



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

AFR/RC58/9

24 juin 2008

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : FRANCAIS

Cinquante-huitième session

Yaoundé, Cameroun, 1^{er}-5 septembre 2008

Point 7.7 de l'ordre du jour provisoire

**MISE EN OEUVRE DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE SANTÉ BUCCO-
DENTAIRE : POINT DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES**

Rapport du Directeur régional

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1 – 7
ENJEUX ET DÉFIS	8 – 16
ACTIONS PROPOSÉES	17 – 28

CONTEXTE

1. La santé bucco-dentaire est une composante essentielle de la santé en général. Compte tenu de leur morbidité et de leur impact socio-économique, les maladies bucco-dentaires constituent un problème majeur de santé publique, et pourtant elles peuvent être évitées. Leurs conséquences telles que la douleur et les déficiences fonctionnelles ont un impact négatif sur la santé des individus et des communautés.

2. En 1998, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une stratégie régionale décennale (1999-2008) pour la santé bucco-dentaire.¹ Cette stratégie met l'accent sur les problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves auxquels les populations doivent faire face. Elle définit 5 axes prioritaires : l'élaboration de stratégies nationales et leur mise en œuvre, l'intégration de la santé bucco-dentaire au sein des programmes de santé, la prestation de services, une approche régionale d'éducation et de formation, et le développement d'un système d'information pour la gestion en santé bucco-dentaire.

3. La carie dentaire et les maladies des tissus de soutien de la dent sont prédominantes en santé bucco-dentaire en raison des changements alimentaires des populations et de l'insuffisance de leur prise en charge. En 2003, dans la Région africaine, entre 60 et 80 % des enfants² d'âge scolaire, représentant le groupe le plus vulnérable, en étaient atteints. Chez les adultes, les maladies non transmissibles sont parfois responsables d'atteintes des gencives et autres tissus de soutien et de pertes dentaires. Le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les maladies respiratoires chroniques ont des facteurs de risque communs avec les affections bucco-dentaires;³ certains de ces facteurs tels que la consommation excessive de sucre et d'alcool, l'usage du tabac, la mauvaise hygiène bucco-dentaire, peuvent être évités.

4. Le noma représente un problème important pour la Région. Il a des facteurs de risque bien connus: pauvreté, malnutrition, maladies infectieuses telles que la rougeole, le paludisme, le VIH/sida. Le noma atteint surtout les enfants entre 2 et 6 ans, occasionnant d'importantes mutilations oro-faciales et une mortalité élevée en l'absence de traitement.⁴ Dans la Région, sur la base des notifications faites par 22 pays en 2006, le nombre de nouveaux cas a été estimé à 42 800.⁴ Certains pays comme le Lesotho, la Zambie et le Zimbabwe ont déclaré des cas de noma chez des enfants et des adultes infectés par le VIH.⁵

5. Chez les patients infectés par le VIH, la prévalence des lésions buccales liées à l'infection varie entre 50 et 60 %; l'importance de ces lésions est reconnue comme un indicateur de l'infection à VIH et un facteur prédictif de progression de l'infection vers le SIDA.⁶ Dans de nombreux pays, les cancers oro-pharyngés sont aussi en nette progression généralement due à une intoxication tabagique croissante. En Afrique, entre 1995 et 1998, l'incidence standardisée de ces

¹OMS, *La santé bucco-dentaire dans la Région africaine : Stratégie régionale 1999-2008*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique (AFR/RC48/R5), 1998.

² Petersen PE et al., The global burden of oral diseases and risks to oral health, *Bulletin of the World Health Organization* 83(9) : 661-669, 2005.

³ OMS. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/NMH/NPH/ORH/03.2), 2003.

⁴ OMS, *Le Noma aujourd'hui. Un problème de Santé publique ? Rapport sur une consultation d'experts selon la méthode Delphi*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/MMC/NOM/98.1), 1998.

