

Études et Résultats



N° 847 • juillet 2013

Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge

La santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée ces vingt dernières années. Cependant, des inégalités sociales de recours aux soins et de santé demeurent : 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de caries contre 7 enfants d'ouvriers sur 10 en 2006.

La Haute Autorité de santé préconise une visite annuelle chez le dentiste dès l'apparition des dents de lait. Or, le recours aux soins dentaires des enfants est inférieur à cette recommandation : selon l'enquête Handicap-Santé de 2008, seuls 70 % des 5-15 ans avaient consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage masque à la fois des inégalités sociales et territoriales, puisque ce sont 8 enfants de cadres sur 10 qui ont consulté un dentiste dans l'année contre 6 enfants d'ouvriers.

Ces inégalités de recours se traduisent par un repérage plus tardif des caries. En maternelle, 4 % des enfants de cadres ont au moins une carie non soignée, contre 23 % des enfants d'ouvriers. Par ailleurs, les enfants scolarisés dans les DOM ont deux fois plus souvent des dents cariées non traitées qu'en Métropole.

Lucie CALVET et Muriel MOISY, avec la collaboration d'Olivier CHARDON, Lucie GONZALEZ et 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

Depuis la fin des années 1980, l'état de santé bucco-dentaire des enfants s'est amélioré. Cela se traduit par un recul sensible de la prévalence des caries. L'indice carieux (ou indice CAO¹) est passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006 chez les enfants âgés de 12 ans². Quant à la part des enfants indemnes de caries, elle a augmenté de 12 % à 56 % au cours de la même période. Toutefois, tous les enfants n'ont pas bénéficié dans les mêmes proportions de ces progrès : 32 % des enfants d'ouvriers n'avaient aucune carie à l'âge de 12 ans en 1998 contre 47 % des enfants de cadres supérieurs. En 2006, ces pourcentages s'établissent respectivement à 50 % et 67 %, soit un gain de 18 points pour les ouvriers et de 20 points pour les cadres en l'espace de huit ans.

Les inégalités sociales de santé dès l'enfance ont fait l'objet, en 2011, d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales qui pointe l'insuffisance des données disponibles et une méconnaissance de ces inégalités³. La santé bucco-dentaire en constitue un excellent marqueur et fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la loi de santé publique de 2004. Cette dernière a fixé pour objectif de continuer à réduire l'indice carieux CAO aux âges de 6 ans et de 12 ans. Pour accompagner cet objectif, un plan national quadriennal de prévention bucco-dentaire a été mis en place en 2006, qui instaure notamment des visites prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie à 6, 9, 12, 15 et 18 ans (programme M'T DENTS) [encadré 1].

Cette étude vise à éclairer, à partir des enquêtes Handicap-Santé (INSEE)

1. L'indice CAO est l'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire le plus couramment utilisé au niveau international. L'indice CAO moyen correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O) d'une population donnée, rapportée au nombre de personnes examinées.

2. *L'état de santé de la population en France*, Rapport 2011, DREES.

3. Lopez A., Moleux M., Schaezel F., Scotton C., 2011, « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant », Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, mai.

ENCADRÉ 1

Santé bucco-dentaire des enfants, prévention et coûts : les recommandations de la HAS

Les comportements de prévention sont d'autant plus importants que l'exposition des dents aux caries est maximale durant la phase post-éruptive, à savoir toute la période qui jalonne l'enfance et l'adolescence. Les recommandations émises par la Haute autorité de santé (HAS) incluent des mesures de prévention collective et individuelle.

• Prévention collective

Programme M'T DENTS : ce programme, lancé par l'Assurance maladie en 2007, prévoit un examen de prévention pris en charge à 100 % sans avance de frais, chez le chirurgien-dentiste de son choix, pour les enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. En cas de nécessité de soins, les frais doivent être avancés (sauf à 6 et 12 ans), mais sont pris en charge à 100 % s'ils sont réalisés dans les neuf mois qui suivent la visite (hors prothèse, orthodontie ou appareil dentaire). La HAS recommande la participation de tous les enfants et adolescents à ce programme.

