



ORGANISATION PANAMÉRICAINA DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITE EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, 19-23 juin 2006

Point 4.6 de l'Ordre du Jour provisoire

CE138/14 (Fr.)

31 mai 2006

ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE PLAN DÉCENNAL RÉGIONAL SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La santé buccale est un aspect critique de l'état de santé en général dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes vu son poids dans la charge de morbidité mondiale, ses coûts de traitement et les possibilités de prévention efficaces. La stratégie, présentée au Conseil Directeur en 1997 (Document CD40/20) accorde une grande importance à la prévention des maladies buccales grâce à des programmes complets de santé buccale, le renforcement des capacités nationales et la mise en œuvre d'interventions durables de santé buccale pour la majorité des 38 États Membres.

Depuis 1995, 40 enquêtes nationales de santé buccale ont été réalisées dans la Région. Ces données indiquent un net recul, de 35% à 85%, dans la prévalence des caries dentaires. Par ailleurs, la charge de maladie buccale est grave et reste élevée, comparée à d'autres régions du monde. Des soins de santé de mauvaise qualité et de caractère inéquitable, le changement des modes des maladies buccales, des coûts accrus et un investissement moindre dans les programmes de santé publique dentaire sont autant de signes proéminents de la crise sanitaire en cours dans les Amériques. De solides faits scientifiques suggèrent une relation entre la santé buccale et la santé en général, surtout les associations entre les infections buccales et les problèmes lors de la grossesse. Il existe également d'autres facteurs-risques courants entre les maladies buccales et chroniques, telles que le diabète, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.

Le document de cette stratégie a été préparé pour relever les défis de santé buccale, persistants et dynamiques, du nouveau millénaire. Cette stratégie a pour objet de réduire, d'ici l'an 2015, la charge de maladie provenant de diverses affections de santé buccale. Les objectifs proposés de ce plan sont de réduire DMFT-12 (dents cariées/manquantes/obturées pour les enfants de 12 ans) pour tous les pays, d'améliorer le bilan et le traitement des autres problèmes de santé buccale de la Région et d'élargir l'accès aux services de santé buccale pour tous. Cette stratégie a été conçue selon les modèles des meilleures pratiques utilisées par les programmes de fluoration réussis des 10 dernières années. Une intervention analogue, efficace par rapport aux coûts, utilisant de simples technologies, peut être étendue à plus grande échelle pour améliorer l'accès aux soins de santé buccale à un coût nettement plus faible. Les objectifs peuvent être atteints par un système de santé intégrée qui associe la santé buccale aux services de santé en général. Un programme commun de santé buccale dépend d'un partenariat entre la communauté dentaire privée et publique. L'amélioration de l'état de santé buccale des Amériques appuie la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et le développement mondial en général.

Le Comité exécutif est prié de revoir et de faire des recommandations sur la Stratégie régionale proposée décennale et le Plan d'Action de Santé buccale de l'OPS (2005-1015), ainsi que son budget proposé.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Obstacles entravant la santé buccale.....	6
Liens prouvés entre la santé buccale et la maladie systémique	6
Stratégie et Plan d'Action (2005-2015).....	7
Plan d'Action de l'OPS : buts, objectifs mesurables, indicateurs et activités	8
But 1. Terminer le programme non fini en santé buccale. « Garantir un niveau d'accès minimal aux soins de santé buccale pour tous, en comblant les lacunes de soins pour les groupes les plus vulnérables. »	8
But 2. Intégrer les soins de santé buccale aux services de soins de santé primaires (SSP)	11
But 3. Etendre à plus grande échelle les interventions efficaces par rapport aux coûts qui ont fait leurs preuves—Plan pluriannuel de programmes de fluoruration dans les Amériques et expansion de la couverture de santé buccale avec de simples technologies	14
Mesures à prendre par le Comité exécutif	16
Annexes	
Annexe A : Cadre intégral de progression des soins de santé buccale	
Annexe B : Plan opérationnel	
Annexe C : Budget de santé buccale de l'OPS, par programme biennal	
Références	

Introduction

1. La prévention des maladies est le pivot de la politique de santé buccale de l'OPS pour la Région des Amériques. Les politiques, les outils et la formation fournis par l'OPS aux États Membres ont permis un net recul des caries dans la Région. Ces améliorations sont dues essentiellement aux programmes nationaux de prévention, dont la fluoruration de l'eau et du sel, une meilleure connaissance d'une bonne hygiène buccale et de meilleures pratiques de soins de santé buccale. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

2. Une coopération technique a été fournie pour mesurer les progrès des pays, dans la continuité de la santé buccale en utilisant les scores DMFT-12 depuis le début des années 90.¹ Le score DMFT a été utilisé suite à sa disponibilité, facilité de mesure et comparaison fiable inter-pays. La typologie utilisée pour indiquer le profil DMFT a été divisée en trois stades correspondant à la gravité des caries dentaires :

- *Emergent* a été défini par un score DMFT-12 supérieur à cinq et l'absence d'un programme national de fluoruration du sel.
- *Croissance* a été définie par un score DMFT-12 entre trois et cinq et l'absence d'un programme national de fluoruration du sel.
- *Consolidation* a été définie par un score DMFT-12 de moins de trois et la présence d'un programme national de fluoruration du sel.

3. Le système de classement de l'OPS a valu plusieurs développements dont la mise en œuvre d'un vaste programme de fluoruration du sel et de l'eau dans la Région. Des études initiales dans les divers pays sont prévues dans le plan de fluoruration de l'OPS. Plus de 40 enquêtes nationales de santé buccale ont été réalisées pour évaluer DMFT et l'exposition au fluor, des analyses du coût-avantage, des systèmes de surveillance épidémiologique pour la fluoruration, le transfert de technologies et des systèmes d'évaluation et de suivi pour déterminer l'efficacité des programmes nationaux de fluoruration. Ces 10 dernières années, la coopération technique de l'OPS visait à mettre en œuvre des politiques efficaces et à améliorer les indicateurs de l'état de santé dans les pays avec des niveaux élevés de maladie et qui manquaient de politiques de prévention. Actuellement, des programmes de fluoruration sont en place dans plus de 25 pays et plus de 350 millions de personnes ont accès à des programmes de fluor dans les Amériques. D'après les projections, plus de 430 millions de personnes auront accès à des programmes de fluoruration d'ici l'an 2010.