⁵ Chidzonga MM, HIV/AIDS orofacial lesions in 156 Zimbabwean patients at referral oral and maxillofacial surgical clinics. *Oral Diseases* 9: 317-22, 2003.

⁶ Coogan M, Greenspan J, Challacombe S, Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus, *Bulletin of the World Health Organization* 83(9): 700-706, 2005.

cancers en fonction de l'âge était de 1,9 pour 100 000 habitants;⁷ elle est passée en 2005 à 6,9 pour 100 000 habitants en Afrique de l'Est et australe.⁸

6. Lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont adopté la résolution WHA60.17⁹ sur la santé bucco-dentaire. Cette résolution met l'accent sur la nécessité d'intégrer les maladies bucco-dentaires dans les programmes des maladies non transmissibles.

7. Le présent document a pour but de présenter les progrès réalisés au cours des dix années de mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire et de proposer de nouvelles actions tenant compte des enjeux et défis actuels et en rapport avec les recommandations proposées dans la résolution WHA60.17.

ENJEUX ET DÉFIS

8. Depuis l'adoption de la stratégie régionale, des progrès notables ont été réalisés par les États Membres. Cependant, de nombreux enjeux et défis persistent.

9. Vingt-deux pays ont élaboré et commencé à mettre en œuvre des politiques, stratégies et programmes nationaux de santé bucco-dentaire¹⁰ basés sur un manuel conçu par l'OMS. Neuf pays ont des programmes nationaux de lutte contre le noma. En 1998, 14 pays avaient un responsable de santé bucco-dentaire au niveau du ministère de la santé; selon une enquête régionale menée en 2007 et dont les résultats seront bientôt publiés, ce chiffre est passé à 23, ce qui témoigne d'un effort des gouvernements en faveur de la santé bucco-dentaire. Toutefois, ces responsables sont rarement associés aux instances de prise de décisions sur la planification et le développement des programmes de santé.

10. Concernant l'intégration de la santé bucco-dentaire au sein des programmes de santé, 25 pays ont développé des interventions spécifiques de santé bucco-dentaire dans la lutte contre le VIH/sida, dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la santé scolaire. Cependant, le programme de santé bucco-dentaire est exécuté sous forme d'éléments isolés dans les plans nationaux de santé.

11. Les services de soins bucco-dentaires sont essentiellement localisés dans les centres urbains, au niveau des hôpitaux nationaux ou régionaux. En 2007, la couverture géographique était estimée à un service dentaire pour 146 534 habitants. Cependant, ces services accordent très peu d'attention à la prévention et aux soins dentaires conservateurs; ils sont essentiellement orientés vers le traitement de l'urgence, avec des risques d'infection nosocomiale. Les infrastructures et équipements sont nettement insuffisants. Par ailleurs, la plupart des services dentaires sont tributaires d'une technologie sophistiquée, posant d'importants problèmes d'approvisionnement et de maintenance.

⁷ Parkin DM et al, *Cancer in Africa: Epidemiology and Prevention*, Lyon, IARC Scientific Publication N° 153, 2003.

⁸ Petersen PE, The global burden of oral diseases and risks to oral health, *Bulletin of the World Health Organization* 83(9) : 661-669,2005.

⁹ Résolution WHA60.17, Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections. *Soixantième Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, mai 2007.

¹⁰ Formulation d'une politique de santé bucco-dentaire : manuel à l'usage des responsables de santé bucco-dentaire dans la Région africaine de l'OMS, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique (AFR/ORH/05.1), 2005.

12. Les méthodes et outils de prévention des affections bucco-dentaires sont connus, mais ils n'ont pas toujours été intégrés dans les plans d'action; les interventions proposées dans la stratégie régionale ont été très peu appliquées. En dépit des orientations stratégiques définies, la priorité n'a pas été accordée à la promotion de la santé bucco-dentaire et à la prévention des affections bucco-dentaires, et les interventions de santé développées n'ont pas suffisamment mis l'accent sur la prévention primaire. L'on recourt, dans une large mesure, à la fluoruration, en tant que mesure de santé publique, mais au même moment, la défluoruration, en cas de concentrations excessives en fluorure, n'est pas une pratique très répandue. La participation communautaire à l'amélioration de la santé bucco-dentaire reste faible.

