WHO/NMH/NPH/ORH/03.2

Organisation mondiale de la Santé

Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003

Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire

WHO/NMH/NPH/ORH/03.2

Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde

2003

Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^{e} siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire

Poul Erik Petersen

Programme santé bucco-dentaire
Prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé
Organisation mondiale de la Santé
Genève, Suisse
petersenpe@who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2003

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

INTRODUCTION 1

PRINCIPES DE BASE DU PROGAMME OMS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE 3

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé 3
La santé bucco-dentaire est un facteur déterminant de qualité de vie 3
Santé bucco-dentaire - santé générale 3
Des soins de santé bucco-dentaires adaptés réduisent la mortalité prématurée 3
Quel est le poids des maladies bucco-dentaires? 3
Poids des maladies bucco-dentaires et facteurs communs de risque 9
Surveillance de la santé bucco-dentaire et objectifs 10

CADRE POLITIQUE DU PROGRAMME OMS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE 14

PRÉVENTION DES MALADIES BUCCO-DENTAIRES ET PROMOTION DE LA SANTÉ: STRATÉGIES ET APPROCHES 15

Promotion de la santé et santé bucco-dentaire 17

DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE A L'ÉCHELON MONDIAL 20

Santé bucco-dentaire et fluorures 20
Alimentation, nutrition et santé bucco-dentaire 21
Tabac et santé bucco-dentaire 23
Santé bucco-dentaire et promotion de la santé à l'école 24
La santé bucco-dentaire des jeunes 26
Amélioration de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées 26
Santé bucco-dentaire, état de santé générale et qualité de vie 28
Systèmes de santé bucco-dentaire 29
VIH/SIDA et santé bucco-dentaire 30
Systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire, bases scientifiques pour une politique de santé bucco-dentaire et formulation d'objectifs. 31
Recherche en santé bucco-dentaire 34

CONCLUSION 36

BIBLIOGRAPHIE 37

BIBLIOGRAPHIE OMS THÉMATIQUE 41

PRÉFACE

Les maladies chroniques et les traumatismes sont les principaux problèmes de santé dans pratiquement toutes les régions du monde. Le tableau de la morbidité évolue partout rapidement. Il est étroitement lié à l'évolution du mode de vie avec notamment une alimentation riche en sucre et l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool.

La santé bucco-dentaire dépend des facteurs sociaux et environnementaux et aussi, fortement, de ceux liés au mode de vie. Ces facteurs constituent des risques pour la plupart des maladies chroniques ou au contraire des facteurs protecteurs, comme une exposition appropriée aux fluorures ou une bonne hygiène. Les maladies bucco-dentaires peuvent être qualifiées de problèmes de santé publique majeurs en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées dans toutes les régions du monde et par le fait que, comme pour toutes les maladies, elles atteignent principalement les populations défavorisées et socialement marginalisées. Il faut également prendre en considération les effets qu'elles peuvent avoir en terme de douleur, de déficience fonctionnelle et de détérioration de la qualité de vie.

Le traitement classique des maladies bucco-dentaires est extrêmement coûteux dans nombre de pays industrialisés et est inaccessible dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. La stratégie mondiale OMS de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles et l'approche fondée sur les facteurs communs de risque constituent une nouvelle façon d'aborder la prévention et le contrôle des maladies bucco-dentaires. Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire a été renforcé en vue d'améliorer la santé bucco-dentaire partout dans le monde grâce à des liens avec d'autres programmes techniques au sein du Département Prévention des Maladies non Transmissibles et Promotion de la Santé.

Le présent rapport décrit la situation actuelle dans le monde ainsi que les stratégies et méthodes destinées à améliorer la santé bucco-dentaire au XXI^{e} siècle.

Dr Pekka Puska
Directeur
Prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé

Dr Poul Erik Petersen
Chef du
Programme de santé bucco-dentaire

INTRODUCTION

Le **Rapport sur la santé dans le monde 2002** décrivait l'étendue de la morbidité, de la mortalité et de l'incapacité imputables aujourd'hui à certains des principaux risques pour la santé (*1*). Ce rapport soulevait un point important, à savoir, la manière d'éviter cette morbidité au cours des 20 prochaines années par la réduction des facteurs communs de risque. Le rapport recensait quelques interventions ayant un bon rapport coût/efficacité pour lutter contre certains de ces facteurs de risque. Le terme « intervention » y était utilisé dans son sens le plus large, désignant « toute action sanitaire promotionnelle, préventive, curative ou de réhabilitation dont l'objectif premier est l'amélioration de la santé ». En dehors des avantages évidents qu'elle présente pour la santé, la réduction des risques favorise un développement durable et la réduction des inégalités sociales.