4. Les progrès faits par les pays au niveau des scores DMFT, présentés dans les Tableaux 1 et 2, ont permis une réduction des caries de 35% à 85%. Cela indique un net

¹ DMFT (dents cariées/manquantes/obturées) est une unité de mesure décrivant la quantité de caries dans une population L'OMS recommande un score de DMFT de moins de trois à l'âge de 12 ans.

changement dans le profil épidémiologique des caries dentaires de la Région (Figure 1). Le changement dans le tableau de typologie témoigne de l'efficacité des modèles de meilleures pratiques, notamment son statut comme étude de cas modèle dans *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Cas No. 16)¹¹ et le premier livre scientifique sur la fluoruration du sel, *Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries*.¹²

Tableau 1 : Tableau de typologie de la santé buccale 1996, circa 1996

Emergent DMFT > 5 9 pays	Croissance DMFT 3-5 15 pays	Consolidation DMFT < 3 8 pays
Belize République dominicaine Salvador Guatemala Haïti Honduras Nicaragua Paraguay Pérou	Argentine Brésil Bolivie Chili Colombie Costa Rica Equateur Mexique Panama Porto Rico Pérou Surinam Trinité-et-Tobago Uruguay Venezuela	Bahamas Bermudes Canada Cuba Guyana Jamaïque Dominique Etats-Unis d'Amérique

Source: Publication scientifique et technique de l'OPS No. 615.

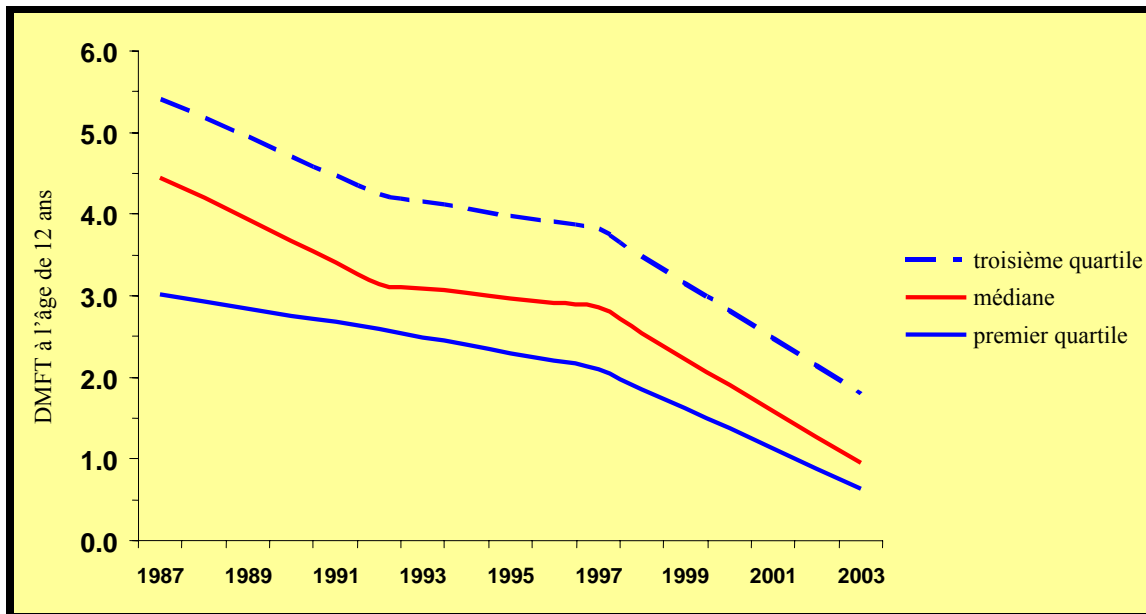
Tableau 2: Tableau de typologie de la santé buccale, circa 2005

Emergent DMFT > 5 2 pays	Croissance DMFT 3-5 7 pays	Consolidation DMFT < 3 29 pays	
Guatemala Sainte-Lucie	Argentine Bolivie Chili République dominicaine Honduras Panama Paraguay	Anguilla Aruba Bahamas Barbade Belize Bermuda Brésil Canada Iles Caïmans Colombie Costa Rica Cuba Curaçao Dominique Equateur	Salvador Grenade Guyana Haïti Jamaïque Mexique Nicaragua Pérou Surinam Trinité-et-Tobago Turks et Caicos Uruguay Etats-Unis d'Amérique Venezuela

Source: Publication scientifique et technique de l'OPS No. 615.

Figure 1

Tendances dans les scores DMFT à l'âge de 12 ans pour la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes 1987-2003



Source : Technologie et prestation de services de santé, OPS, 2005.

5. L'OPS a également mis au point un modèle des meilleures pratiques pour améliorer l'accès à la santé buccale en utilisant de simples technologies. En collaboration avec la Banque interaméricaine pour le Développement, des essais cliniques dans trois pays de l'Amérique latine démontrent le coût-efficacité de PRAT (Traitement restaurateur atraumatique) pour le traitement et la prévention des caries comparé à des méthodes conventionnelles. PRAT peut être utilisé avec un minimum de formation et de ressources, à l'aide d'un personnel auxiliaire, pour un tiers du coût. Ce modèle de meilleures pratiques est utilisé pour élargir l'accès aux services de santé buccale pour les groupes vulnérables.

6. Ce document esquisse la stratégie de santé buccale décennale et le plan d'action (2005-2015) pour la Région des Amériques. Cette stratégie a pour objet de promouvoir et de protéger la santé en général des Amériques grâce aux progrès dans les soins de santé buccale. Cette stratégie guidera la mise en place de projets durables de politiques, de meilleures pratiques et de ressources qui diminueront la charge de maladie imputable à une mauvaise santé buccale aux niveaux individuel, local, régional et national.