13. Vingt pays ont rapporté l'existence d'un financement national et de fonds additionnels fournis par les partenaires essentiellement pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre le molaire; toutefois, dans les États Membres, les ressources allouées à la santé bucco-dentaire restent limitées et insuffisantes, provenant essentiellement du budget national. Ces ressources ne permettent pas la réalisation de certaines activités, telle que l'usage de fluor, qui sont peu accessibles ou d'un coût élevé. Le coût du traitement des affections bucco-dentaires est élevé¹¹, et l'absence de leur prise en charge a un impact considérable sur les populations tant au plan économique qu'au plan social.

14. Une approche régionale d'éducation et de formation a été définie selon les orientations de la stratégie régionale. Le ratio dentiste/habitants s'est considérablement amélioré, passant de 1/150 000 à la fin des années 90¹² à 1/31 000 en 2004¹³ pour un total de 23 735 dentistes. Des professionnels dentaires auxiliaires ont été formés selon l'approche des soins de santé primaires (SSP) : 1 000 infirmiers odontologiques dans 17 pays et 7 717 hygiénistes dentaires dans 30 pays exerçant au niveau du district. Il existe d'importantes disparités entre pays; les ressources humaines de la Région sont en deçà des besoins, des normes et recommandations de l'OMS d'un dentiste pour 10 000 habitants, limitant considérablement les efforts de décentralisation de l'offre de services en santé bucco-dentaire. La formation des dentistes est souvent inadaptée aux besoins et le personnel dentaire auxiliaire travaille le plus souvent sans un système de référence-recours.

15. Quinze pays disposent d'un système de collecte de données sur les affections bucco-dentaires, essentiellement axé sur les caries et les maladies parodontales. Le tableau de la morbidité bucco-dentaire a évolué, avec notamment les manifestations buccales du VIH/sida. Les systèmes de surveillance existants ne sont plus en adéquation avec l'évolution du profil épidémiologique des maladies bucco-dentaires nécessitant un réajustement des indicateurs. Une liste de 22 indicateurs essentiels a été élaborée par l'OMS,¹⁴ elle accorde une attention particulière aux groupes vulnérables et aux conséquences négatives des facteurs de risque. Bien que choisis sur la base des critères de qualité, l'utilisation de ces indicateurs restera tributaire de la performance des systèmes nationaux d'information sanitaire dont la faiblesse entraîne une insuffisance en données fiables.

16. Les enquêtes STEPs portant sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles n'ont pas intégré le module de santé bucco-dentaire. Les activités de recherche opérationnelle spécifiques à la santé bucco-dentaire sont quasi inexistantes, limitant les informations pertinentes à des fins de planification. L'implication des partenaires de développement à la recherche et à la santé bucco-dentaire est en général faible.

^{11, 12} OMS. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/NMH/NPH/ORH/03.2), 2003.

¹³ OMS, *Rapport sur la santé dans la Région africaine 2006*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

¹⁴ WHO, *Standardization of Oral Health Information in the African Region. Report of the Regional Workshop*, May 2005, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, (AFR/ORH/07.1), 2007.

ACTIONS PROPOSÉES

17. La stratégie décennale (1999-2008) pour la santé bucco-dentaire dans la Région africaine de l'OMS demeure pertinente. Les progrès enregistrés dans sa mise en œuvre peuvent être consolidés et les défis relevés grâce à des actions appropriées.

18. **Renforcer l'engagement politique** des gouvernements est indispensable pour l'exécution des directives de la stratégie régionale. Il est également fondamental de renforcer le plaidoyer, la mobilisation et l'allocation des ressources, la collaboration et le partenariat, les capacités et l'éducation des populations.

