

Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est, à un horizon quinquennal, de réduire de 30% l'indice CAO¹ mixte moyen à l'âge de 6 ans (valeur cible : 1,2), ainsi que l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (valeur cible : 1,4). Les valeurs de départ étaient celles estimées en 1998 pour ces deux indicateurs : 1,7 pour le CAO mixte moyen à 6 ans et 1,94 pour le CAO moyen à 12 ans. L'indice CAO est l'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé buccodentaire 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. L'indice CAO mixte moyen est établi en tenant compte des dents temporaires et permanentes de l'enfant. L'objectif a été quantifié par comparaison avec les données disponibles dans d'autres pays d'Europe, en particulier les pays du Nord, dont les indices CAO sont à l'âge de 12 ans très proches de 1. Les âges de 6 et 12 ans ont été choisis car ils sont marqués par deux étapes importantes de la poussée dentaire : 6 ans est l'âge moyen d'éruption de la première molaire permanente ; 12 ans est l'âge moyen de l'éruption de la 2^e molaire permanente et c'est aussi l'âge auquel les dents définitives sont en place, à l'exception des dents de sagesse.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Distribution des indices CAO mixte pour les enfants de 6 ans et CAO pour les enfants de 12 ans

Depuis 1998, l'état de santé bucco-dentaire des enfants continue à s'améliorer de façon significative (tableau 1) : à l'âge de 12 ans, l'indice CAO ou indice carieux, représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, est passé de 4,20 en 1987 à 1,94 en 1998 et 1,23 en 2006. La proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie (CAO de 0), qui était de 12% en 1987 et de 40% en 1998, a atteint 56% en 2006. À l'âge de 6 ans, l'indice carieux est passé de 3,73 en 1987 à 1,38 en 2006 et le taux d'enfants totalement indemnes de carie était estimé à 63%.

Le recul de la prévalence de la carie s'inscrit dans une tendance générale observée dans de nombreux pays développés. Cette évolution résulte probablement de nombreux facteurs

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

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restent marquées en 2006. À 12 ans, 6% des enfants non indemnes cumulaient 50% des dents atteintes et 20% cumulaient 72% des dents atteintes. Par ailleurs, les enfants d'agriculteurs (CAO moyen de 1,42), d'ouvriers (CAO moyen de 1,55), d'inactifs (CAO moyen de 1,60), de même que les enfants scolarisés en ZEP (CAO moyen de 1,49) ou en zone rurale (CAO moyen de 1,59) étaient plus significativement atteints (tableau 2). Globalement, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser : en 1998, un enfant de 12 ans à traiter (33% des enfants) avait en moyenne besoin de soigner 2,3 dents permanentes ; en 2006, la moyenne est encore de 2,1 dents (23,1% des enfants).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédent et suivant leurs 6 ans

La mesure phare du plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 est l'instauration d'un examen de prévention à 6 et à 12 ans, pris en charge à 100% sans avance de frais, de même que les soins dispensés pendant les six mois suivant l'examen (art. L2132-2-1 du Code de la santé publique). L'application de cette disposition s'est faite progressivement depuis 2006 par voie conventionnelle.

D'après les données de la CNAMTS, la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant et suivant leurs 6 ans est passée de 52,8% pour la période 2003-2005 à 75,4% pour la période 2007-2009 (tableau 3). Pour le RSI, ce taux est estimé à 63,4% pour 2007-2009. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

En 2006, l'indice CAO mixte moyen était estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans. Ces évolutions très favorables résultent probablement de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, etc.).

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restaient marquées en 2006. Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale étaient significativement plus atteints. Par ailleurs, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser.

1. L'indice CAO = C (nombre de dents cariées) + A (nombre de dents absentes pour cause de carie) + O (nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée).

TABLEAU 1 • Évolution de l'indice carieux (CAO) et de la proportion d'enfants indemnes de caries

		1987	1998	2006
Indice CAO moyen	mixte à 6 ans	3,73	-	1,38
	à 12 ans	4,20	1,94	1,23
% d'enfants indemnes de caries	à 6 ans (coCAO = 0)	30 %	-	63,4 %
	à 12 ans (CAO = 0)	12 %	40 %	56,0 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : UFSBD – DGS.

