

EMMANUELLE GODEAU
Rectorat de Toulouse, Inserm UMR 1027, Université Toulouse III
DIBIA LIZ PACORICONA ALFARO
VIRGINIE EHLINGER
Inserm UMR 1027, Université Toulouse III

La santé des collégiens en France/2014

Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Inégalités sociales de santé



SYNTHÈSE

- /// En France, comme dans de nombreux pays, l'effet des inégalités socioéconomiques s'observe sur la santé des individus dès le plus jeune âge.
- /// La proportion de collégiens se déclarant en excellente santé est plus élevée dans les milieux socioéconomiques favorisés (41 %) que dans les milieux défavorisés (34 %).
- /// Ces inégalités sont particulièrement marquées dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, notamment lorsque l'on considère les déclarations de pratique sportive au moins deux heures par semaine, largement supérieures chez les élèves les plus favorisés (60,9 % vs 33,5 %). L'obésité et le surpoids sont plus marqués chez élèves les moins favorisés que chez les plus favorisés (18 % vs 8 %).
- /// L'effet des inégalités sociales s'inverse en ce qui concerne les substances psychoactives : l'expérimentation du cannabis à l'adolescence est plus fréquente dans les milieux favorisés (15 % des élèves en ont consommé au cours de leur vie vs 9 % chez les moins favorisés).

Si l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) est centrée sur la santé, les comportements de santé, le bien-être et le vécu scolaire des élèves, elle est également l'occasion de collecter un certain nombre de déterminants, notamment concernant l'environnement familial. C'est d'ailleurs l'une des richesses de cette recherche que de pouvoir croiser des comportements et vécus avec les principaux éléments de leur contexte d'apparition. Nous nous centrerons ici sur les marqueurs des inégalités sociales et économiques, sachant le rôle majeur joué par ces dernières sur les inégalités de santé tout au long de la vie, dès la naissance et même avant.

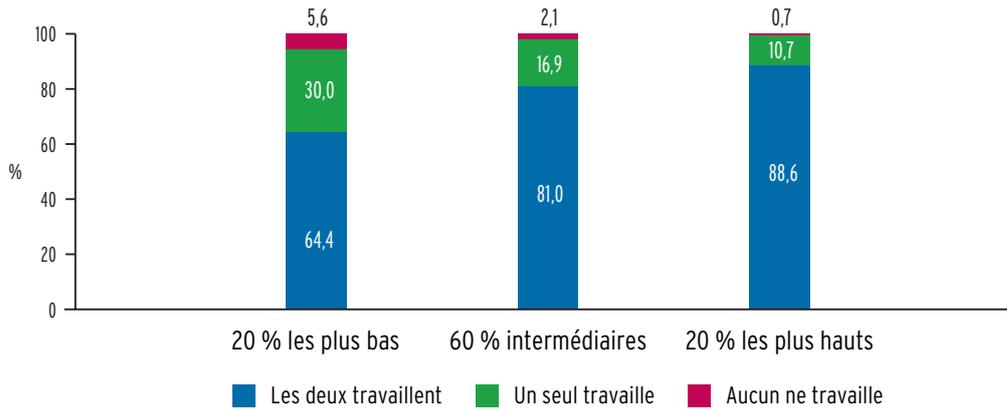
Il est compliqué, dans des enquêtes par autoquestionnaires conduites auprès d'enfants et d'adolescents d'obtenir les indicateurs désormais considérés comme les plus valides en termes d'inégalités de santé, notamment le niveau d'étude de la mère, voire les revenus des parents ou même simplement leur profession. Notre expérience est que les métiers renseignés sont difficiles à classer (chef, travailleur, administration...), non renseignés, voire plus rarement fantaisistes (« employé palmipède », « aubergine »...), et cela de façon plus fréquente chez les plus jeunes répondants. Afin de pallier ces limites, le niveau socioéconomique de la famille des élèves est approché par la mesure d'un indicateur de richesse matérielle, développé dans le contexte de l'enquête HBSC, le *Family Affluence Scale* (FAS), qui fait référence. En 2014, l'échelle FAS II antérieurement basée sur quatre items (possession d'une voiture, voyages hors de France dans le cadre de vacances familiales, chambre personnelle, nombre d'ordinateurs possédés par la famille) a été complétée par deux items additionnels (possession d'un lave-vaisselle