Identification des populations à risque : les professionnels de santé et de l'Éducation nationale sont invités à favoriser les examens de prévention bucco-dentaire pour les plus petits parmi les populations qui n'auraient pas adhéré au programme M'T DENTS.

• Prévention individuelle

Hygiène dentaire : un brossage des dents au moins deux fois par jour est recommandé avec un dentifrice adapté à l'âge de l'enfant (< à 0,5 mg de fluorures/g de pâte chez les enfants de moins de 3 ans, 0,5 mg pour les enfants de 3 à 6 ans, 1,5 mg à partir de 6 ans). Chez les enfants à risque carieux élevé, des gouttes ou comprimés fluorés peuvent être prescrits en complément. De même, un chirurgien-dentiste peut appliquer, si nécessaire, un vernis ou gel fluoré tous les trois à six mois. Pour certains enfants, le scellement des sillons est un acte préventif bénéfique. Cette intervention, qui nécessite que la dent soit parfaitement saine, consiste à boucher les fissures à l'aide d'une résine polymère, formant alors une sorte de vernis protecteur. Elle est à réaliser dès l'apparition des molaires définitives et jusqu'à l'âge de 14 ans.

Hygiène alimentaire : l'exposition aux sucres fermentescibles accroît le risque de caries, il est donc important d'éviter le grignotage entre les repas et l'absorption d'aliments collants. De même, toujours pour limiter l'effet de la consommation de produits sucrés, la HAS recommande de boire de l'eau pure et de mâcher des gommes non sucrées contenant du xylitol. Ces chewing-gums ont obtenu le label de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), mais ne remplacent pas le brossage.

• Tarifs et remboursements (en 2012)

Tarif de la consultation d'un chirurgien-dentiste : 21 euros (taux de remboursement : 70 % soit 14,70 euros).

Tarif pour des soins dentaires pour les enfants de moins de 13 ans (taux de remboursement à 70 %) :

- détartrage : 28,92 € ;
- traitement d'une carie 1 face : 16,87 € ;
- traitement d'une carie 2 faces : 28,92 € ;
- traitement d'une carie 3 faces : 40,97 € ;
- extraction d'une dent de lait : 16,72 € ;
- extraction d'une dent permanente : 33,44 €.

Pour les scellements de sillon, remboursement à hauteur de 70 % pour les premières et deuxième molaires permanentes chez les enfants de moins de 14 ans (depuis janvier 2001).

et Santé et protection sociale (IRDES), la persistance des inégalités sociales de recours aux soins dentaires. Ces résultats sont mis en perspective avec les données des enquêtes de santé en milieu scolaire (DREES) qui décrivent l'état de santé bucco-dentaire des enfants grâce à un examen réalisé par des infirmiers(ières) ou des médecins de santé scolaire (encadré 2).

Un recours au chirurgien-dentiste insuffisant

Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) préconisent une visite de contrôle annuelle chez le chirurgien-dentiste pour les adultes comme pour les enfants, dès l'apparition des dents de lait. Or, selon les déclarations des parents dans l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008, 30 % des enfants âgés de 5 à 15 ans n'ont pas consulté de dentiste au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion diminue avec l'âge, mais reste tout de même élevée chez les 10-15 ans : 26 % d'entre eux n'ont pas consulté dans l'année qui a précédé l'enquête (36 % chez les 5-9 ans).

Ce taux de recours, inférieur aux recommandations, cache des disparités sociales. Tandis que 79 % des enfants âgés de 5 à 15 ans dont la mère est cadre ont consulté un dentiste dans les douze derniers mois,

c'est le cas de seulement 69 % des enfants d'employées et de 60 % des enfants d'ouvrières (graphique 1). On retrouve un écart similaire en observant le taux de recours en fonction du groupe socioprofessionnel du père. De même, le recours augmente progressivement avec le diplôme de la mère : la proportion d'enfants ayant vu un dentiste dans l'année passe de 62 %, lorsque la mère est sans diplôme, à 76 % lorsqu'elle est diplômée de l'enseignement supérieur.

