classe de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale. Il s'agit d'une estimation sur un échantillon et la vraie valeur de ce taux a 90 % de chance d'être comprise entre 11,5 % et 12,5 %.

Champ • France (hors Mayotte).

Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000, 2005-2006, 2012-2013).

comportements plus ou moins favorables à la santé et que les inégalités sociales de santé trouvent leur origine. Ces fortes inégalités sociales se retrouvent en termes de santé bucco-dentaire : 16 % des enfants de 5-6 ans présentent

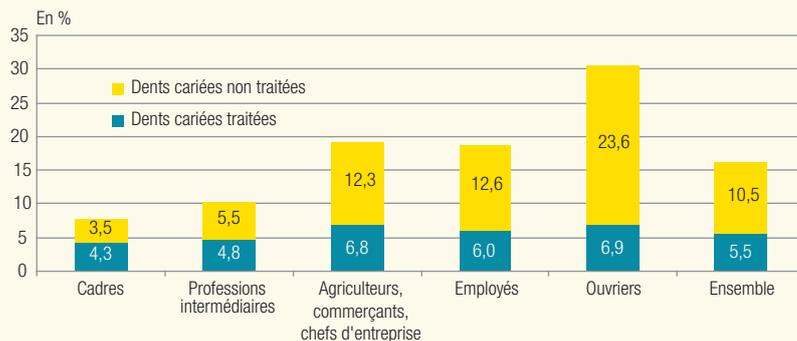
au moins une dent cariée (5,5 % une et 10,5 % deux ou plus), et dans deux tiers des cas, elles ne sont pas soignées. La proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8 % contre 30 % pour les ouvriers. Par

TABLEAU 2
Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents

Groupe socioprofessionnel des parents	Surcharge pondérale (en %)		Obésité (en %)	
	2006	2013	2006	2013
Cadres	8,7	7,2	1,3	1,3
Professions intermédiaires	10,4	10,2	1,9	2,4
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	13,6	13,8	3,5	4,8
Employés	13,6	14,3	3,5	4,8
Ouvriers	15,6	15,6	5,4	5,8
Ensemble	12,4	11,9	3,2	3,5

Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 3).
Champ • France (hors Mayotte).
Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000, 2005-2006, 2012-2013).

GRAPHIQUE 1
Prévalence de dents cariées selon le groupe social des parents



Lecture • 4,3 % des enfants de cadres ont des dents cariées traitées.
Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 3).
Champ • France (hors Mayotte).
Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

ENCADRÉ 3
Les groupes socioprofessionnels

L'origine sociale de l'élève est approchée à partir du groupe socioprofessionnel de chacun des parents. Pour la première fois dans une enquête de santé scolaire, le logiciel SICORE¹ de l'INSEE a été utilisé pour coder la déclaration de profession des parents. Cela a permis de réduire le taux de non-réponse sur cette question centrale, de limiter les effets « enquêteurs » et d'avoir une représentation sociale de l'enquête plus proche de celle de l'enquête Emploi en continu. Ce changement améliore le codage, mais rend plus fragiles les comparaisons entre 2006 et 2013.

Par ailleurs, afin de mieux saisir les milieux sociaux des enfants, les groupes socioprofessionnels du père et de la mère ont été combinés, en retenant le plus élevé et en regroupant tous les enfants dont le groupe socioprofessionnel des parents n'est pas connu dans une modalité « autres ». Le croisement des informations concernant le père et la mère permet, en effet, de limiter à 3 % le pourcentage d'enfants pour lequel le groupe socioprofessionnel est inconnu pour les deux parents.

Ainsi, lorsque l'on parle d'enfant d'ouvriers, 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, chef d'entreprise, ni employé. Afin de faciliter la lecture des tableaux et des graphiques, la catégorie « autres » n'est pas représentée. La répartition des élèves de grande section de maternelle selon le groupe socioprofessionnel de leurs parents est la suivante : cadres (20 %), professions intermédiaires (28 %), agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise (9 %), employés (28 %), ouvriers (12 %).