7. Une approche intégrée à l'amélioration de la santé buccale a été utilisée pour formuler cette stratégie. Cette approche a bénéficié de la collaboration des dentistes chefs et des experts de la Région lors de réunions telles que la Réunion des Dentistes Chefs 2004 de Cuba, la Réunion de l'Equipe spéciale 2005 à Washington et la Réunion des Dentistes Chefs 2005 au Canada. La démarche repose sur la collecte de données scientifiques sur les interventions de santé buccale, la consultation avec les parties prenantes et la présentation à des conseillers indépendants de la part de pays développés et en développement aux fins d'examen et de feed-back

Obstacles entravant la santé buccale

8. Malgré ces améliorations notables, la charge de maladie est encore lourde et reste élevée dans certaines zones géographiques et au sein de groupes à risques élevés. Certains obstacles empêchent des soins équitables de santé buccale pour toutes les populations. En voici des exemples :

- Politiques et lois
- Coûts qui ne cessent de grimper pour les soins dentaires 13
- Connaissance limitée de l'importance de la santé buccale
- Accès inéquitable aux services de soins de santé buccale, surtout pour les groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants, les groupes autochtones, les infirmes et les personnes âgées
- Barrières culturelles, liées au genre et autres barrières sociales
- Soins de santé buccale de mauvaise qualité

9. Les interventions visant à réduire ces inégalités doivent cerner les groupes défavorisés et évaluer leurs besoins afin de pouvoir mettre sur pied des interventions réussies et durables.

Liens prouvés entre la santé buccale et la maladie systémique

10. On peut souvent observer en premier, dans la qualité buccale, les premiers signes d'origine systémique.¹⁴ Les facteurs-risques de maladie systémique coexistent et interagissent souvent avec la maladie buccale. On note une corrélation entre la maladie buccale et les maladies cardiovasculaires, le diabète et les attaques cérébrales. De solides faits montrent que l'infection buccale chez la mère peut jouer un rôle important dans l'insuffisance pondérale à la naissance, tel que montré par des essais faits dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes.^{15,16,17} La cavité buccale est souvent le premier endroit où l'on peut diagnostiquer des maladies critiques. Les manifestations buccales sont généralement les premiers signes cliniques du VIH, de la carence en vitamine B12, du cancer buccal et des troubles liés à l'alimentation. Certaines habitudes de style de vie, par exemple, le tabagisme, une mauvaise nutrition ou l'utilisation de drogues

intraveineuses ou les maladies sexuellement transmissibles peuvent être dépistées lors d'examen buccaux. La solide corrélation entre plusieurs maladies buccales et maladies chroniques non transmissibles est essentiellement due à des facteurs-risques communs.

Stratégie et Plan d'Action (2005-2015)

11. Cette stratégie repose sur des actions intersectorielles et une coordination interprogrammatique pour arriver à des résultats optimaux de santé buccale dans les 10 ans à venir. Elle est dirigée par les éléments dynamiques de la santé publique : prévention de la santé, promotion de la santé et surveillance des maladies. Chaque élément de la stratégie repose sur la formation en ce qui concerne les meilleures pratiques, la diffusion des modèles de meilleures pratiques, les partenariats, l'investissement en aval et les mesures des progrès, dans le temps et selon l'échelle.

12. L'amélioration des soins de santé buccale correspond au Programme de la Santé pour Tous de 1977 de l'OPS qui met en avant l'équité sur le plan santé ainsi qu'aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) de 2000 préconisant un développement mondial en général. A cette fin, la stratégie a été formulée conformément au Programme de Développement des Nations Unies et à l'appui des trois OMD sur le plan santé. Elle vise à améliorer la santé maternelle et infantile en traitant des besoins des groupes vulnérables et en luttant contre le VIH/SIDA et autres maladies, en utilisant la santé buccale pour promouvoir la santé générale. De plus, la stratégie insiste sur l'intégration fonctionnelle de la santé buccale aux soins de santé primaires diagnostiques. Le renforcement des capacités nationales est d'importance critique pour faire progresser le développement national de la santé buccale et encourager la protection sociale entre les pays et au sein des pays.

13. Chaque but de la stratégie traite des trois grands défis de santé dans la Région et entre dans le cadre OPS de coopération technique :

- a) **Terminer le programme non fini** – Equité des soins pour garantir un niveau d'accès minimal à des soins de santé buccale pour chaque personne en se concentrant sur les groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, VIH/SIDA et groupes autochtones).
- b) **Relever de nouveaux défis** – Intégration des soins de santé buccale aux services de soins de santé primaires comme point d'entrée à un diagnostic rapide et à la prévention des maladies, grâce à une collaboration accrue avec des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, le secteur privé et des instituts dentaires et médicaux.

- c) **Etendre à plus grande échelle les interventions qui ont fait leurs preuves** – Maintien et amélioration des programmes actuels de prévention ; surveillance continue ; utilisation et application efficaces des ressources pour les soins de santé ; et transfert de l'information et de la technologie.

14. Cette stratégie dépend d'un système d'outil de repère scientifique pour faire le point des progrès au niveau de la santé pour toutes les populations d'un pays. Elle repose sur une politique de santé publique mettant en avant la santé buccale dans le cadre des soins de santé primaires (SSP), intégrant les technologies adéquates avec le soutien des prestataires privés, des programmes de santé buccale, des centres institutionnels, des organisations non gouvernementales (ONG), etc. Cette nouvelle orientation pour mesurer les progrès préserve et encourage le changement positif dans notre Région.