Des disparités selon le milieu social

Enfin, on note que le statut d'activité des parents et le niveau de vie sont également discriminants. En particulier, seuls 56 % des enfants dont la personne de référence du ménage est au chômage ont vu un dentiste dans les douze derniers mois. Ces écarts sont à l'image des disparités en matière de recours des parents : le taux de recours des mères ouvrières est plus faible que celui des mères cadres. Ce sont les soins dentaires auxquels les adultes renoncent le plus (Després *et al.*, 2011).

Ces inégalités sociales dans l'enfance sont pénalisantes en matière de santé bucco-dentaire et plus généralement de santé et ce, pour trois raisons. La première tient au fait que les habitudes en matière de suivi médical

s'acquièrent dès le plus jeune âge : un enfant qui a pris tôt l'habitude de consulter régulièrement un dentiste aura plus de chances de reproduire ce comportement à l'âge adulte. La deuxième est qu'une identification précoce des problèmes dentaires permet d'éviter des traitements dentaires lourds et coûteux. Par exemple, une carie sur une dent de lait non soignée peut entraîner une infection du germe de la dent définitive qui aura pour conséquence des anomalies de la couronne ou de la racine. Enfin, la troisième raison est, qu'à long terme, l'absence de consultations régulières et la mauvaise santé bucco-dentaire qui en découle peuvent avoir des conséquences graves sur l'état de santé général, physique comme psychologique (Tessier, Cohen, Azogui-Lévy, 2012). Parmi les risques associés à une mauvaise santé bucco-dentaire figurent, entre autres, les maladies cardio-vasculaires, pulmonaires, les accouchements précoces et l'obésité (Vergnes, Nabet, 2012).

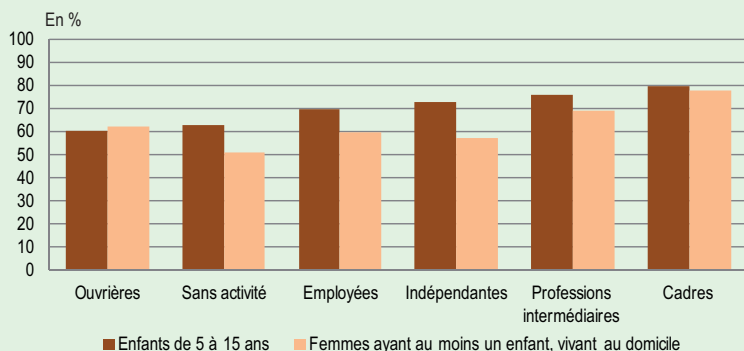
Une méconnaissance des dispositifs

Pour remédier à ces inégalités sociales de recours aux soins dès l'enfance, un programme de prévention a été mis en place par l'Assurance maladie en 2007. Il propose des consultations gratuites à différents âges de l'enfance et de l'adolescence (encadré 1). Or, d'après les données 2010 de l'enquête Santé et protection sociale, 75 % des enfants âgés de 6 ans et 70 % des enfants de 9 et 12 ans ont consulté un dentiste dans le cadre de ces visites. Ce pourcentage diminue à 40 % parmi les adolescents de 15 ans. Ce recours diffère selon le groupe social des parents. En effet, 64 % des enfants dont la personne de référence du ménage est employée déclarent avoir participé à la visite au 6^e anniversaire, contre 71 % des enfants d'ouvriers et 82 % des enfants de cadres ou professions intermédiaires. Par ailleurs, les données de l'enquête Handicap-Santé mettent en évidence que les enfants âgés de 5 à 15 ans dont les parents bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire⁴ (CMU-C) ont un taux de

4. D'après l'enquête Handicap-Santé 2008, 11 % des enfants de 5 à 15 ans sont couverts par la CMU-C, 6 % n'ont pas de mutuelle et 83 % en ont une (hors CMU-C).

GRAPHIQUE 1

Recours au dentiste des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère comparé au recours des femmes ayant des enfants vivant à domicile



Lecture • L'enquête HSM n'interroge qu'une seule personne par ménage, il n'est donc pas possible de comparer le recours au dentiste d'un enfant avec celui de sa mère. Le taux de recours des enfants de 5 à 15 ans selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère est comparé au taux de recours des femmes interrogées dans l'enquête ayant au moins un enfant vivant au domicile.