1. Système informatique de codage des réponses aux enquêtes (SICORE).

ailleurs, ces derniers sont 24 % à présenter des dents cariées non soignées, contre 4 % des enfants de cadres, proportions proches de ce qui était observé en 2005-2006 (graphique 1).

Le lien est étroit entre prévention bucco-dentaire et faible prévalence des caries² : les enfants qui utilisent leur brosse à dents au moins une fois par jour ont deux fois moins de dents cariées que ceux qui se brossent rarement, voire jamais les dents. Selon les dires de leur parent, 55 % des enfants se brossent les dents plusieurs fois par jour, 37 % une fois par jour, 7 % quelques fois par semaine et 1 % jamais. Les filles sont 57 % à se brosser les dents plusieurs fois par jour contre 53 % des garçons. Alors que l'Union française pour la santé bucco-dentaire recommande une visite annuelle chez un chirurgien-dentiste dès l'âge de 1 an, 53 % des enfants de grande section de maternelle n'ont jamais consulté de chirurgien-dentiste en dehors du cadre scolaire et des consultations sans avance de frais proposées par l'Assurance maladie³. Pour ceux qui en ont déjà consulté un, il s'agissait, dans 14 % des cas, d'une consultation à visée curative, et dans 33 % des cas, d'un recours à titre préventif. Les enfants qui ont déjà consulté un chirurgien-dentiste sont plus nombreux à se brosser les dents plusieurs fois par jour.

Les démarches et les comportements liés à la prévention, comme l'hygiène bucco-dentaire, sont également très marqués socialement : si 60 % des enfants de cadres se brossent les dents plusieurs fois par jour, ils sont 47 % parmi les enfants d'ouvriers (tableau 3). Par ailleurs, 56 % des enfants de cadres ont déjà consulté un chirurgien-dentiste en dehors du cadre scolaire et des consultations gratuites proposées par l'Assurance maladie, contre 40 % pour les ouvriers. Les consultations préventives représentent 81 % des consultations des cadres, contre 48 % pour les enfants d'ouvriers. Ces derniers consultent majoritairement à titre curatif (52 % contre 19 % pour les cadres). De façon concomitante, le recours aux soins en cas de caries est aussi moins fréquent chez les enfants

-
- 2. Même si en raison des facteurs génétiques, tous les enfants ne sont pas égaux face au risque carieux.
- 3. Il est question ici des démarches préventives spontanées des parents.

TABLEAU 3
Prévalence des caries et comportements préventifs selon le groupe socioprofessionnel des parents

Pourcentage d'enfants qui...	Pourcentage d'enfants qui...		
	... ont des dents indemnes de caries	... n'ont jamais consulté un dentiste*	... se brossent les dents plusieurs fois par jour
Cadres	92,2	44,4	59,8
Professions intermédiaires	89,7	50,4	59,6
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	80,8	52,7	49,8
Employés	81,4	58,5	53,1
Ouvriers	69,5	60,2	46,9
Ensemble	84,0	53,2	55,1

* En dehors du cadre scolaire et des consultations sans avance de frais proposées par l'Assurance maladie.
Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 3).
Champ • France (hors Mayotte).
Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

TABLEAU 4
Panorama des habitudes de vie des enfants selon le groupe socioprofessionnel des parents

Pourcentage d'enfants qui...	Pourcentage d'enfants qui...				
	... ont un écran dans leur chambre	... passent devant un écran...		... prennent un petit-déjeuner quotidien	... consomment tous les jours des boissons sucrées
		... plus d'une heure, les jours de classe	... plus d'une heure, les jours sans classe		
Cadres	9,0	25,4	76,0	97,4	8,0
Professions intermédiaires	17,3	37,7	84,2	95,0	13,0
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	25,0	44,9	83,8	91,2	20,1
Employés	31,3	51,8	86,8	90,7	23,1
Ouvriers	33,7	59,0	85,9	85,4	31,4
Ensemble	22,7	42,9	83,4	92,5	18,2

Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents (encadré 3).
Champ • France (hors Mayotte).
Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

d'ouvriers : alors que, parmi les enfants ayant des caries, 45 % des enfants de cadres restent avec des dents non soignées, le pourcentage s'élève à 77 % chez les ouvriers.