Plan d'Action de l'OPS : buts, objectifs mesurables, indicateurs et activités

15. L'OPS est engagée à mettre en œuvre une approche intégrée et scientifique pour améliorer la santé buccale. La stratégie générale suppose un partage de responsabilités entre le Secrétariat et les États Membres, et les partenariats au sein des secteurs gouvernementaux et également avec le secteur privé. La stratégie en vue d'atteindre ces buts vise essentiellement à améliorer la santé générale en améliorant la santé buccale, à utiliser les données probantes et les modèles des meilleures pratiques et à introduire des technologies novatrices. L'intégration des systèmes de santé buccale et soins de santé primaires est un des piliers de la stratégie.

16. Pour répondre aux trois buts proposés, l'OPS présente le Plan d'Action suivant.

But 1. Terminer le programme non fini en santé buccale. « Garantir un niveau d'accès minimal aux soins de santé buccale pour tous, en comblant les lacunes de soins pour les groupes les plus vulnérables. »

17. Malgré les progrès faits ces 10 dernières années pour réduire les scores DMFT, ceux-ci varient encore grandement entre les pays et au sein d'un même pays. Les raisons sont complexes à ces disparités sur le plan de la santé buccale. Dans bien des cas, l'explication réside dans des facteurs sociaux, économiques et culturels. Dans d'autres cas, les disparités sont encore aggravées par le manque de programmes de santé buccale. Par ailleurs, l'accès aux services est limité par le manque de moyens de transport, les demandes des ménages, l'infirmité physique ou autres maladies. Il existe encore d'autres raisons dont les ressources insuffisantes, le manque de connaissance du public et le manque de connaissance de l'importance de la santé buccale. *Les personnes connaissant le plus de problèmes de santé buccale sont parmi les pauvres de tous âges, notamment les enfants pauvres et les personnes âgées particulièrement vulnérables.*¹⁸

18. L'OPS fournira une coopération technique aux pays pour dépister les groupes vulnérables en fonction d'une évaluation des besoins pour les maladies buccales. A l'aide de cette information, des efforts seront faits pour renforcer la capacité nationale en vue d'améliorer la santé buccale des groupes défavorisés. Une importance spéciale sera accordée aux pays clés et prioritaires. Un niveau minimum de soins de santé buccale sera dispensé dans le cadre d'un ensemble de soins de santé de base. Un cadre sera utilisé comme outil de repère pour comprendre l'état actuel des services de santé buccale par population afin de juger des progrès et de les mesurer (Annexe A).

Objectif 1. Réduire les infections buccales parmi les groupes vulnérables

19. Viennent en premier les pays clés et prioritaires. Les scores DMFT indiquent de nets écarts entre ces pays (Bolivie 4.6; Equateur 2.9; Guyana 1.3; Haïti 1.0; Honduras 4.0; Nicaragua 1.8; Paraguay 3.8). De grandes différences peuvent également exister entre ces pays en ce qui concerne d'autres maladies buccales. Si l'on veut réduire la charge des maladies buccales, il faut faire une évaluation des besoins et inclure les maladies périodontiques, les lésions orales imputables au VIH, les traumatismes bucco-faciaux, la fluorose dentaire et le cancer buccal.

Objectif 2. Elargir l'accès aux soins de santé buccale pour les groupes vulnérables

20. La prévention et le contrôle des maladies buccales dépendent de la disponibilité et de l'accessibilité des systèmes de santé buccale. Les risques peuvent être réduits grâce à des services axés sur les soins de santé primaires et la prévention. Ces mesures doivent être intégrées à l'approche de soins de santé primaires, tel que proposé aux termes du But 2. Une évaluation fondamentale de santé buccale dans le cadre des soins primaires devrait être à la disposition de toutes les personnes. La priorité doit également être accordée à l'évaluation des besoins pour DMFT et les maladies buccales, et les groupes prioritaires seront ceux défavorisés.

Objectifs mesurables et indicateurs

Court terme : Un à deux ans

Objectif : Cerner les groupes vulnérables en fonction des directives indiquées par le pays et l'OPS.

- *Indicateur :* scores DMFT.
- *Indicateur:* Registres nationaux des groupes vulnérables, y compris VIH/SIDA, grossesse, cancer et diabète.

Objectif : Dépister les besoins en santé buccale des groupes vulnérables en insistant sur les pays clés et prioritaires selon l'évaluation des divers pays.

- *Indicateur* : Indicateurs de santé buccales autres que DMFT—maladie périodontique, lésions imputables au VIH, fluorose dentaire, cancer buccal, traumatisme, malformations génitales.
- *Indicateur* : Services de santé buccale—enquêtes CAP.

Objectif : Concevoir et mettre en œuvre des interventions pilotes adéquates pour les groupes vulnérables en utilisant des programmes réussis qui sont déjà en place.

- *Indicateur* : Modèle d'intervention.

Moyen terme : Trois à cinq ans

Objectif : Choisir et diffuser les modèles des meilleures pratiques.

- *Indicateur* : Expansion des modèles des meilleures pratiques.
- *Indicateur* : Législation pour la politique publique.

Long terme : Six à dix ans

Objectif : Etendre à plus grande échelle les modèles des meilleures pratiques dans la Région.

- *Indicateur* : Nombre de modèles de meilleures pratiques dans la Région.

Modèles des meilleures pratiques et mesure des progrès

21. La plupart des maladies buccales peuvent être prévenues. Grâce à une simple éducation et à une éducation sanitaire, on peut sensibiliser davantage à l'importance de la santé buccale et améliorer ainsi l'hygiène dentaire. Aussi, est-il de première importance d'intégrer attentivement les communications prévues et le marketing, tant pour la population que pour les prestataires de soins de santé, pour chaque élément de ce plan.

- Les méthodes pour changer le comportement individuel doivent s'accompagner d'interventions à base de population.
- L'éducation et le marketing sanitaire tiendront une place particulièrement importante pour engager les partenaires et utiliser de nouvelles technologies.
- Le matériel sur la promotion et l'éducation lié aux meilleures pratiques pourra être reproduit et adapté pour chaque pays.