Champ • France, enfants de 5 à 15 ans et femmes ayant un ou des enfants vivant à domicile. Recours sur les douze derniers mois.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

recours au dentiste de 60 %, soit un niveau proche de celui des enfants dont les parents ne disposent d'aucune complémentaire santé, et inférieur à la moyenne (70 %). La gratuité des soins et l'absence d'avance de frais ne garantissent donc pas le recours aux soins dentaires. La méconnaissance de ce dispositif ajoutée à la crainte de la visite chez le dentiste peuvent expliquer ces écarts de recours⁵. Ces résultats soulignent la nécessité de cibler davantage certaines populations dans les campagnes de prévention.

Outre cette dimension socio-économique, le recours aux soins dentaires varie selon les territoires. En Métropole, 70 % des enfants de 5 à 15 ans ont eu recours au dentiste dans les douze derniers mois contre seulement 46 % des enfants dans les départements d'outre-mer (DOM). Ce taux de recours plus faible s'inscrit dans un contexte de faible densité de chirurgiens-dentistes dans les DOM⁶.

Enfin, le recours apparaît aussi corrélé à l'état de santé général de l'enfant. En particulier, les enfants déclarant souffrir d'un handicap sont moins nombreux à avoir consulté un dentiste dans l'année (59 % contre 70 % en moyenne), ainsi que les enfants déclarant souffrir depuis au moins six mois d'un problème de santé qui les limite dans les actes de la vie quotidienne (64 %).

Tous ces constats sont confortés par une analyse multivariée qui prend en compte les caractéristiques individuelles de l'enfant et les déterminants socio-économiques de son entourage (tableau 1). Ainsi, à caractéristiques comparables, un enfant a plus de chances d'avoir consulté un dentiste dans l'année si sa mère est cadre plutôt qu'ouvrière (rapport de chance de 2,5). De même, un enfant vivant en Métropole a une probabilité plus importante d'avoir consulté un dentiste qu'un enfant aux caractéristiques similaires, mais résidant dans les DOM. Les filles ont une probabilité de recours plus importante que les garçons et cette probabilité augmente avec l'âge. L'effet du type de ménage dans lequel l'enfant réside sur le recours

aux soins est moins significatif : le rapport de chance est de 0,8 pour les enfants grandissant dans une famille monoparentale par rapport aux enfants vivant avec deux parents. Toutes choses égales par ailleurs, les enfants couverts par la CMU-C ont une probabilité de recours proche de celle des enfants bénéficiaires d'une complémentaire santé.

De la prévention pour les enfants de cadres, des soins pour les enfants d'ouvriers

À la question « Votre enfant a-t-il toutes ses dents intactes ou a-t-il des dents traitées ou remplacées ? », 15 % des mères cadres répondent que leur enfant a des dents qui ont été traitées ou remplacées contre 30 % des mères ouvrières⁷. Or, si l'on conditionne cette question au fait d'avoir eu recours au dentiste dans les douze derniers mois, le taux d'enfants de cadres ayant eu

des dents traitées varie peu (17 % parmi ceux ayant consulté un dentiste) alors qu'il varie sensiblement pour les enfants d'ouvriers (39 %). Ces résultats suggèrent que les consultations chez le dentiste se traduisent plus souvent par des soins pour les enfants d'ouvriers alors que ce sont davantage des visites de contrôle pour les enfants de cadres (graphique 2).

Les enfants dont la mère est sans activité ou ouvrière sont 15 % à avoir une santé dentaire dégradée (« moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise ») contre seulement 5 % des enfants dont les mères sont cadres⁸. Des écarts comparables apparaissent selon le groupe socio-professionnel du père. La perception de la santé bucco-dentaire est également corrélée au niveau de vie : 17 % des enfants appartenant au premier quartile de niveau de vie (les 25 % les plus modestes) déclarent une santé bucco-dentaire dégradée, soit

5. BEYNET A., MENAHEM G., 2002, « Problèmes dentaires et précarité », CREDES.

6. La densité moyenne de dentistes est de 63 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012 en France métropolitaine, de 51 pour 100 000 à La Réunion, de 40 pour 100 000 en Martinique, de 36 pour 100 000 en Guadeloupe et de 23 pour 100 000 en Guyane (Sicart D., 2012, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012 », Document de travail, DREES, série Statistiques, n° 168, mars).