Des habitudes de vie très influencées par le milieu social

Dès la grande section de maternelle, les habitudes de vie bénéfiques à la santé

sont plus souvent déclarées pour les enfants issus des milieux socialement favorisés. Les enfants de cadres passent en moyenne moins de temps quotidien devant un écran, même les jours de classe : seuls 25 % y consacrent plus d'une heure, contre 59 % pour les enfants d'ouvriers (tableau 4). Ces derniers disposent aussi plus souvent d'un écran dans leur chambre (34 % contre

9 %⁴). Quant aux habitudes alimentaires, les enfants d'ouvriers sont 31 % à consommer quotidiennement des boissons sucrées contre 8 % des enfants de cadres.

Le sommeil, qui a un impact important sur le quotidien des enfants, en particulier sur les apprentissages, a aussi fait l'objet d'une interrogation. À cet âge, il est recommandé de se coucher à heure régulière et de dormir dix heures par nuit. Lors de l'entretien avec le médecin ou l'infirmière de l'Éducation nationale, les parents étaient interrogés sur les heures de lever et de coucher de leur enfant. Selon leurs déclarations, le temps de repos nocturne⁵ des enfants de grande section de maternelle s'élève en moyenne à 10 heures et 43 minutes. Il est un peu plus important pour les enfants de cadre (10 minutes de plus que les enfants d'ouvriers selon les déclarations). Par ailleurs, il décroît en fonction du temps passé devant un écran : 10 heures et 54 minutes pour les enfants qui ne regardent jamais d'écran les jours d'école, contre 10 heures et 24 minutes pour ceux qui y consacrent plus de trois heures par jour. L'influence du milieu social et des habitudes de vie s'illustre particulièrement dans le cas de la surcharge pondérale : les enfants dans cette situation passent plus de temps devant un écran (53 % y consacrent plus d'une heure quotidienne les jours d'école contre 43 % en moyenne). Ils prennent également moins souvent un petit-déjeuner tous les jours et consomment plus de boissons sucrées (tableau 5).

La proportion d'enfants portant des lunettes progresse

Lors de l'examen, le dépistage des troubles de la vision et de l'audition est réalisé par les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale à partir de tests standardisés⁶. En 2013, la proportion d'élèves de grande section de maternelle portant des lunettes atteint 18 % et aucune différence n'est observée selon le sexe. Ce pourcentage a progressivement augmenté, passant de 12 % en 2000 à 14 % en 2006, pour atteindre 18 % en 2013. Alors qu'en 2006 les enfants scolarisés dans une

-
- 4. L'écart entre les cadres et les ouvriers ne reflète pas forcément le choix des familles d'attribuer un téléviseur à l'enfant dans sa chambre, les enfants d'ouvriers partageant plus souvent leur chambre.
- 5. Il s'agit du temps écoulé entre l'heure du coucher et celle du lever, et non de la durée de sommeil qui dépend de l'heure d'endormissement et de celle du réveil.
- 6. Les enfants qui portent des lunettes sont testés avec correction.

•••

7. Seuls ont été conservés les élèves pour lesquels le médecin a jugé que les conditions matérielles, sonores (absence de bruits) et médicales (absence de pathologies ORL aiguës détectables) n'étaient pas de nature à gêner le test de dépistage.

8. Les informations demandées aux parents sur l'asthme sont issues du questionnaire standardisé ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood).

9. Ces chiffres diffèrent de ceux publiés dans le numéro 737 d'*Études et Résultats*, car ils ne reposent pas sur la même définition (non prise en compte de la prise de médicaments contre les crises de sifflements ou l'asthme).