La mission du Groupe OMS Maladies Non Transmissibles et Santé Mentale est d'assurer un leadership mondial dans la promotion de la santé tout au long de la vie et d'aider les Etats Membres à réduire les taux de morbidité, d'invalidité et de mortalité prématurée causés par ces maladies. Il s'agit avant tout de réorienter les ressources disponibles sur les priorités recensées dans la stratégie mondiale de prévention des maladies non transmissibles (MNT).

Les mesures recommandées pour promouvoir la santé sont les suivantes:

* Elaborer des politiques de prévention des risques, y compris en soutenant davantage la recherche scientifique, en améliorant les systèmes de surveillance et en facilitant l'accès à l'information;

* Donner la priorité à l'élaboration de politiques efficaces et engagées de prévention des risques qui progressent dans le monde: tabagisme, mauvaise alimentation, eau non potable, absence de réseaux d'assainissement et d'hygiène, et rapports sexuels à risque en lien avec le VIH/SIDA;

* Renforcer la collaboration internationale et intersectorielle pour améliorer la gestion des risques et la sensibilisation du public par une meilleure compréhension de leurs effets sur la santé;

* Rechercher un équilibre dans l'action entre les niveaux gouvernemental, communautaire et individuel;

Les maladies chroniques non transmissibles, qui restent prédominantes dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé, sont également de plus en plus répandues dans un grand nombre de pays en développement parmi les plus pauvres. Leurs poids vient s'ajouter à celui des maladies infectieuses dont ces pays continuent de souffrir (*1*).

Les objectifs du **Programme Mondial de Santé Bucco-Dentaire de l'OMS**, l'un des programmes techniques du Département Prévention des Maladies Non Transmissibles et Promotion de la Santé (NPH), ont été réorientés en fonction de la nouvelle stratégie de prévention des maladies et de promotion de la santé. Une importance accrue est accordée à l'élaboration de politiques mondiales pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires, coordonnées plus efficacement avec les autres programmes prioritaires de NPH et ceux des autres groupes ou de partenaires extérieurs.

PRINCIPES DE BASE DU PROGAMME OMS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé

La santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines: elle fait partie intégrante de l'état de santé générale et est essentielle au bien-être. Etre en bonne santé bucco-dentaire signifie ne pas souffrir de douleurs oro-faciales chroniques, de cancers de la cavité buccale ou du pharynx (gorge), de lésions des tissus de la cavité buccale, d'anomalies congénitales comme le bec de lièvre et la fente palatine, et d'autres maladies ou troubles affectant les tissus buccaux, dentaires et maxillo-faciaux, connus sous le nom de complexe maxillo-facial.

La santé bucco-dentaire est un facteur déterminant de qualité de vie

Le complexe maxillo-facial nous permet de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de sentir, de goûter, de mâcher, d'avaler et de pleurer sans éprouver de douleur. Il nous protège contre les infections microbiennes et les menaces liées à l'environnement. Les maladies bucco-dentaires restreignent les activités scolaires, professionnelles et personnelles, entraînant la perte de millions d'heures d'étude et de travail chaque année partout dans le monde. De plus, l'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie.

Santé bucco-dentaire - santé générale

La relation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale a été établie scientifiquement; des formes sévères de maladies parodontales sont, par exemple, associées au diabète (*2*). La forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques est principalement due à des facteurs communs de risque. De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires qui accroissent le risque de maladies bucco-dentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales.

Cette conception élargie de la santé bucco-dentaire ne diminue en rien l'importance des deux principales pathologies bucco-dentaires au plan mondial – la carie dentaire et les maladies parodontales. Il est possible de les prévenir et de les traiter grâce à un ensemble de mesures individuelles, communautaires et professionnelles.