19. **Renforcer la coordination nationale des programmes de santé bucco-dentaire** en désignant un responsable au niveau du ministère de la santé pour faciliter la formulation de la politique de santé bucco-dentaire incluant le noma, les actions concertées et la mise en œuvre effective des programmes. Dans les pays où ces responsables sont déjà nommés, leurs attributions devraient être clairement définies et leur autorité renforcée.

20. **Adopter une approche intégrée** pour améliorer la santé bucco-dentaire, en adéquation avec la résolution WHA60.17 et sur la base de l'approche des facteurs de risque communs, en privilégiant les actions en faveur de la sensibilisation et de l'éducation des populations. L'intégration de la santé bucco-dentaire dans les programmes d'enseignement du primaire se fera avec les programmes relatifs à la santé scolaire, au VIH/sida, à la santé de la mère et de l'enfant, à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, et aux maladies non transmissibles. Pour l'accélération de la mise en œuvre des programmes intégrés de santé bucco-dentaire, la stratégie des soins de santé primaires continuera d'être la pierre angulaire permettant ainsi aux communautés des zones rurales et aux groupes vulnérables d'avoir accès à des soins de base. L'OMS facilitera le développement et la mise en œuvre de cette approche intégrée de la santé bucco-dentaire à d'autres programmes en fournissant aux États Membres des guides techniques pour son application.

21. **Élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire** en mettant l'accent sur l'identification des déterminants de la santé au niveau des communautés et sur l'approche participative communautaire dans l'effort de santé. L'OMS favorisera la mise en place de mécanismes visant à améliorer la capacité de concevoir et de mettre en œuvre des interventions de prévention en santé bucco-dentaire.

22. **Accroître les allocations budgétaires nationales** destinées aux activités de prévention et de lutte contre les maladies bucco-dentaires, et associer les responsables de santé bucco-dentaire à leur gestion. L'OMS participera aux côtés des États Membres à la mobilisation de ressources additionnelles.

23. **Investir dans des infrastructures et équipements adéquats**, tout en mettant en place un système de gestion pour en garantir la maintenance et l'approvisionnement régulier en consommables. Une attention particulière sera accordée à la prévention des infections nosocomiales. La disponibilité et l'accessibilité en médicaments dentaires devront être assurées, sur la base du concept des médicaments essentiels qui est fondé sur les SSP.

24. **Assurer la disponibilité d'un personnel de santé bucco-dentaire** qualifié et qu'on motivera pour répondre aux besoins des populations, particulièrement au niveau du district. Pour cela, il faudra élaborer des programmes de formation, y compris la supervision pour les catégories de personnel correspondant aux besoins et aux infrastructures disponibles dans les pays, mais

aussi promouvoir la mise en place de réseaux et d'alliances permettant le partage des expériences positives à l'échelle régionale.

25. **Développer ou renforcer les systèmes de surveillance** au niveau des programmes par l'intégration des indicateurs essentiels de santé bucco-dentaire dans le système d'information sanitaire. Il faudra aussi promouvoir l'intégration de la surveillance du noma dans le système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte, et inclure le module de santé bucco-dentaire dans les enquêtes STEPs de l'OMS.

26. **Encourager la recherche** dans le but de fournir des preuves factuelles sur l'efficacité et le coût des interventions en santé bucco-dentaire. Entreprendre la recherche sur les conséquences de la consommation excessive de fluorure sur la santé publique. Favoriser la mise en place de méthodes et d'outils pour assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des affections bucco-dentaires.

27. **Renforcer les partenariats intersectoriels et multisectoriels**, incluant le secteur privé et les ONG. Les centres collaborateurs de l'OMS et d'autres partenaires seront mis à contribution pour l'exécution des programmes nationaux de santé bucco-dentaire.

28. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les actions proposées.