Reproduction des meilleures pratiques pour la réalisation des buts

22. Des interventions efficaces par rapport aux coûts vérifient que des services de santé buccale sont disponibles pour les groupes les plus vulnérables. Voici des exemples de certaines initiatives et de certains programmes réussis :

- Utilisation de simples technologies (PRAT) dans le cadre d'un programme scolaire.
- Promotion du brossage des dents dans les écoles en faisant participer pleinement le secteur privé en tant que donateur/promoteur.
- Expansion du programme des écoles de bonne santé ou écoles sans caries dentaires.
- Elimination des sodas dans les distributeurs de boissons en milieu scolaire.

Aspects spéciaux

23. On n'est pas encore arrivé à une définition des groupes vulnérables et celle-ci variera dans son application d'un pays à l'autre. Les plans de santé buccale pour les populations vulnérables doivent être intégrés à la politique publique existante si l'on veut qu'ils soient efficaces. Cela demande une intégration complète de la santé buccale et des soins de santé primaires reposant sur des programmes existants.

24. La mise en œuvre de cette stratégie exige une approche interprogrammatique entre l'OPS et les ministères de la santé. Les sociétés de fournitures et de produits dentaires, les facultés et associations dentaires, les instituts de recherche et les ONG sont parmi les partenaires du secteur privé.

But 2. Intégrer les soins de santé buccale aux services de soins de santé primaires (SSP)

25. Les stratégies de prévention doivent chercher à réduire les maladies buccales. Une approche multidisciplinaire s'avère nécessaire pour intégrer la santé buccale aux services de soins de santé primaires, améliorer l'équité des soins et maintenir les programmes réussis de santé buccale préventive.

26. L'intégration de la santé buccale aux stratégies de soins de santé primaires renforcera et maximisera les progrès faits pour améliorer la santé maternelle et infantile et réduire le VIH/SIDA aux termes des OMD. Ils ont tous des implications directes pour la santé buccale. La santé buccale doit être intégrée à une approche commune de facteurs-risques. Une définition plus large de la santé buccale aura des implications importantes pour la prestation des soins. Par ailleurs, l'intégration des soins de santé buccale et soins de santé primaires dépend d'une solide politique de santé publique qui renforce les programmes existants de santé buccale dans les ministères de la santé et une

législation qui soutient la pleine intégration de la santé buccale et des soins de santé primaires. Par ailleurs, l'intégration des soins de santé buccale et des soins de santé primaires dépend également de la participation du personnel auxiliaire pour la prestation des services de santé buccale.

Objectif 1. Intégrer les programmes de santé buccale à la stratégie des SPP

27. Par le passé, les programmes n'ont pas traité suffisamment de l'absorption fonctionnelle des soins de santé buccale aux services de soins de santé primaires. Par contre, la présente stratégie régionale oriente son approche vers l'intégration des soins de santé buccale en tant que stratégie primaire parallèle des soins primaires vu l'importance des soins de santé buccale en tant que mesure préventive et diagnostique de la santé en général. Le défi consiste à formuler une stratégie coordonnée, efficace et durable intégrant la santé buccale et les services de santé en général. L'intégration organisationnelle demande l'assistance des institutions, ministères de la santé, dirigeants communautaires, écoles dentaires et du secteur privé. Le transfert des connaissances, de l'information et des modèles des meilleures pratiques se fera par le biais des réseaux. Une grande importance est accordée dans chaque pays.

Objectifs mesurables et indicateurs

Court terme – Un à deux ans

Objectif : Créer un réseau de dentistes chefs doté d'un système d'information adéquat pour transférer l'information entre les pays.

- *Indicateur* : Réseau opérationnel de dentistes chefs dans les pays.

Objectif : Intégrer le volet de santé buccale aux programmes prénatals.

- *Indicateur* : Programmes nationaux de soins prénatals avec volet de santé buccale.
- *Indicateur* : Projet pilote efficace par rapport aux coûts pour traiter l'infection buccale chez les femmes enceintes.

Objectif : Mettre en place des mécanismes intégrant les programmes de santé buccale dans les services de SPP (centres de santé communautaires, programmes nationaux/régionaux) spécifiques aux besoins et ressources sanitaires du pays en mettant en avant les liens entre santé buccale et santé générale.

- *Indicateur* : Nombre de pays avec des programmes de soins de santé primaires dotés d'un volet de soins de santé buccale.
- *Indicateur* : Nombre de modèles des meilleures pratiques qui ont été diffusés.

Moyen terme – Trois à cinq ans

Objectif : Etendre à plus grande échelle les modèles publics des meilleures pratiques pour l'insuffisance pondérale à la naissance et la santé buccale ainsi que pour les SPP et la santé buccale.

- *Indicateur* : Nombre de pays avec des programmes fonctionnels.

Objectif : Promouvoir le renforcement des capacités avec les institutions dentaires et médicales, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux et le secteur privé en vue d'intégrer les modèles des meilleures pratiques.

- *Indicateur* : Nombre d'institutions, d'ONG et d'autres diffusant les modèles des meilleures pratiques.

Long terme – Six à dix ans

Objectif : Intégrer entièrement les soins de santé buccale au processus de soins de santé et vérifier la pleine participation des prestataires de soins de santé buccale à la prestation de la santé buccale dans les SPP.

- *Indicateur* : Nombre de pays avec politique institutionnelle.

Objectif : Intégrer les modèles des meilleures pratiques au contexte des soins de santé primaires.

- *Indicateur* : Nombre d'institutions, d'ONG et d'autres diffusant les modèles des meilleures pratiques.

Aspects spéciaux

28. Une évaluation des besoins basée sur les facteurs-risques doit être faite pour dégager les données étayant l'intégration plus poussée de la santé buccale et des soins de santé primaires. Ces résultats permettront d'éliminer de nouveaux domaines de recherche qui traitent des besoins les plus importants sur le plan de la santé buccale. On se heurtera probablement à une certaine résistance au changement au sein de la profession dentaire et il sera donc très important d'apporter une formation à l'intention des professionnels de soins de santé dentaires et non dentaires portant sur chaque facette de cet objectif.