Des soins de santé bucco-dentaires adaptés réduisent la mortalité prématurée

Le dépistage précoce de la maladie est, dans la plupart des cas, essentiel pour sauver des vies. Un examen bucco-dentaire approfondi peut permettre de déceler des signes de carence nutritionnelle ainsi qu'un certain nombre de maladies générales telles que les infections microbiennes, les troubles immunitaires, les traumatismes et le cancer de la cavité buccale. Les tissus maxillo-faciaux permettent également de mieux connaître des organes les moins accessibles du corps. Par exemple, les glandes salivaires sont un modèle des glandes exocrines, et une analyse de la salive peut apporter des indices importants sur l'état de santé générale.

Quel est le poids des maladies bucco-dentaires?

Malgré les progrès considérables dans le domaine de la santé bucco-dentaire, des problèmes subsistent dans de nombreuses communautés – en particulier parmi les groupes défavorisés des

pays développés comme des pays en développement. La carie dentaire et les maladies parodontales ont toujours été considérées comme les deux principales affections dans ce domaine. A l'heure actuelle, la répartition et la gravité des maladies bucco-dentaires varient selon les continents et à l'intérieur même d'un pays ou d'une région. Un grand nombre d'enquêtes épidémiologiques ont montré le rôle non négligeable des facteurs sociologiques ainsi que de ceux liés au comportement et à l'environnement, dans les pathologies et la santé bucco-dentaires.

La carie dentaire reste un problème de santé bucco-dentaire majeur dans la plupart des pays industrialisés, puisqu'elle touche 60 à 90% des élèves et la grande majorité des adultes. Elle est également répandue dans plusieurs pays d'Asie et d'Amérique latine. Elle semble plus rare et moins grave dans la plupart des pays d'Afrique. La **Figure 1** illustre la situation de la carie dentaire chez les enfants âgés de 12 ans dans les six Régions OMS en 2000 (*3,4*), sur la base de l'indice CAOD (dents cariées, absentes et obturées). Cet indice mesure les antécédents carieux de la dentition permanente. A l'heure actuelle, le niveau de morbidité est élevé en Amérique mais relativement faible en Afrique. Avec l'évolution des conditions de vie, on s'attend à ce que l'incidence de la carie dentaire augmente dans de nombreux pays en développement en Afrique, en particulier en raison de la consommation croissante de sucres et d'une exposition insuffisante aux fluorures.

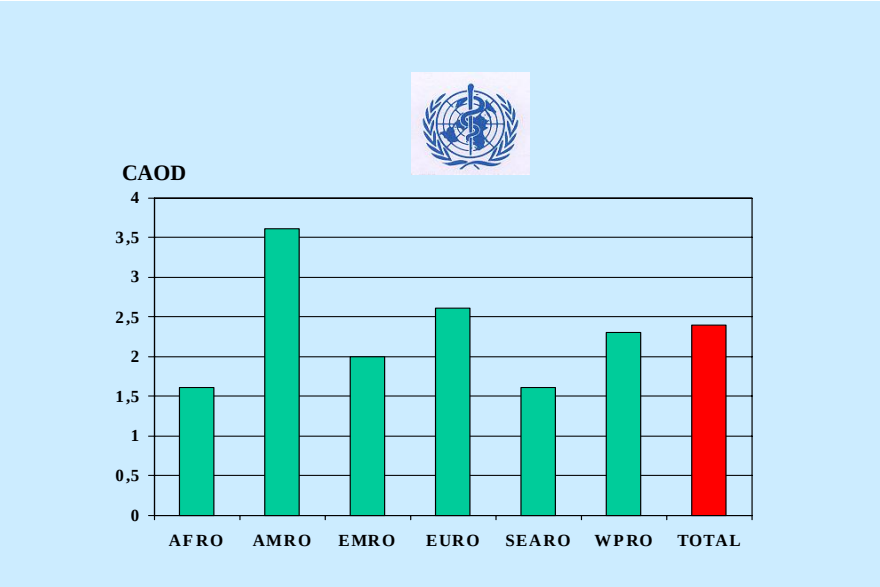

Figure 1 Caries dentaires (indice CAOD) chez les enfants âgés de 12 ans selon les bureaux régionaux OMS *(Source: Banque de données de l'OMS sur la santé bucco-dentaire et Programme OMS sur les profils de santé bucco-dentaire par pays/région, 2000)* (*3,4*).