et nombre de salles de bain dans la maison), pour en augmenter la sensibilité, notamment pour les élèves (et les pays) les plus favorisés¹. Les réponses permettent de calculer l'indicateur synthétique FAS, un score élevé correspondant à un haut niveau socioéconomique. Les élèves étaient par la suite regroupés dans trois catégories : au sein de chaque pays, les 20 % des élèves qui présentaient les scores FAS les plus faibles étaient considérés comme issus des familles les plus défavorisées, les 20 % des élèves avec les scores FAS les plus hauts étaient considérés comme issus des familles les plus favorisées et les autres élèves comme ayant un score FAS intermédiaire. Le découpage utilisé permet à présent de comparer les niveaux relatifs de richesse matérielle, tout en conservant une interprétation simple au sein de chaque pays/région, puisque sont comparés les 20 % d'élèves les plus favorisés aux 20 % les moins favorisés, voire au groupe intermédiaire (les 60 % restants donc). En France, parmi les collégiens, les seuils permettant de classer les élèves dans ces trois groupes ne différaient ni selon le sexe ni selon le niveau de classe.

Par ailleurs, une autre question permettait de classer les élèves selon qu'aucun, un des deux ou leurs deux parents avaient un emploi au moment de l'enquête. Le croisement entre ces données et celles du FAS en trois catégories tel que défini plus haut montre une forte corrélation [figure 1].

1. La version extensive des questions est consultable dans le [Questionnaire CM2](#), 6^e, 5^e et dans le [Questionnaire 4^e, 3^e, 2^{nde}](#).

FIGURE 1 Emploi des parents selon les niveaux de richesse matérielle en trois catégories (en pourcentage)



INÉGALITÉS SOCIALES ET COMPORTEMENTS DE SANTÉ

La quasi-totalité des comportements de santé mesurés dans l'enquête HBSC sont liés à la richesse matérielle du milieu familial. Ce constat n'est pas propre à la France mais s'observe dans la majorité des pays ayant participé à l'enquête, avec des nuances entre zones géographiques et selon les variables considérées.

ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

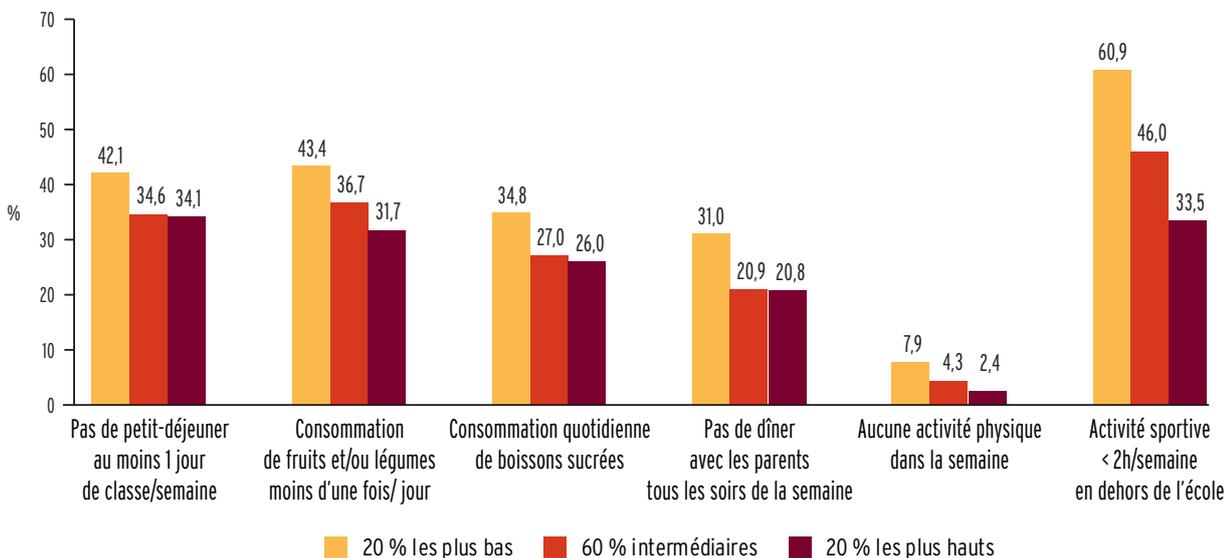
L'obésité et le surpoids sont plus marqués chez les élèves les moins favorisés que chez les plus favorisés (18,0 % vs 7,6 %). On notera que la France est le troisième pays concernant l'influence du statut social de la famille sur les surpoids et l'obésité.