TABLEAU 2 • Évolution de l'indice carieux chez les enfants de 12 ans selon la PCS des parents, la zone géographique et le secteur éducatif

	Indice CAO		CAO = 0* (%)	
	1998	2006	1998	2006
Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)				
Agriculteurs	2,40	1,42	33,3	45,0
Commerçants	1,87	1,15	38,2	55,7
Cadres supérieurs	1,46	0,90	47,2	67,0
Professions intermédiaires	1,71	1,21	43,2	56,9
Employés	1,86	0,97	42,9	60,7
Ouvriers	2,32	1,55	31,6	50,3
Autres**	2,43	1,60	29,7	42,5
Zone géographique				
Zones rurales	2,12	1,59	36,1	48,1
Petites agglomérations***	2,16	1,16	35,2	58,1
Grandes agglomérations***	1,82	1,21	41,2	56,2
Secteur				
Hors ZEP	-	1,18	-	57,3
ZEP	-	1,49	-	48,5
Total	1,94	1,23	39,2	55,9

* Proportion d'enfants « totalement indemnes » de caries.

** Chômeurs n'ayant jamais travaillé et inactifs (autres que retraités).

*** Petites agglomérations : < 20 000 habitants ; grandes agglomérations : > 20 000 habitants.

Champ : France métropolitaine.

Sources : UFSBD – DGS.

TABLEAU 3 • Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant ou suivant leurs 6 ans (en %)

	CNAMTS
2003-2005	52,8
2004-2006	54,9
2005-2007	55,5
2006-2008	71,2
2007-2009	75,4

Champ : France entière.

Source : CNAMTS

SOURCES • Enquêtes effectuées en 1987, 1998 et 2006 par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) à la demande de la direction générale de la santé (DGS).

CHAMP • France métropolitaine.

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes, réalisées à partir des fichiers de l'Éducation 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). L'enquête de 1998 n'a porté que sur les enfants de 12 ans.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indice CAO moyen est le 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 qui ont été recueillies de façon distincte par un chirurgien-dentiste. À 12 ans, on ne prend en compte que les dents permanentes pour mesurer le CAO. À 6 ans, on utilise l'indice CAO mixte (ou coCAO) qui, outre les dents permanentes, prend aussi en compte les dents temporaires (« dents de lait »). Le pourcentage d'enfants indemnes de toute carie correspond au pourcentage d'enfants dont le CAO est égal à zéro.

LIMITES ET BIAIS • Les enfants des DOM-TOM ne sont pas représentés dans les échantillons étudiés. Par ailleurs, les enfants accueillis dans les établissements spécialisés (instituts médico-éducatifs ou IME, établissements pour polyhandicapés) étaient également, par construction, absents des échantillons étudiés. Les quelques différences de structure des échantillons entre 1987, 1998 et 2006 pourraient expliquer une petite partie des différences de résultats mesurés en 2006.

RÉFÉRENCE •

— Patrick Hescot, Edith Roland, 2006, *La santé dentaire en France, enfants de 6 ans et 12 ans*, UFSBD.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD).

SOURCES • Assurance maladie : CNAMTS, RSI (OCAP).

CHAMP • France entière, enfants âgés de 6 ans, ayant droit des assurés sociaux au régime général de l'assurance maladie ou au régime social des indépendants (RSI).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir de la liquidation des codes suivants : Code Spécialité Médicale Professionnel de Santé Exécutant = stomatologie (code 18) ou chirurgie dentaire (Spécialiste ODF) (code 36) ou chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (code 45) ou Code nature d'activité pour les non-médecins exécutants = chirurgie dentaire (code 19). Pour la CNAMTS, le numérateur correspond au nombre d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant ou suivant leurs 6 ans. Pour une année n, les périodes d'interrogation des bases concernent donc les années (n-1 à n+1). Le dénominateur est le nombre d'ayants droit ayant eu 6 ans l'année n (soit 750 702 pour la période 2006-2008 et 741 809 pour la période 2007-2009). Pour le RSI, le dénominateur correspond au nombre d'enfants ayant eu 6 ans en 2008 (année de naissance : 2002) non-radiés au cours de la période de 3 ans (2007-2009), soit 20 601 enfants. Parmi eux, le dénominateur correspond au nombre d'enfants ayant consultés au moins un chirurgien dentiste entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009.

LIMITES ET BIAIS • Absence de données de la Mutualité sociale agricole (MSA) ; les données de consultation hospitalière ne sont pas prises en compte.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.