Dans de nombreux pays en développement, l'accès aux services de santé bucco-dentaire est limité. Les dents sont souvent laissées sans traitement ou extraites en raison de la douleur ou de la gêne provoquée. Partout dans le monde, le fait de perdre ses dents est encore considéré par beaucoup de personnes comme une conséquence naturelle du vieillissement. Dans certains pays industrialisés, on observe une tendance à la diminution des édentations chez l'adulte depuis quelques années, alors que la proportion d'adultes édentés âgés de 65 ans et plus est encore élevée dans d'autres pays (**Tableau 1**).

Tableau 1 Prévalence d'édentés totaux (%) chez les personnes âgées dans une sélection de pays *(Source: Banque de données de l'OMS sur la santé bucco-dentaire et Programme OMS sur les profils de santé bucco-dentaire par pays/région, 2000)* (*3,4*).

Région/pays OMS	Pourcentage d'édentés	Groupe d'âge (ans)
Afrique		
Gambie	6	65+
Madagascar	25	65-74
Amériques		
Canada	58	65+
Etats-Unis d'Amérique	26	65-69
Méditerranée orientale		
Arabie Saoudite	31-46	65+
Egypte	7	65+
Liban	20	64-75
Europe		
Albanie	69	65+
Autriche	15	65-74
Bosnie-Herzégovine	78	65+
Bulgarie	53	65+
Danemark	27	65-74
Finlande	41	65+
Hongrie	27	65-74
Islande	15	65-74
Italie	19	65-74
Lituanie	14	65-74
Pologne	25	65-74
Roumanie	26	65-74
Royaume-Uni	46	65+
Slovaquie	44	65-74
Slovénie	16	65+
Asie du Sud-Est		
Inde	19	65-74
Indonésie	24	65+
Sri Lanka	37	65-74
Thaïlande	16	65+
Pacifique occidental		
Cambodge	13	65-74
Chine	11	65-74
Malaisie	57	65+
Singapour	21	65+

Dans le monde, la plupart des enfants présentent des signes de gingivite, et parmi les adultes, les stades initiaux de maladies parodontales sont courants. La **Figure 2** illustre l'état de santé parodontale des 35-44 ans par Région OMS (*3-4*), en se basant sur l'Indice Parodontal Communautaire. La parodontite sévère, qui peut entraîner la perte de dents, touche 5 à 15% de la plupart des populations. La parodontite aigüe juvénile ou précoce, forme sévère de maladie parondontale touchant les jeunes pendant la puberté et entraînant la perte prématurée de dents, concerne près de 2% des jeunes (*5*).

Dans les pays industrialisés, des études montrent que le tabagisme est un facteur de risque majeur de maladie parodontale chez l'adulte pour qui il est responsable de plus de la moitié des cas de parodontites (*6*). Le risque diminue si les personnes cessent de fumer. La prévalence des maladies parodontales a diminué dans les pays où une diminution de la consommation de tabac (*7*) a été enregistrée.