La prise d'un petit-déjeuner chaque jour de classe est une habitude adoptée globalement par plus de la moitié des collégiens, en moindre proportion toutefois chez les

plus défavorisés (57,9 % vs 65,9 %), la différence étant plus prononcée chez les jeunes filles (50,8 % vs 61,7 %). Si pratiquement 2/3 des collégiens déclarent consommer quotidiennement des fruits et/ou des légumes, la proportion de ceux qui sont dans ce cas est plus élevée dans les 20 % de familles les plus favorisées (68,3 % vs 56,6 %) alors qu'on observe l'inverse concernant les boissons sucrées (26,0 % vs 34,8 %). De la même manière, c'est dans les familles les plus aisées que les collégiens dînent le plus avec leurs parents chaque soir (79,2 % vs 69,0 %).

Enfin, les élèves qui déclarent ne pratiquer aucune activité physique sont plus souvent issus des familles les plus défavorisées (7,9 % vs 2,4 %). La différence avec les élèves les plus favorisés est particulièrement prononcée lorsque l'on considère la proportion d'élèves déclarant pratiquer une activité sportive au moins deux heures par semaine en dehors de l'école (60,9 % vs 33,5 %) [figure 2].

FIGURE 2 Alimentation, activité physique et sportive, selon les niveaux de richesse matérielle en trois catégories (en pourcentage)



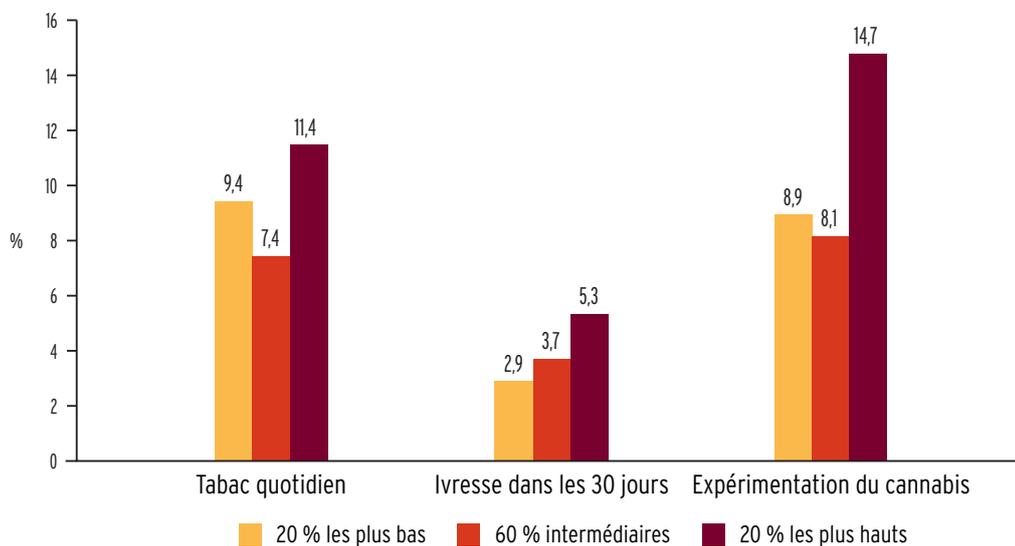
BROSSAGE DENTAIRE

Le brossage des dents au moins deux fois par jour, conformément aux recommandations, est une habitude acquise par la majorité des collégiens de France (77,8 %), de manière plus prononcée chez les élèves issus des familles les plus favorisées (82,3 % vs 71,7 %). On notera que les élèves issus de familles défavorisées sont plus nombreux à se brosser les dents moins d'une fois par jour (5,7 % vs 2,5 %) et à estimer médiocre la santé globale de leur bouche (17,0 % vs 6,1 %).