29. La mise en œuvre de cette stratégie exige une approche interprogrammatique entre l'OPS et les ministères de la santé. Les sociétés de fournitures et de produits dentaires, les facultés et les associations dentaires, les instituts de recherche et les ONG sont parmi les partenaires du secteur privé.

But 3. Etendre à plus grande échelle les interventions efficaces par rapport aux coûts qui ont fait leurs preuves—Plan pluriannuel de programmes de fluoration dans les Amériques et expansion de la couverture de santé buccale avec de simples technologies

30. Ces 10 dernières années, l'OPS a axé l'essentiel de sa coopération technique sur les politiques et l'exécution des meilleures pratiques dans la Région en vue de promouvoir la fluoration du sel et de l'eau. Aussi, la majorité des pays comptent-ils des politiques et une infrastructure qui permettent une fluoration optimale. Des politiques nationales ont été adoptées renforçant les capacités de ces pays pour que ces programmes puissent se maintenir d'eux-mêmes.

31. Les programmes de fluoration sont au titre des interventions de santé publique les plus réussies et ont permis de modifier le profil épidémiologique de chaque pays de la Région, tel qu'on peut le voir sur les Tableaux 1 et 2 et sur la Figure 1, notifié officiellement par les pays. Ces programmes ont permis d'économiser des millions de dollars dans les coûts de traitement associés aux caries dentaires et souffrance connexe, ainsi que dans l'absentéisme du travail et de l'école. Les programmes de fluoration du sel et de l'eau dans la Région se sont avérés efficaces par rapport aux coûts, valides du point de vue scientifique et durables.¹⁹ L'expansion et la consolidation de programmes de fluoration visent tous les pays en insistant sur les pays clés et prioritaires.

Objectif 1. Renforcer les capacités nationales pour étendre à plus grande échelle les programmes de fluoration

32. Des mécanismes légaux et réglementaires sont nécessaires pour renforcer la politique liée à la fluoration, au niveau des pays, assurant ainsi la viabilité et la qualité des programmes. Les systèmes de suivi et de surveillance sont d'importance critique pour maintenir des niveaux efficaces et sans risques de fluorures pour la communauté. Les connaissances et l'expérience recueillies de programmes déjà plus avancés seront utilisées pour renforcer les capacités des pays au sein de la Région.

Objectif 2. Etendre la couverture de santé buccale en utilisant des technologies efficaces par rapport aux coûts et simples technologies, PRAT

33. Vu la charge élevée de maladie et l'accès limité aux soins de santé, des innovations sont nécessaires pour traiter et prévenir les caries dentaires. Le traitement classique est cher. Les résultats d'interventions efficaces par rapport aux coûts et qui ont fait leurs preuves indiquent que :

- PRAT, fourni au moindre coût possible, donne des résultats acceptables.
- PRAT, en tant que modèle des meilleures pratiques est un cadre pour dispenser des services de santé buccale à grande échelle et réduit les inégalités dans l'accès aux soins.
- L'étude dégage des données guidant l'investissement en aval pour améliorer l'équité, l'efficacité et la qualité de la vie dans les Amériques.²⁰

Objectifs mesurables et indicateurs

Court – Moyen terme

Objectif : Soutenir la Bolivie, l'Equateur, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et Sainte-Lucie pour une mise en œuvre complète des programmes de fluoration.

- *Indicateur* : Nombre de pays avec des programmes de fluoration.

Objectif : Consolider les programmes de fluoration et la surveillance, le suivi régulier et l'utilisation efficace du personnel dans des pays qui comptent déjà des programmes de fluoration. Belize, le Canada, le Chili, Cuba, la République dominicaine, l'Equateur, le Salvador, le Mexique, Panama, le Pérou et Trinité-et-Tobago afin de consolider les programmes de fluoration.

- *Indicateur* : Nombre de pays avec des programmes consolidés.

Objectif : Etendre les modèles des meilleures pratiques (PRAT) pour élargir la couverture des services de santé buccale en insistant sur les pays clés et prioritaires.

- *Indicateur* : Nombre de modèles des meilleures pratiques.

Long terme

Objectif : Arriver à une consolidation complète des programmes de fluoration.

- *Indicateur* : D'ici 2015, les pays sont dotés de programmes de fluoration.

Modèles des meilleures pratiques et mesure des progrès

34. La majorité des pays sous *Emergent* sont sortis à présent de cette catégorie et de nouveaux paramètres sont donc nécessaires pour classer les pays dans les étapes *Emergent*, *Croissance* ou *Consolidation*. L'objectif, c'est que chaque pays prenant part à un programme de fluoration en fonction de son état actuel devrait avancer d'au moins une étape. Aussi, est-il d'importance critique que l'OPS continue à fournir le leadership et la directive nécessaires pour s'assurer que les buts fixés sont protégés et maintenus.

35. PRAT, à la modalité du moindre coût possible des services, donne des résultats acceptables en tant que modèle des meilleures pratiques et c'est un cadre pour dispenser des services de santé buccale à grande échelle. De plus, le modèle permet de réduire les inégalités dans l'accès aux services de soins de santé buccale.

Aspects spéciaux

36. Le risque de fluorose dentaire (hypercalcification de l'émail) est traité par les programmes de fluoration et une surveillance continue est nécessaire. Des fonds spéciaux devront être réservés pour cette activité dans le cadre des divers programmes.

37. La mise en œuvre de cette stratégie exige une approche interprogrammatique entre l'OPS et les ministères de la santé. Des partenaires du secteur privé, tels que Kellogg, Rotary, l'Industrie du Sel et d'autres ONG, pourront participer à des programmes sanitaires portant notamment sur l'utilisation du sel comme stratégie d'intervention (programmes d'iode et de diethylcarbazine (DEC)).