7. Ces chiffres reposent sur les déclarations concernant les caries traitées dans l'enquête Handicap-Santé « ménages » pour les enfants âgés entre 5 et 15 ans. Ils peuvent donc différer de ceux issus des enquêtes de l'UFSBD qui s'appuient sur un examen par un dentiste auprès d'enfants de 12 ans.

8. Dans l'enquête Handicap-Santé était posée la question : « Diriez-vous que votre état de santé dentaire est : — très bon ; — bon ; — moyen ; — mauvais ; ou — très mauvais ? ».

■ TABLEAU 1

Probabilité pour les enfants d'avoir eu recours à un dentiste dans les douze derniers mois

		Rapport de chances	% à avoir eu recours
Sexe	Fille	1,2**	71
	Garçon	Ref	68
Âge	5-9 ans	Ref	64
	10-15 ans	1,7**	74
Handicap	Pas de handicap	Ref	69
	Un handicap	0,7	59
PCS de la mère	Indépendant	1,8**	73
	Cadre	2,5**	79
	Profession intermédiaire	2,2**	76
	Employé	1,6**	69
	Ouvrier	Ref	60
	Sans activité	1,3*	63
Type de ménage	Couple avec enfants	Ref	71
	Famille monoparentale	0,8*	65
	Autre situation	0,7**	57
Lieu de résidence	France métropolitaine	Ref	70
	DOM	0,4**	46
Couverture médicale	Pas de complémentaire	0,7**	60
	CMU-C	1,0	60
	Une mutuelle	Ref	71

**Significatif au seuil de 5 % ; *significatif au seuil de 10 % ; en italique : non significatif au seuil de 10 % ; PCS : profession et catégorie socio-professionnelle.

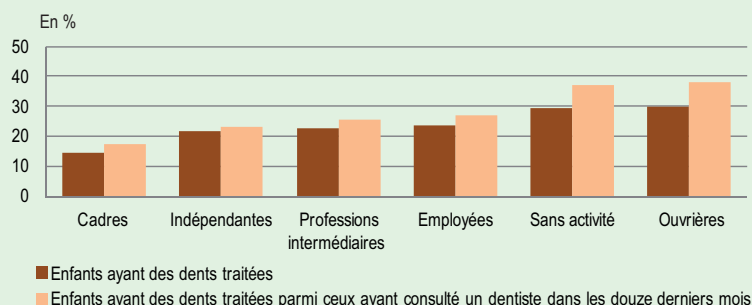
Lecture • À caractéristiques individuelles et socio-démographiques contrôlées dans la régression identiques (âge des enfants, sexe, présence d'un handicap, ménage d'appartenance, catégorie socioprofessionnelle de la mère et couverture médicale des parents), les enfants vivant en Métropole ont 2,6 fois plus de chances d'avoir eu recours au dentiste que de ne pas y avoir eu recours par rapport aux enfants vivant dans les DOM. Autrement dit, si p1 est la probabilité d'avoir eu recours au dentiste pour les premiers et p2 pour les seconds le rapport des chances est $[p1/(1-p1)]/[p2/(1-p2)]$. Plus simplement, un rapport de chances supérieur à 1 (respectivement inférieur à 1) signifie que la probabilité d'avoir eu recours est plus importante (respectivement moins importante) que pour la modalité de référence.

Champ • France, enfants de 5 à 15 ans.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

■ GRAPHIQUE 2

Part des enfants ayant eu des dents soignées (traitées ou remplacées), selon la profession de la mère



Champ • France, enfants âgés de 5 à 15 ans.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

■ GRAPHIQUE 3

Part des enfants de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^e ayant déjà eu une carie



Lecture • 29 % des enfants d'ouvriers scolarisés en grande section de maternelle ont déjà eu des caries : 23 % des enfants avaient au moins une carie non soignée et 6 % n'avaient que des caries soignées.

Note • L'échelle retenue pour classer les groupes socioprofessionnels est la suivante : a au moins un parent cadre, à défaut un parent avec une 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 » (Chardon, Guignon, 2013).

Champ • France, enfants en classe de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^e.