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Le gradient social global précédemment observé n'est plus valide en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives et notamment de cannabis : 14,7 % des élèves issus des milieux favorisés en ont consommé au cours de leur vie vs 8,9 % chez les moins favorisés. La France est le pays dans lequel l'influence de la catégorie sociale des parents sur les consommations de cannabis est la plus prononcée : que ce soit pour la consommation quotidienne de tabac ou les ivresses, ces indicateurs sont toujours plus forts dans la catégorie la plus favorisée que dans la catégorie la moins favorisée (respectivement 11,4 % vs 9,4 % et 5,3 % vs 2,9 %)

FIGURE 3 Consommation de substances psychoactives selon les niveaux de richesse matérielle en trois catégories (en pourcentage)

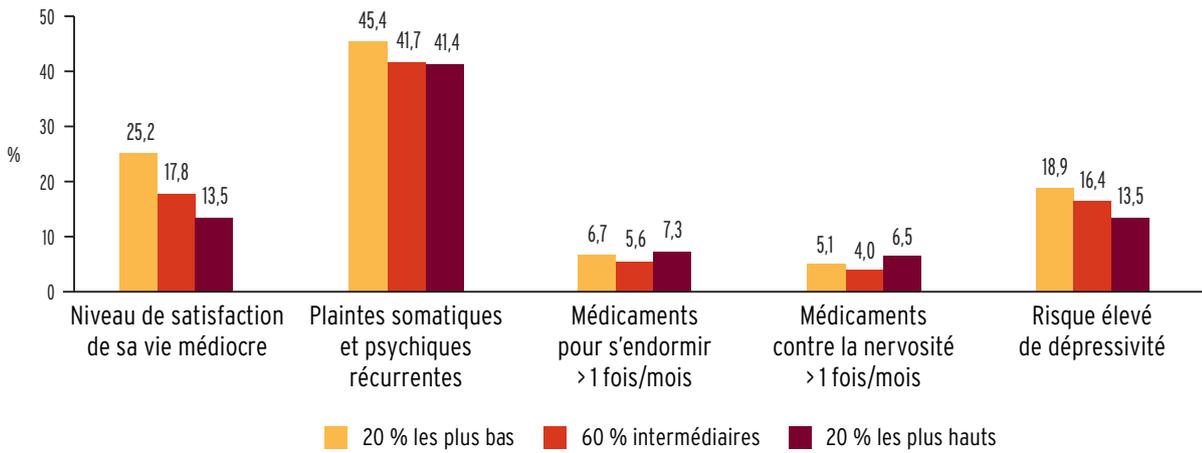


PERCEPTION DE SA VIE ET DE SA SANTÉ, MAL-ÊTRE

On observe là aussi des inégalités. Le niveau socioéconomique de la famille influe particulièrement sur la perception que les élèves répondants ont de leur vie ou de leur santé, en France comme dans l'ensemble des pays étudiés. Ainsi, 25,2 % et 17,5 % des élèves les plus défavorisés ont respectivement une perception médiocre de leur vie et de l'avenir, contre 13,5 % et 9,3 % des élèves les plus favorisés. De même, les élèves les plus défavorisés sont

moins nombreux à percevoir leur santé comme excellente (33,9 % vs 41,5 %). Les différences observées concernant les autres indicateurs ne sont pas significatives au seuil de 1 pour 1 000 retenu dans nos fiches de présentation des données HBSC 2014, en dehors de la nervosité, plus déclarée par les élèves les plus favorisés que par les plus défavorisés (6,5 % vs 5,1 %) [figure 4].

FIGURE 4 Indicateurs de santé selon les niveaux de richesse matérielle en trois catégories (en pourcentage)



VÉCU DE L'ÉCOLE

La catégorie sociale des parents n'influence pas le goût pour l'école ou le stress généré par cette dernière. En revanche, les élèves issus des 20 % de familles les plus défavorisées de notre pays, comparés à ceux issus des

