

FICHE SYNTHETIQUE

LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE 6 ET 12 ANS EN FRANCE, EN 2006

(Principaux résultats de l'enquête réalisée pour la DGS par l'UFSBD)

Une enquête a été réalisée par l'UFSBD à la demande de la DGS, pour décrire 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 socio-professionnelle des parents et le type d'établissement scolaire fréquenté (public ou privé ; ZEP ou non-ZEP ; rural ou urbain). Les résultats sont comparés à ceux d'enquêtes analogues effectuées en 1987, 1993 et 1998. L'enquête a été réalisée à partir des fichiers de l'Education nationale sur des échantillons représentatifs (1300 enfants de six ans et autant d'enfants de 12 ans) constitués d'enfants de ces tranches d'âge scolarisés dans les établissements primaires et secondaires, publics et privés, de France métropolitaine.

PRINCIPAUX RESULTATS :

1°) L'état de santé bucco-dentaire des enfants continue à s'améliorer de façon significative :

- **A 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), **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.

2°) Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socio-professionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restent marquées :

- **Une pathologie très inégalement répartie :**

A 12 ans, 6% des enfants non-indemnes cumulent 50% des dents atteintes et 20% cumulent 72% des dents atteintes.

- **Des inégalités liées à la situation sociale des parents :**

Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale, sont plus significativement atteints.

- CAO à 12 ans :

1,55 chez les enfants d'ouvriers ; 0,90 chez les enfants de cadres supérieurs ; 1,59 en zone rurale ; 1,16 dans les petites agglomérations.

3°) Un besoin de soins important :

-A 6 ans, 30% des enfants présentent au moins une dent cariée (temporaire ou permanente) non traitée. [Sur 100 enfants de 6 ans, 63 sont totalement indemnes, 7 ont eu des caries mais ont été soignés, 30 ont encore besoin de soins].

-A 12 ans, 22% des enfants présentent au moins une dent cariée non traitée. [sur 100 enfants de 12 ans, 56 sont totalement indemnes, 22 ont eu des caries mais ont été soignés, 22 ont besoin de soins].

4°) Un recours aux soins insuffisant :

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.

5°) Autres résultats :

L'enquête fournit aussi d'autres renseignements relatifs à l'hygiène, à la présence de tartre, aux lésions dentaires d'origine traumatique, aux traitements d'orthodontie, ainsi qu'à la fréquence de consultation d'un chirurgien-dentiste. On observe notamment :

-une hygiène bucco-dentaire estimée insuffisante chez un quart des enfants de 6 ans et chez un tiers des enfants de 12 ans.

-la présence de lésions dentaires d'origine traumatique chez 2,4% des enfants de 6 ans et chez 5,6 % des enfants de 12 ans.

DISCUSSION :

L'enquête montre un recul de la prévalence de la carie (CAO à 12 ans de 1,23) qui paraît confirmer 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.

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, en l'absence de facteur évident expliquant l'amélioration constatée, il conviendrait d'étudier de façon précise l'évolution de chacun des déterminants de la carie : progrès de l'hygiène bucco-dentaire (analyse de la consommation de dentifrice et de brosses à dents), effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires...

Besoin de données complémentaires :

Des études qualitatives visant à mieux identifier les obstacles au recours aux soins, de même qu'une meilleure connaissance des déterminants des comportements individuels en matière d'hygiène bucco-dentaire pourraient éclairer l'action publique dans ce domaine.

Enfin, des enquêtes complémentaires permettraient de connaître les inégalités géographiques de prévalence de la carie (écarts inter et intra-régionaux).

Les DOM et TOM, dont on peut supposer qu'ils présentent des spécificités, ne sont pas représentés dans les échantillons étudiés. Par ailleurs, les enfants handicapés accueillis dans des établissements spécialisés (IME, établissements pour polyhandicapés), et dont une enquête de l'assurance maladie a montré qu'ils présentaient un état bucco-dentaire très dégradé, sont également absents, par construction, de l'échantillon étudié.

Des enseignements pour la politique de santé bucco-dentaire :

-La prévalence encore élevée de la carie et surtout l'importance du besoin de soins chez les enfants confirment la nécessité d'une action coordonnée pour prévenir et traiter précocement cette pathologie qui retentit sur l'état général et la qualité de vie.

-Malgré le bon état de santé bucco-dentaire de la majorité des enfants, d'importantes inégalités – notamment liées à la situation socio-professionnelle des parents – persistent. Cette situation appelle, en complément aux programmes s'adressant à l'ensemble de la population, le développement d'actions spécifiques pour la prévention et l'accès aux soins des groupes les plus atteints (élèves des maternelles en ZEP et en zones rurales ; enfants handicapés...).

-Le plan de prévention bucco-dentaire annoncé en novembre 2005 par le ministre de la santé et des solidarités comporte notamment un important volet de prévention secondaire (dépistage systématique et soins gratuits à 6 et 12 ans) ainsi que des mesures expérimentales en direction des groupes présentant un risque élevé. Sa mise en œuvre devrait par conséquent contribuer à la poursuite de l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population.

En tout état de cause, cette enquête apportera des informations utiles à la réflexion de l'ensemble des acteurs de la santé bucco-dentaire. Ses résultats seront communiqués notamment aux groupements régionaux de santé publique qui mettent en œuvre les programmes de prévention dans chaque région. Enfin, cette enquête sera prise en compte, de même que l'évaluation des mesures en cours, pour la poursuite, l'adaptation et le développement d'une politique d'ensemble d'amélioration de la santé bucco-dentaire.