10. Les analyses reposent sur le calendrier vaccinal de 2013.

11. Deux facteurs peuvent contribuer à cette hausse importante : l'abaissement, en 2005, de l'âge pour la deuxième dose, prise entre 13 et 24 mois, et non plus entre 3 et 6 ans, et une plus grande sensibilisation de la population et des professionnels de santé à la vaccination suite à l'épidémie de rougeole survenue entre 2008 et 2011.

école relevant de l'éducation prioritaire portaient moins souvent des lunettes que les autres, cette différence n'apparaît plus en 2013. Toutefois, la part des enfants non équipés de lunettes et présentant une anomalie de la vision de loin (myopie) s'élève à 10,5 % en moyenne. Cette proportion atteint 14 % dans les écoles relevant de l'éducation prioritaire. Un dépistage auditif est par ailleurs réalisé et relève⁷ que 6 % des élèves de grande section de maternelle présentent un trouble de l'audition avec une perte de 30 décibels sur au moins une oreille à au moins une des fréquences explorées (500, 1 000, 2 000 ou 4 000 hertz). Le déficit était bilatéral dans 45 % des cas. Les otites séreuses sont fréquentes à ces âges et difficiles à repérer, car elles ne sont pas accompagnées de douleur, à la différence des otites aiguës. Il est donc possible qu'un certain nombre d'entre elles subsistent en dépit des consignes figurant dans le protocole de l'enquête pour les éliminer. Le pourcentage est donc à considérer avec précaution.

La prévalence de l'asthme tend à augmenter

Selon les déclarations de leurs parents, près de 12 % des enfants ont eu des sifflements dans la poitrine au cours des douze derniers mois et 11 % ont déjà eu une crise d'asthme dans leur vie⁸. Ces chiffres sont légèrement plus élevés que ceux observés lors de la précédente enquête effectuée en 2005-2006 en grande section de maternelle (respectivement 11 % et 10 %⁹). Les garçons sont plus concernés, que ce soit pour les sifflements dans les douze derniers mois ou pour l'asthme dans la vie.

Les couvertures vaccinales contre la rougeole et l'hépatite B progressent

Les informations sur les vaccinations¹⁰ ne sont disponibles que pour les enfants dont le carnet de santé a été présenté aux professionnels de santé lors de l'examen, soit 97 % des élèves enquêtés. En 2012-2013, les couvertures vaccinales diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP), coqueluche et *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) avoisinent les 95 % (tableau 6), soit parce qu'elles correspondent à des vac-



TABLEAU 5

Habitudes de vie des enfants présentant un excès pondéral

	En %		
	Enfants en surcharge pondérale	Enfants obèses	Ensemble
Ayant un écran dans leur chambre	27,6	31,6	22,7
Passant une heure ou plus devant un écran les jours de classe	53,2	55,8	42,9
Prenant un petit-déjeuner tous les jours	87,6	83,4	92,5
Consommant tous les jours des boissons sucrées	20,9	21,1	18,2

Lecture • Parmi les enfants en surcharge pondérale, 27,6 % ont un écran dans leur chambre.

Champ • France (hors Mayotte).

Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).



TABLEAU 6

Taux de couverture vaccinale des enfants

	En %						
	Diphtérie tétanos polio (4 doses)	Coqueluche (4 doses)	Haemophilus (4 doses)	Rougeole, oreillons, rubéole (1 dose) (2 doses)	Hépatite B (3 doses)	Pneumo-coque (3 doses)	Méningo-coque C (1 dose)
Enfants en éducation prioritaire	94,4*	93,9*	91,5*	96,8* 82,7 (NS)	63,6*	80,3*	46,5*
Enfants hors éducation prioritaire	95,9*	95,2*	93,8*	96,3* 83,1 (NS)	49,1*	83,7*	43,4*
Ensemble	95,8	95,1	93,5	96,4 83,2	50,9	83,3	43,8

* Il y a moins de 5% de chances que le pourcentage de vaccination ne soit pas différent selon que les enfants sont en éducation prioritaire ou non.