Sources • DREES-DGESCO - enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (2005-2006), de CM2 (2007-2008) et 3^e (2008-2009).

deux fois plus que dans le dernier quartile (les 25 % les plus aisés).

Les inégalités sociales de recours aux soins s'accompagnent d'inégalités de santé bucco-dentaire

Ces inégalités de santé estimées à partir des déclarations des parents sont confortées par les enquêtes de santé en milieu scolaire où la santé bucco-dentaire des enfants est mesurée grâce à un examen réalisé par des médecins et infirmiers de l'Éducation nationale. D'après ces enquêtes, la part d'enfants n'ayant jamais eu de carie décroît logiquement avec l'âge : cela concerne 83 % des élèves de grande section de maternelle, mais seulement 55 % des adolescents en classe de 3^e. On retrouve le gradient social mis en évidence pour le recours aux soins : 8 % des enfants de cadres et 30 % des enfants d'ouvriers ont déjà eu au moins une carie à l'âge de 6 ans (graphique 3). Ces pourcentages s'établissent respectivement à 26 % et 53 % en CM2 et à 34 % et 58 % en 3^e. En outre, en maternelle, 4 % des enfants de cadres ont au moins une carie non soignée, contre 23 % des enfants d'ouvriers. Les inégalités de recours se traduisent par un repérage plus tardif des caries.

De même, les enfants ayant au moins un parent au chômage sont plus nombreux à avoir des caries (soignées ou non soignées) : c'est le cas de 26 % des enfants de grande section de maternelle (contre 17 % en moyenne), de 53 % des élèves de CM2 (contre 40 % en moyenne) et de 54 % des élèves de 3^e (contre 45 % en moyenne).

Les enfants scolarisés en zones d'éducation prioritaire⁹ ont deux fois plus souvent au moins une carie non soignée. Toutes choses égales par ailleurs, cet effet est significatif en classe de grande section de maternelle et de CM2. En outre, les enfants

9. Les zones d'éducation prioritaire (ZEP) mises en place en 1981 ont 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. Depuis la rentrée 2006, l'éducation prioritaire repose sur de nouveaux maillons, les réseaux « ambition réussite » et les réseaux de « réussite scolaire ».

scolarisés dans les DOM ont deux fois plus souvent des dents cariées non traitées qu'en Métropole.

L'état de la dentition est lié à l'alimentation

Toutes choses égales par ailleurs, l'état de la dentition apparaît corrélé à l'hygiène de vie¹⁰, et notamment à l'alimentation. La moitié des enfants de CM2 déclarant boire des boissons sucrées tous les jours ont des caries (soignées ou non soignées), contre 30 % de ceux qui déclarent ne jamais en boire. De même, le fait de prendre un petit-déjeuner, et donc de limiter vraisemblablement les grignotages, réduit la prévalence des caries (en CM2, 60 % des enfants qui ne prennent jamais de petit-déjeuner ont ou ont déjà eu des caries, contre 40 % pour les élèves prenant leur petit-déjeuner quotidiennement). Or, 20 % des parents déclarent que leur enfant scolarisé en CM2 consomme des boissons sucrées tous les jours et 16 % que leurs enfants ne prennent pas de petit-déjeuner tous les jours (Chardon, Guignon, 2013).

10. En tenant compte du groupe social des parents et du statut d'activité, l'effet de l'hygiène de vie reste significatif.

Pour en savoir plus

Azogui-Levi S., Boy-Lefevre M.-L., 2005, « La santé bucco-dentaire en France », *Actualité et dossier en santé publique*, Haut Conseil de la santé publique, n° 51, p. 4-8.
Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Question d'Économie de la Santé*, IRDES, n° 170, novembre.

Guignon N., Collet M., Gonzalez L., De Saint Pol T., Guthmann J.-P., Fonteneau 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., Fonteneau L., Guthmann J.-P., 2008, « La santé des adolescents des classes de CM2 en 2004-2005. Premiers résultats », *Études et Résultats*, DREES, n° 632, avril.

Guignon N., Herbet J.-B., Danet S., Fonteneau L., 2007, « La santé des adolescents scolarisés en classe de 3^e en 2003-2004. Premiers résultats. », *Études et Résultats*, DREES, n° 573, mai.

