

**Indicateur n° 2-5 : Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans.**

*Finalité* : la fréquence élevée des affections bucco-dentaires ainsi que leur retentissement en font une préoccupation de santé publique importante. Bien que l'état de santé bucco-dentaire des enfants s'améliore de façon continue depuis vingt ans environ (notamment grâce à la fluoration des pâtes dentifrices), la carie dentaire reste une pathologie très répandue : 37 % des enfants sont atteints dès l'âge de 6 ans, et à 12 ans, cette proportion est de 44 % d'après l'enquête de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) en 2006. En outre les inégalités de santé sont très marquées dans ce domaine : les enfants d'agriculteurs (55%), d'ouvriers (50 %), d'inactifs (58 %), de même que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (52 %) ou en zone rurale (52 %) sont significativement plus atteints.

C'est pourquoi la réduction de l'indice carieux des enfants constitue un objectif de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et tient également une place centrale dans le plan de prévention bucco-dentaire annoncé par le ministre chargé de la santé en novembre 2005.

*Résultats* : les valeurs de l'indice carieux portant sur les enfants de 6 et 12 ans sont présentées ci-après :

		1987	1998	2006	Objectif
Valeur du CAO moyen...	... mixte à 6 ans	3,73	-	1,38	-30 % par rapport à 1998 (objectif LSP atteint)
	... à 12 ans	4,2	1,94	1,23	
Pourcentage d'enfants indemnes de toute carie (CAO=0)...	... à 6 ans	30 %	-	63,4 %	
	... à 12 ans	12 %	40 %	56,0 %	

Source : enquête UFSBD 2006 – DGS.

Entre 1987 et 1998, la réduction de moitié de la pathologie carieuse observée en France chez l'enfant était attribuée :

- au fluor, mieux diffusé dans la population (principalement par les pâtes dentifrices, presque toutes fluorées à partir de la fin des années 80 ; également par le sel alimentaire fluoré, dont la mise sur le marché en France date de 1987) ;
- aux progrès de l'hygiène bucco-dentaire dans l'ensemble des catégories sociales.

Depuis 1998, l'état de santé bucco-dentaire des enfants continue à s'améliorer de façon significative : à l'âge de 12 ans, l'indice carieux (ou indice CAO, représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées par enfant) qui était de 4,20 en 1987 et de 1,94 en 1998 est désormais, en 2006, de 1,23. La proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie, qui était de 12 % en 1987 et de 40 % en 1998, atteint désormais 56 %. A l'âge de 6 ans, l'indice carieux baisse dans la même proportion (environ un tiers) par rapport à l'enquête de 1998, et le taux d'enfants totalement indemnes de carie est de 63,4 %.

L'objectif chiffré (n°91) fixé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, est donc déjà atteint : il consistait à réduire de 30 % (à partir des données connues alors, celles de 1993 et 1998) l'indice carieux des enfants de ces deux tranches d'âge.

Le recul de la prévalence de la carie (CAO moyen à 12 ans de 1,23) paraît confirmer – sous réserve des biais méthodologiques – une tendance générale observée dans de nombreux pays développés et situerait la France parmi les pays ayant les plus faibles indices carieux. Cette évolution est le résultat de nombreux facteurs dont

l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires...).

Malgré cette amélioration d'ensemble, le besoin de soins reste important : à 6 ans, 30% des enfants présentent au moins une dent cariée (« dent de lait » temporaire ou dent permanente) non traitée et à 12 ans, 22% des enfants présentent au moins une dent cariée non traitée.

Le recours aux soins (mesuré par la proportion de dents soignées par rapport à l'ensemble des dents atteintes) a peu progressé par rapport aux enquêtes précédentes. A 12 ans, chez les 44 % d'enfants non indemnes, la moitié seulement des dents atteintes ont été traitées. A 6 ans, le recours aux soins est encore plus faible : parmi les dents permanentes atteintes, une sur cinq seulement a été traitée. Ainsi, si l'amélioration observée traduit une moindre survenue des lésions, en revanche, parmi les enfants non indemnes, le recours aux soins est très insuffisant.

Construction de l'indicateur : l'indicateur le plus couramment utilisé au niveau international pour suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents est l'indice CAO moyen : nombre moyen de dents cariées (C), absentes (A), ou obturées (O) par enfant. L'indice CAO est la somme des trois composantes C, A et O, recueillies de façon distincte. A 12 ans, on ne prend en compte que les dents permanentes pour mesurer le CAO. A 6 ans, on utilise l'indice CAO mixte qui, outre les dents permanentes, prend aussi en compte les dents temporaires. Le pourcentage d'enfants indemnes de toute carie correspond au CAO égal à zéro.

Précisions méthodologiques : les données indiquées ci-dessus sont issues d'enquêtes effectuées, en 1987, 1998 et 2006, par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) à la demande de la DGS. Ces enquêtes, réalisées à partir des fichiers de l'Education nationale sur des échantillons représentatifs nationaux, décrivent la prévalence de la carie dentaire chez les enfants de 6 et 12 ans ainsi que la répartition de cette pathologie selon le sexe, la catégorie socioprofessionnelle des parents et le type d'établissement scolaire fréquenté (public ou privé, ZEP ou non-ZEP, rural ou urbain). Les enfants des DOM et TOM ne sont pas représentés dans les échantillons étudiés. Par ailleurs, les enfants accueillis dans les établissements spécialisés (IME, établissements pour polyhandicapés) étaient également, par construction, absents des échantillons étudiés.

L'indice CAO ne faisant pas l'objet d'un suivi annuel, il a donc été proposé de suivre à l'avenir un indicateur complémentaire : le pourcentage d'enfants totalement indemnes de caries (c'est à dire CAO mixte = 0) lors de la visite médicale scolaire préalable à l'entrée en cours préparatoire, recueilli régulièrement par la Drees.

Pour plus de détails, se reporter aux fiches de définition des indicateurs correspondant à l'objectif du rapport annexé à la LPSP (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : Objectif n°91) et au rapport de suivi de indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique 2007

(<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm>).