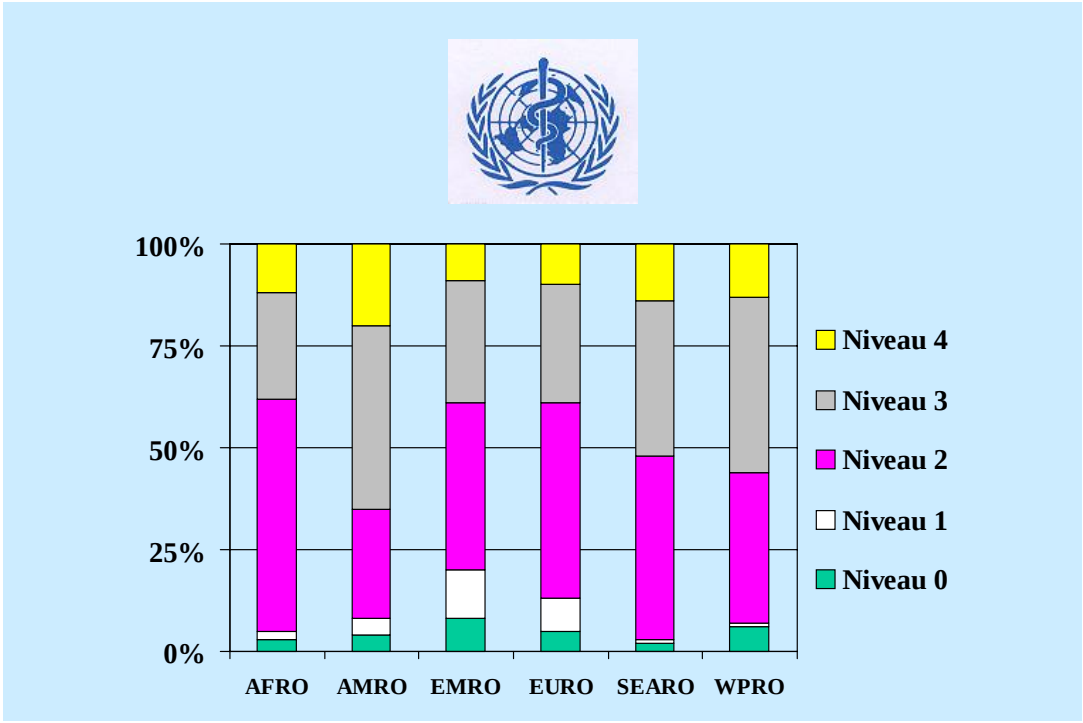

Figure 2 Pourcentages moyens de personnes de 35 à 44 ans par niveau maximum de l'Indice Parodontal Communautaire d'après les bureaux régionaux OMS *(Source: Banque de données de l'OMS sur la santé bucco-dentaire et Programme OMS sur les profils de santé bucco-dentaire par pays/région, 2000)* (*3,4*).

Si les cancers de la cavité buccale et du pharynx sont évitables, ils restent un problème majeur pour les programmes de santé bucco-dentaire. La prévalence du cancer de la cavité buccale est particulièrement élevée chez les hommes puisqu'il arrive au huitième rang des cancers les plus fréquents dans le monde (**Figure 3**) (*8*); le taux d'incidence varie chez les hommes de 1 à 10 cas pour 100 000 habitants dans de nombreux pays. En Asie du sud et du centre, il figure parmi les 3 types de cancer les plus courants. Toutefois, de nettes augmentations de l'incidence des cancers de la cavité buccale et du pharynx ont été signalées dans divers pays et régions comme l'Allemagne, le Danemark, l'Ecosse, l'Europe centrale et orientale et, dans une moindre mesure, l'Australie, le Japon, la Nouvelle-Zélande et les Etats Unis d'Amérique (*8*).

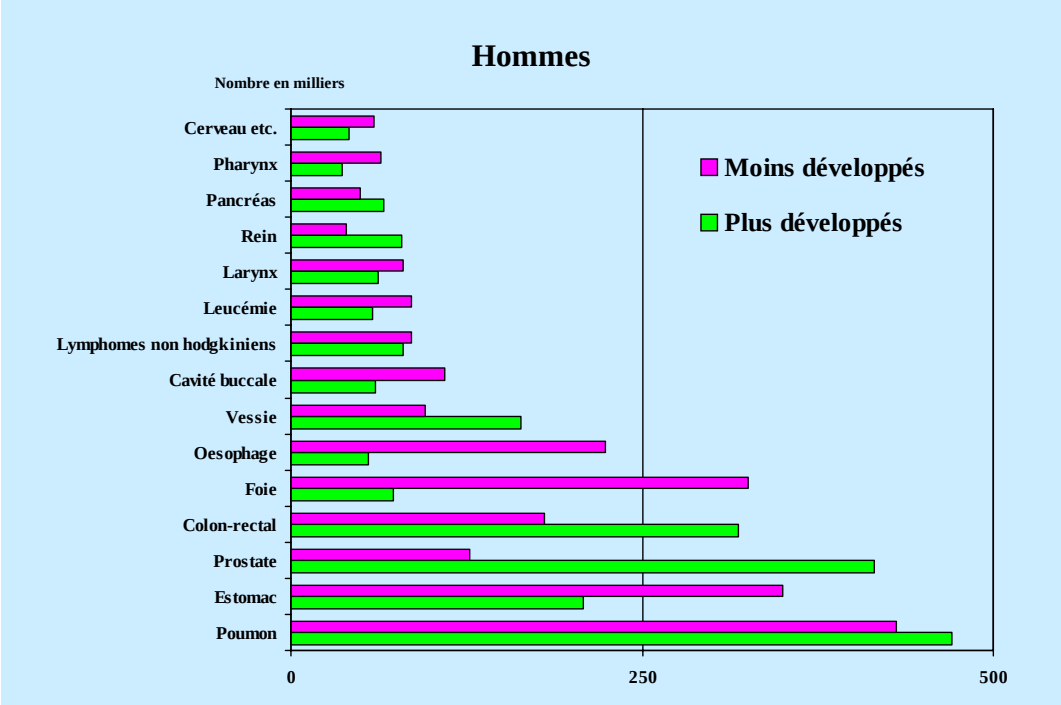

Figure 3 Comparaison des cancers les plus répandus chez l'homme dans les pays plus ou moins développés, 2000 *(Source: Centre International de Recherche sur le Cancer, OMS, 2003)* (*8*).