Stratégie de prévention de la carie dentaire, Synthèse et recommandations en santé publique, Haute Autorité de santé, mars 2010.

Tessier S., Cohen F., Azogui-Levi S., et al., 2012, Promouvoir la santé bucco-dentaire, Introduction, in Promouvoir la santé bucco-dentaire, *La Santé de l'homme*, n° 417, p. 4-5, janvier, février.

Vergnes J.-N., Nabet C., 2012, « Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? », in Promouvoir la santé bucco-dentaire, *La santé de l'Homme*, n° 417, p. 7-8, janvier, février.

À paraître en 2013 : Chardon O., Guignon N., « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 - Une situation contrastée selon l'origine sociale des élèves », *Études et résultats*, DREES.

ENCADRÉ 2

Les sources mobilisées

L'enquête Handicap-Santé volet « ménages » 2008

L'enquête Handicap-Santé volet « ménages » (HSM) 2008 a été collectée auprès de 29 900 individus, de tous âges, résidant en France métropolitaine et dans les DOM, vivant en « ménages »¹ ; Les résultats présentés ici portent uniquement sur ces ménages. 3 300 enfants âgés de 5 à 15 ans ont été enquêtés. L'entretien a été réalisé en face-à-face. Lorsque les enfants avaient moins de 16 ans, une personne majeure dans le ménage (de préférence un des parents) a répondu à leur place. L'enquête HSM permet d'aborder la santé bucco-dentaire sous l'angle de deux indicateurs : la part des enfants qui ont eu recours à un dentiste au cours des douze derniers mois et la part des enfants dont les parents estiment que leur état de santé dentaire est « moyen », « mauvais », ou « très mauvais » versus « bon » ou « très bon ».

Une documentation est disponible sur : www.drees.sante.gouv.fr/presentation-des-enquetes-handicap-sante-2008-2009,4267.html

Les enquêtes de santé scolaire

Les enquêtes en milieu scolaire ciblent trois âges : 5-6 ans (élèves scolarisés en grande section de maternelle [GSM]), 10-11 ans (élèves en classe de CM2) et 14-15 ans (adolescents en classe de 3^e). Ces enquêtes recueillent des données de santé mesurées par des médecins et infirmières scolaires et interrogent, pour les plus jeunes, les parents sur les modes de vie de l'enfant. Environ 30 000 enfants sont interrogés en grande section de maternelle et 10 000 jeunes dans les deux autres niveaux scolaires. La santé bucco-dentaire est abordée sous la forme des réponses des médecins ou infirmières à deux questions sur le « nombre de dents cariées » et le « nombre de dents cariées non soignées », issues des résultats de l'examen de santé. Les dernières enquêtes pour lesquelles les données sont disponibles sont : l'enquête en GSM 2005-2006, CM2 2007-2008 et 3^e 2008-2009. Pour plus de renseignements : www.drees.sante.gouv.fr/cycle-triennal-d-enquete-sur-la-sante-des-enfants-et-adolescents-scolarises,6571.html

L'enquête Santé et protection sociale

L'Enquête santé protection sociale (ESPS), conduite par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. En 2010, 8 000 ménages et près de 23 000 individus ont été interrogés dont 3 000 enfants âgés de 0 à 15 ans. Le volet sur la santé bucco-dentaire comporte des questions sur l'état de santé dentaire, le recours et le renoncement aux soins. Dans cette étude, les données sur le recours aux soins dans le cadre des visites gratuites de prévention proposées aux enfants par l'Assurance maladie sont mobilisées.

Pour plus de renseignements : www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/index.html

Les enquêtes effectuées par l'Union française pour la santé bucco-dentaire

En 1987, 1998 et 2006, l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) a réalisé des enquêtes qui décrivent, pour les enfants de 6 et 12 ans, en France métropolitaine, la carie dentaire à partir de l'indice CAO ainsi que la répartition de cette pathologie par sexe, catégorie socioprofessionnelle des parents et type d'établissement scolaire fréquenté.

1. Bouvier G., 2011, « Le volet Ménage de l'enquête Handicap-Santé, Présentation, calcul des poids », Document de travail, INSEE, octobre.