38. Les 10 prochaines années renforceront non seulement les réussites au niveau de la promotion sanitaire, mais combleront également les grandes lacunes dans la santé en général, telles que l'accès aux soins parmi les groupes les plus vulnérables et la reconnaissance des associations entre la santé buccale et systémique.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

39. Le Comité exécutif est prié de revoir les progrès réalisés par les États Membres concernant la mise en place des programmes de santé publique dentaire et de fournir des commentaires sur la Stratégie régionale décennale et le Plan d'Action de Santé buccale de l'OPS (2005-1015), ainsi que dans le plan opérationnel (Annexe B) et le budget proposé (Annexe C).

Annexes

Cadre intégral de progression des soins de santé buccale

Ce cadre est un outil de repère pour chaque pays en vue de comprendre la situation actuelle de ses services de santé buccale (par population) et ensuite de juger et de mesurer les progrès.

1. Prévention communautaire

Programmes de fluor

Sel

Eau

Lait

Promotion de la santé : à base de population

Importance de la santé buccale pour la santé générale

Importance de la nutrition et de bonnes pratiques de santé buccale

Coûts économiques et sociaux

Impact sur la qualité de la vie

Promotion de la santé : ciblée

Liens et groupes médiatiques

ONG

Groupes de promotion sanitaire qui traitent de : l'obésité, du tabagisme, de la nutrition, de la santé des personnes âgées

Institutions universitaires

Secteur privé

2. Prévention spécifique

Programmes Sealant

Conventionnelle

TAR

Fourniture de fluor

Vernissage

Applications topiques

Rinçages

Programmes scolaires

Education sanitaire

Fourniture de fluor

Utilisation de fil dentaire

Programmes de brossage des dents

Enfants vulnérables

Personnes âgées

3. Identification et maintien de la santé par la prévention de maladies ou maladies plus avancées

Modèles d'éducation, de soins, instruction et d'intervention, par segment

Éléments de l'ensemble	0-20	20-40	40-60	60+
Connaissance des plaques dentaires ?	☺	☺	☺	☺
Instruction sur l'utilisation de la brosse à dents	☺	☺	☺	☺
Instruction sur l'utilisation du fil dentaire	☺	☺	☺	☺
Auto-application de fluor	☺			
Auto-examen	☺ Dont cancer	☺ Dont cancer	☺ Dont cancer	☺ Dont Cancer
Hygiène/soins des prothèses				☺

Niveau final – Traitement restaurateur complet

Maintenir la santé en traitant et en guérissant les modes des maladies actuelles

4. Amélioration

Améliorer la santé générale en reconnaissant et en associant la santé buccale à d'autres maladies

Pratiques dentaires avancées

Activité	2006-2007	2008-2009	2010-2011
But 1: Garantir un niveau d'accès minimal aux soins de santé buccale pour tous, en comblant les lacunes de soins pour les groupes les plus vulnérables.			
Sous-volet 1: Cerner les groupes vulnérables en fonction des directives indiquées par le pays et l'OPS.	→		→
Evaluer la vulnérabilité géographique, y compris scores DMFT, indicateurs des besoins en santé buccale pour les groupes vulnérables et disponibilité des services de santé buccale.	→		
Evaluer les facteurs-risques parallèles par l'intermédiaire d'indicateurs de la santé générale, exposition au VIH, diabète, nutrition, cancer, grossesse.		→	
Sous-volet 2: Dépister les besoins en santé buccale des groupes vulnérables selon l'évaluation des divers pays.			→
Evaluer le champ d'action des campagnes précédentes de santé buccale et le marketing des pratiques de santé buccale.	→		
Analyser les indicateurs nationaux pour évaluer le pourcentage de la population privée d'accès aux soins de santé buccale.		→	
Travailler avec les pays pour identifier les régions et les groupes de population privés d'accès aux soins.			→
Sous-volet 3: Concevoir et mettre en œuvre une intervention pilote adéquate en fonction des groupes d'âge et des besoins de santé buccale, en utilisant des programmes qui sont déjà en place.			→
En coordination avec les bureaux de pays et les partenaires, choisir un domaine ou un pays pour l'intervention.	→		
Mettre au point un modèle d'intervention segmentée avec un ensemble fondamentale de prévention, par groupe d'âge et besoins en santé buccale.		→	
Formuler des stratégies pour couvrir les enfants scolaires, les femmes enceintes et les adultes plus âgés (groupes vulnérables).			→
Faire le test de stratégies novatrices qui traitent des besoins uniques des différents groupes d'âges.			→
Suivre et évaluer les projets pilotes pour procéder aux ajustements/changements nécessaires.		→	→
Choisir et diffuser des modèles de meilleures pratiques pour reproduction, expansion à plus grande échelle et promotion de politiques constructives.			→
But 2 : Intégrer les soins de santé buccale aux services de soins de santé primaires.			
Sous-volet 1: Intégrer les aspects structurels et administratifs des programmes de santé buccale aux programmes de santé générale des ministères de la santé.			→
Renforcer et créer des positions nationales de dentiste chef ayant pouvoir de décision concernant tant les politiques que les octrois budgétaires au sein du Ministère de la Santé.			→