En Asie, le taux d'incidence, standardisé selon l'âge, du cancer de la cavité buccale pour 100 000 habitants varie de 0,7 en Chine à 4,6 en Thaïlande et 12,6 en Inde. Les taux d'incidence élevés sont directement liés aux comportements à risque comme le tabagisme, la consommation de tabac sans fumée (chique de noix de bétel ou de miang, par exemple) et la consommation d'alcool. En Thaïlande, par exemple, la prévalence du tabagisme est d'environ 60%, celle de la chique de noix de bétel de 15% et la consommation d'alcool de 35% (*9*).

Il est intéressant de noter que peu d'études épidémiologiques systématiques sur les maladies des muqueuses buccales ont été effectuées. Les taux de prévalence de leucoplasie de la cavité buccale sont compris entre 0,1% et 10,6% selon les régions ou les zones géographiques (*4*). L'érythroplasie semble plus rare, avec un taux de prévalence de 1% ou moins (*4*).

Le qat, un arbuste à feuilles dont on tire un stupéfiant, est prisé dans plusieurs pays d'Afrique de l'est et dans la péninsule arabique. Le qat peut être consommé en boisson sous forme de thé ou fumé comme le tabac. Néanmoins, le mode le plus courant d'ingestion reste la mastication de feuilles fraîches. La consommation de qat peut avoir des conséquences dans la cavité buccale, telles que des lésions des muqueuses, une sécheresse buccale, une coloration des dents, une mauvaise hygiène et des maladies parodontales.

Il existe des variations dans les profils de santé bucco-dentaire d'une région à l'autre. Dans certains pays en développement, les maladies bucco-dentaires sont en augmentation et les pays d'Afrique et d'Asie doivent s'attaquer d'urgence à plusieurs affections très graves comme le noma (cancrum oris), la gingivite ulcéro-nécrotique aigüe ainsi qu'à des lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale. Des cas de noma sont signalés chez les jeunes enfants âgés

de 3 à 5 ans en Afrique, en Amérique latine et en Asie (**Figure 4**); 90% des victimes meurent sans avoir reçu aucun soin.