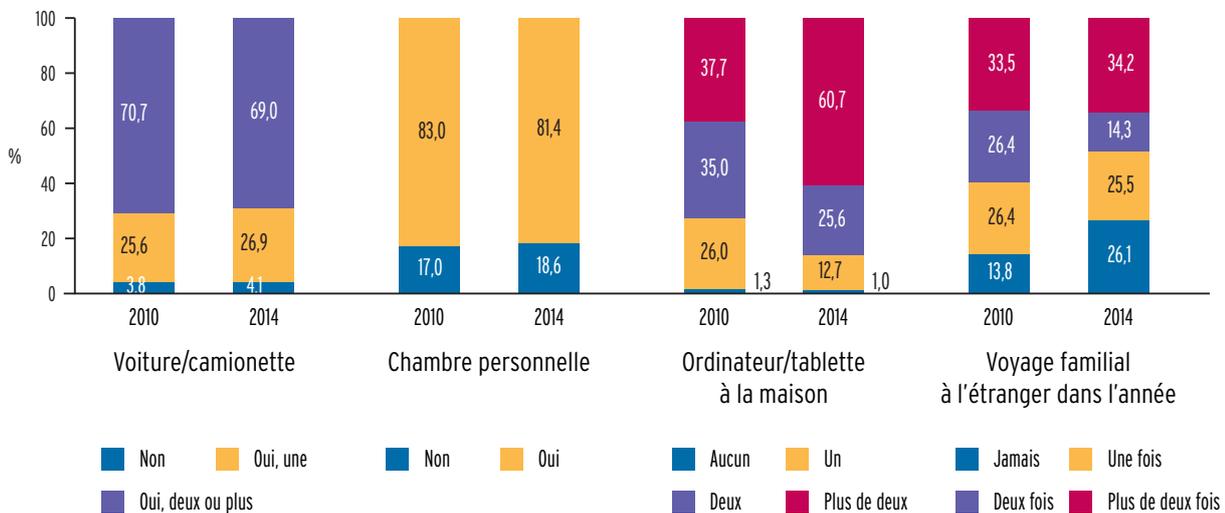
20 % les plus favorisées, sont plus nombreux à avoir redoublé (29,1 % vs 11,0 %) et à déclarer des résultats inférieurs à la moyenne (15,5 % vs 8,1 %).

ÉVOLUTIONS 2010-2014

Afin de vérifier l'existence d'une éventuelle évolution de la richesse matérielle des familles déclarée par les élèves entre 2010 et 2014, nous avons comparé les taux de

réponses des élèves aux quatre items présents dans les deux vagues de l'enquête [figure 5]. Il en ressort que la principale différence concerne le nombre d'ordinateurs

FIGURE 5 Distribution des réponses des collégiens aux quatre questions de l'échelle FAS posées lors des enquêtes HBSC de 2010 et 2014, selon la vague de l'enquête



à la maison, clairement en hausse, témoignant de l'augmentation du parc informatique dans notre pays et de la démocratisation de ces outils. On note également une nette augmentation du nombre d'élèves disant ne pas être partis en vacances hors de France avec leur famille dans

l'année (passant de 13,8 % à 26,1 %), ce qui pourrait être le témoin d'un impact de la crise sur la vie des jeunes de notre pays, constat partagé par de nombreux pays participants à l'enquête.

À PROPOS DE HBSC

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête transversale conduite en classe auprès d'élèves de 11, 13 et 15 ans, par auto-questionnaire anonyme, tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle porte sur la santé, le bien-être des jeunes, leurs comportements de santé et leurs déterminants. En 2014, elle a été menée dans 42 nations selon une méthodologie et un questionnaire standardisés. En France, l'échantillon de 2014 comporte 7 023 collégiens scolarisés dans 169 collèges métropolitains. Les établissements et classes sélectionnés pour participer à l'enquête ont été tirés au sort par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) du ministère chargé de l'Éducation nationale selon un sondage en grappes aléatoire stratifié/équilibré afin d'assurer la représentativité de l'échantillon final. Le seuil de significativité des différences présentées dans les brochures est fixé à 1‰, sauf mention contraire. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la [Méthodologie générale](#).

Direction de la collection **François Bourdillon**

Édition **Jeanne Herr**

Conception graphique, maquette et réalisation **Philippe Ferrero**

Santé publique France
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex France

Santé publique France autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Godeau E., Pacoricona Alfaro D. L., Ehlinger V. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Inégalités sociales de santé*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 6 p.