(NS) signifie que la différence n'est pas significative au seuil de 5%.

Champ • France (hors Mayotte).

Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

cinations à caractère obligatoire comme le DTP, soit parce qu'elles leur sont associées sous forme de vaccins multivalents (coqueluche, Hib). La proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole, la rubéole

et les oreillons a nettement progressé par rapport à 2005-2006¹¹, passant de 44 % à 83 % pour la seconde dose. Bien qu'en augmentation par rapport à la précédente enquête, la couverture vaccinale

contre l'hépatite B demeure insuffisante : 51 % des enfants ont reçu les trois doses recommandées contre 38 % auparavant. 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 (64 % versus 49 %). 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, particulièrement impliqués dans la prévention vaccinale, et une moindre défiance à l'égard de la vaccination contre l'hépatite B.

Les accidents de la vie courante concernent 4 % des enfants

Au cours des trois mois précédant l'enquête, 4 % des enfants ont été accidentés : 4 % des garçons et 3 % des filles.

La plupart de ces accidents¹² sont des accidents de la vie courante (98 %), les 2 % restants étant des accidents de la circulation. Le taux d'incidence est le même qu'en 2005-2006 et les caractéristiques sont similaires. Ces accidents ont majoritairement lieu au domicile ou dans le cadre scolaire. Les activités mentionnées comme étant à l'origine d'un accident sont par ordre d'importance le sport et les loisirs, les déplacements hors vélo, puis le vélo. Les plaies et les fractures sont les lésions les plus souvent déclarées (64 % en 2013 et 75 % en 2006), et la partie du corps la plus souvent touchée est la tête.

Les résultats sur les conséquences de ces accidents sont également analogues : près de la moitié des accidentés sont limités¹³ suite à leur accident et une minorité est hospitalisée (4 % en 2012-2013 et 5 % en 2005-2006). ■

La DREES tient à remercier :

- Ministère de l'Éducation nationale : Patricia Bristol-Gauzy, Nadine Neulat, Jeanne-Marie Urcun (Direction générale de l'enseignement scolaire), Olivier Monso (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance)
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes : Brigitte Lefeuvre, Catherine Paclot (Direction générale de la santé)
- Institut de veille sanitaire : Marie-Christine Delmas, Laure Fonteneau, Jean-Paul Guthmann, Louis-Marie Paget, Anne-Laure Perrine, Marine Ragot, Bertrand Thélot

•••

12. Ne sont considérés ici que les accidents avec atteintes corporelles ayant nécessité un recours à un établissement de santé (hôpital, clinique) ou à un professionnel de santé (médecin, pharmacien).

13. Limités dans leurs activités habituelles comme se déplacer, se nourrir, faire du sport, etc.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Chardon O., 2015, « L'amélioration du codage du groupe social dans l'enquête de santé en milieu scolaire 2012-2013 en utilisant Sicore et uniquement un libellé de profession », Douzièmes Journées de méthodologie statistique de l'INSEE, avril.
- Chardon O., Guignon N. et al., 2013, « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 – Une situation contrastée selon l'origine sociale », *Études et Résultats*, n° 853, septembre 2013.
- Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B et al, 2012, « Prévalence et contrôle de l'asthme chez le jeune enfant en France », *Revue des maladies respiratoires*.
- de Saint Pol T., 2011, « La santé des enfants en grande section de maternelle », Note d'information n°11.18, décembre, ministère de l'Éducation nationale.
- de Saint Pol T., 2011, « Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 31, septembre.
- Guignon N., Collet M., Gonzalez L., avec la collaboration de de Saint Pol T., Guthmann J.-P., Fonteneau L., 2010, « La santé des enfants de grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, n° 737, septembre.
- Pomarède R., Jeammet P. (dir.), 2014, « La santé : un capital en construction dès l'enfance », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 86, Haut Conseil de la santé publique, mars.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

www.drees.sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir les avis de parution

www.drees.sante.gouv.fr/les-avis-de-parution,2052

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger, Laurence Grivet

Mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

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