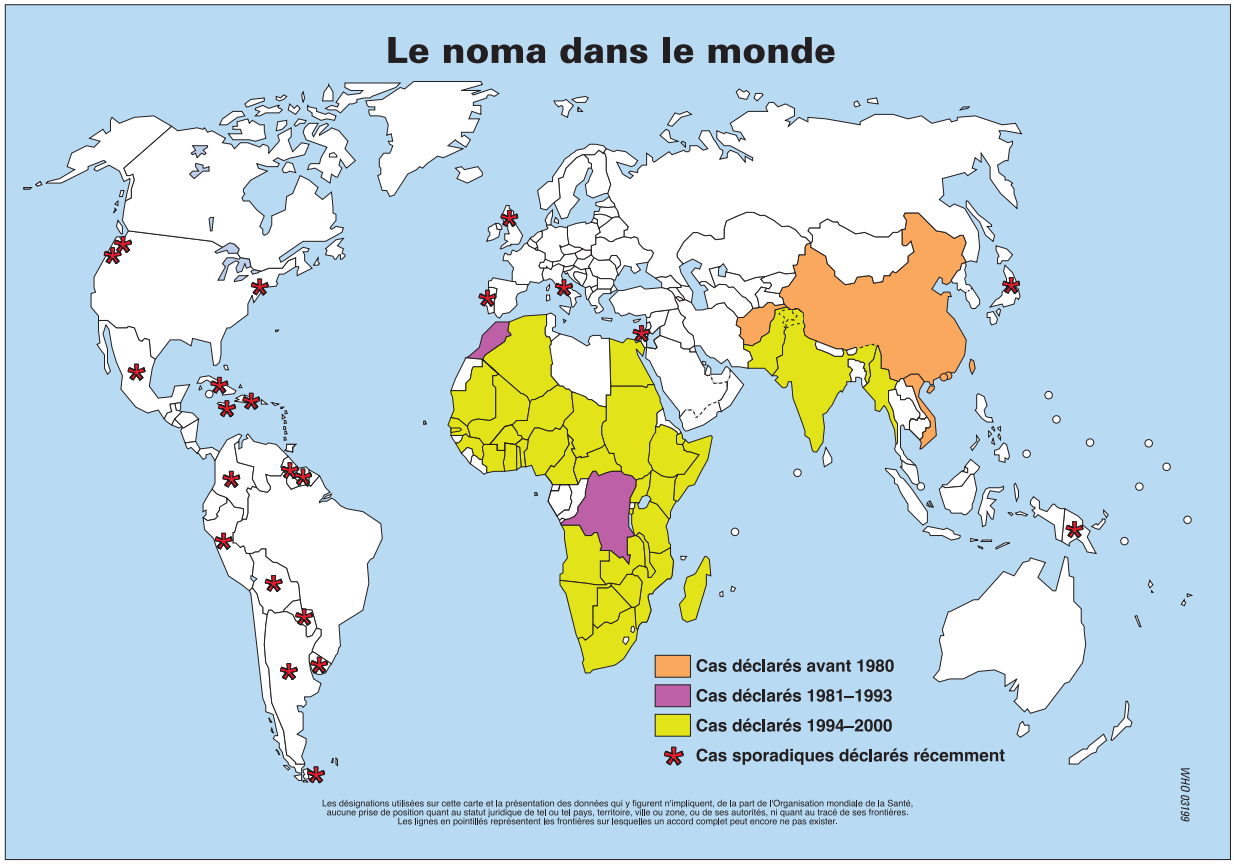

Figure 4. Cas de noma signalés dans le monde *(Source: Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire, Genève, Suisse)*

De même, l'Afrique et l'Asie enregistrent la plus forte prévalence du VIH/SIDA, dont les manifestations bucco-dentaires sont très répandues (*10*). L'analyse des cas de VIH/SIDA montre que les manifestations bucco-dentaires telles que les candidoses, la leucoplasie chevelue, les ulcères de la cavité buccale, les gingivorragies, la parodontite nécrotique, la leucoplasie et le sarcome de Kaposi sont fréquentes.

Contrairement à la carie dentaire et aux maladies parodontales, on manque encore de données fiables sur la fréquence et la gravité des traumatismes bucco-dentaires dans la plupart des pays, en particulier les pays en développement (*11*). Dans certains pays d'Amérique latine environ 15% des élèves présentent des traumatismes dentaires, alors qu'au Moyen-Orient on observe des taux de prévalence de 5 à 12% chez les enfants de 6 à 12 ans. Des études récentes provenant de pays industrialisés ont révélé que la prévalence des traumatismes dentaires était en augmentation, variant de 16 à 40% chez les enfants de 6 ans et de 4 à 33% chez les enfants âgés de 12 à 14 ans (*11*). Une proportion non négligeable des traumatismes dentaires est liée aux activités sportives, au manque de sécurité dans les écoles ou sur les terrains de jeux, aux accidents de la circulation ou aux actes de violence. Dans les pays industrialisés, les coûts de la prise en charge de l'urgence et du suivi des patients atteints de traumatismes dentaires sont élevés.

On dispose d'estimations sur la fréquence des différents types de malocclusions pour un certain nombre de pays, principalement en Europe du Nord et en Amérique du Nord. Par exemple, les taux de prévalence des anomalies dento-faciales seraient de 10% selon l'indice d'esthétique dentaire (*12*). La malocclusion n'est pas une maladie, mais plutôt un ensemble de malpositions dentaires qui, dans certains cas, peuvent avoir des répercussions sur la qualité de vie. Les données attestant que le traitement orthodontique améliore la santé et la mastication sont encore insuffisantes. Le traitement est souvent justifié par l'amélioration potentielle du bien-être social et psychologique lié à l'amélioration de l'apparence (*13*).