Activité	2006-2007	2008-2009	2010-2011
Promouvoir la création de réseaux nationaux de responsables dentaires aux niveaux central et provincial.		→	→
Mettre en place un projet efficace par rapport aux coûts pour traiter les infections buccales dans le cadre des soins prénatals.	→		→
Formuler des stratégies et des mécanismes pour la prestation de services de santé buccale aux niveaux provincial et national (programmes de santé communautaire ou programmes nationaux/ régionaux continus). Identifier/créer et diffuser des modèles de meilleures pratiques de politiques publiques et outils de formulation des politiques pour le dépistage et le contrôle de maladies critiques.	→		→
Sous-volet 2: Intégrer la santé buccale aux aspects opérationnels de la prestation sanitaire et des soins de santé primaires.	→		
Encourager les liens entre santé buccale et santé générale.	→		→
Développer et adopter un cadre de prestation de soins de santé buccale dans les services de soins de santé primaires.	→		→
Identifier ou créer divers modèles de meilleures pratiques pour intégrer la santé buccale à la prestation de soins de santé primaires de la Région, en tenant compte des différents types de systèmes sanitaires.	→		→
Accroître la collaboration avec les institutions dentaires et médicales, des organisations gouvernementales et non gouvernementales et le secteur privé.	→		→
But 3 : Etendre à plus grande échelle les interventions efficaces par rapport aux coûts qui ont fait leurs preuves—Plan pluriannuel de programmes de fluoruration dans les Amériques et expansion de la couverture de santé buccale avec de simples technologies.			
Sous-volet 1: Etendre les réussites de la santé : Fluoruration			→
Redéfinir la typologie nationale pour classifier le statut de fluoruration	→		
Classer par ordre prioritaire les pays en fonction des nouvelles directives et de l'existence des programmes nationaux.	→	→	
Dans les pays <i>sans</i> programmes réussis : mettre en place des programmes de fluoruration avec surveillance adéquate, suivi régulier et utilisation efficace du personnel.	→		→
Dans les pays <i>avec</i> programmes réussis : consolider les programmes de fluoruration avec surveillance adéquate, suivi régulier et utilisation efficace du personnel.		→	→
Soutenir la Bolivie, le Honduras, le Nicaragua et le Paraguay pour la mise en œuvre intégrale des programmes de fluoruration.	→		→
Soutenir la consolidation des programmes de fluoruration au Canada, au Chili, à Cuba, en République dominicaine, en Equateur, au Mexique, à Panama, au Salvador, au Pérou et aux Caraïbes anglophones.		→	→
Sous-volet 2: Promouvoir et soutenir les nouvelles innovations et stratégies pour des modèles de prestation de soins de santé buccale avec nouvelles technologies et meilleures pratiques.	→		→
Définir la meilleure pratique dans le cadre de modèles fondamentaux de service de prestation.	→		

Promouvoir le rôle des prestataires de soins dentaires au niveau d'un diagnostic précoce du VIH par le biais des signes oraux du SIDA et tests de salive au niveau des points d'entrée.			→
Promouvoir PRAT comme modalité du traitement restaurateur dans l'ensemble de la Région.			→
Suivi et évaluation			→
Collecte de données pour les activités de suivi et d'évaluation			→
Rapport des progrès à mi-parcours			
Evaluation et rapport finals du programme			→

**Budget de santé buccale de l'OPS, par programme biennal
(en dollars américains)**

Organismes de financement	2006-2007	2008-2011
Budget ordinaire de l'OPS :		
Poste	276 000	276 000
Non-Poste	100 000	100 000
Soutien pays de l'OPS	90 000	90 000
Extrabudgétaire	2 000 000	3 000 000
Soutien d'autres institutions (ministères de la santé, centres collaborateurs de l'OMS, NIH/NIDCR, CDC et collaboration interpays)	240 000	240 000
Total	\$ 2 706 000	\$3 706 000

REFERENCES

- 1 Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. Pan American Health Organization, Scientific and Technical Publication No. 615, Washington, D.C., PAHO, 2005. Reviewed by John J. Warren, DDS, MS. *Journal of Public Health Dentistry*, 2006.
- 2 Estupiñán-Day S, Baez R., Horowitz H, Warpeha R, Sutherland B, Thamer M. 2001. Salt Fluoridation and Dental Caries in Jamaica. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 29: 247-252.
- 3 Estupiñán-Day S. Overview of Salt Fluoridation in the Region of the Americas, Part I: Strategies, Cost-Benefit Analysis, and Legal Mechanisms Utilized in the National Programs of Salt Fluoridation: *Salt 2000, 8th World Salt Symposium 2000*; 2: 983-988.
- 4 Estupiñán-Day S, Baez R, Sutherland B, Horowitz H, Warpeha R, Marthaler T. 1996. Impact of Salt Fluoridation in Preventing Caries in Jamaica. *J Dent Res* 75 (IADR Abstract 997).
- 5 Estupiñán-Day S. Improving Oral Health in Latin America. *Oral Care Report/Harvard* 1999. 9(3). 1999.
- 6 Estupiñán-Day S. International Perspectives and Practical Applications on Fluorides and Fluoridation. *Journal of Public Health Dentistry* 2004; 40-43.
- 7 Milner T, Estupiñán-Day S. Overview of Salt Fluoridation in the Region of the Americas. Part II: The Status of Salt Production, Quality and Marketing and the State of Technology Development for Salt Fluoridation. In: Geertman, RM, Editor. *Salt 2000, 8th World Salt Symposium*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000: 1033-8.
- 8 Beltrán-Aguilar ED, Estupiñán-Day S. Analysis of Prevalence and Trends of Dental Caries in the Americas between the 1970s and 1990s. *International Dental Journal*. 1999; 49:322-329.
- 9 Petersen Poul E, Estupiñán-Day S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, September 2005, 83(9): 642.

- 10 Estupiñán-Day S, Case 16: Preventing Dental Caries in Jamaica. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Center for Global Development, November 2004: 137-140.
- 11 Levine R. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development, 2004, pp. 137-140.
- 12 Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. 2005. Op. cit.
- 13 Organisation mondiale de la Santé. Publication choisie : Rapport mondial sur la Santé buccale 2003. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- 14 Estupiñán-Day, S. International Perspectives and Practical Applications on Fluorides and Fluoridation. 2004. Op. cit.
- 15 Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res*. 2002, 81:58-63.
- 16 Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol*. 2002, 73:911-924.
- 17 Lopez NJ, Da S, I, Ipinza J, Gutierrez, J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005, 76:2144-2153.
- 18 U.S. Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
- 19 Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. 2005. Op. cit..
- 20 Organisation panaméricaine de la Santé “Oral Health of Low Income Children: Procedures For Atraumatic Restorative Treatment (PRAT)” ATN/JF-7025-RG, Numéro du projet 091024, Rapport final, mai 2006.