Le diagnostic et le traitement des anomalies cranio-faciales telles que le bec de lièvre et la fente palatine présentent un certain nombre de défis de santé publique. Ces anomalies surviennent dans environ 1 cas pour 500 à 700 naissances, le taux variant considérablement selon les groupes ethniques et les zones géographiques (*14*). D'autres affections peuvent entraîner des besoins particuliers en matière de soins, notamment le syndrome de Down (trisomie 21), la paralysie spasmodique, les difficultés d'apprentissage et de développement ainsi que des troubles génétiques et héréditaires avec anomalies oro-faciales. Les fentes oro-faciales semblent dues en grande partie à des causes liées à l'environnement, le risque le plus élevé associé au tabagisme de la mère, à l'alcoolisme et à des facteurs nutritionnels. Il n'existe pas de données scientifiques prouvant l'effet du facteur temps et l'influence des conditions socio-économiques, ces aspects n'ayant pas été étudiés de manière adéquate (*14*). D'autre part, on ne dispose que de peu d'informations sur la fréquence des anomalies cranio-faciales et en particulier pour certaines régions d'Afrique, d'Asie centrale, d'Europe orientale, de l'Inde ou du Moyen-Orient.

Poids des maladies bucco-dentaires et facteurs communs de risque

Compte tenu de leur ampleur, les maladies bucco-dentaires constituent un problème majeur de santé publique. Leurs répercussions sur les individus et les communautés, du fait de la douleur, des déficiences fonctionnelles et de la diminution de qualité de vie, sont considérables. De plus, le traitement classique de ces maladies est extrêmement onéreux, puisqu'il arrive au quatrième rang en terme de coût dans la plupart des pays industrialisés. Dans de nombreux pays à faible revenu, si le traitement de la carie dentaire était accessible, le coût seul du traitement chez les enfants dépasserait le budget total des soins de santé qui leur est consacré (*15*). Quelques facteurs de risque, pouvant être modifiés, sont communs à de nombreuses maladies chroniques ou traumatismes. Les quatre principales maladies non transmissibles – à savoir les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et les pneumopathies obstructives chroniques – ont des facteurs communs de risque avec les maladies bucco-dentaires; ces facteurs de risques sont liés au mode de vie et peuvent être évités. Par exemple, les habitudes alimentaires ont un rôle important dans l'apparition des maladies non transmissibles et influencent celle de la carie dentaire. Le tabagisme serait responsable de plus de 90% des cancers de la cavité buccale et est associé à une aggravation des maladies parodontales, à une moins bonne hygiène bucco-dentaire et donc à la perte prématurée de dents.

Le poids le plus important est supporté, pour toutes les maladies, par les populations défavorisées et socialement marginalisées. L'un des principaux avantages de l'approche fondée sur les facteurs communs de risque est de se concentrer sur l'amélioration des conditions de vie de toute la population et sur les groupes à risque, ce qui réduit les inégalités. Les solutions aux problèmes associés aux maladies chroniques résident souvent dans des approches intégrées. La Stratégie Mondiale OMS pour la Prévention et le Contrôle des Maladies Non Transmissibles

est une nouvelle conception de la prise en charge des maladies bucco-dentaires par la prévention et leur contrôle. Une surveillance continue des niveaux et de la tendance des facteurs de risque est fondamentale pour planifier et évaluer les activités de prévention et de promotion menées dans la communauté.

Surveillance de la santé bucco-dentaire et objectifs

En 1979, l'OMS a annoncé l'objectif le plus important jamais formulé en matière de santé bucco-dentaire dans le monde. En 2000, la moyenne mondiale de l'indice CAOD ne devrait pas dépasser 3 à 12 ans. Lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1979, cette déclaration a été unanimement reconnue comme une priorité majeure pour l'OMS. En 1983, la santé bucco-dentaire était inscrite dans la stratégie de la santé pour tous (résolution WHA36.14) et, en 1989, l'Organisation approuvait la promotion de la santé bucco-dentaire comme partie intégrante de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (WHA42.39). De plus, la Journée Mondiale de la Santé de 1994 a été consacrée à la santé bucco-dentaire, ce qui montre également l'importance attachée à cette question.

L'OMS a mis sur pied il y a déjà plusieurs années des systèmes de surveillance des maladies bucco-dentaires, en particulier en ce qui concerne la carie dentaire chez l'enfant. La première carte du monde assortie de données sur l'indice CAOD chez les enfants de 12 ans a été présentée en 1969. Elle montrait une forte prévalence de la carie dans les pays industrialisés, mais des valeurs généralement inférieures étaient observées dans les pays en développement. Une base de données a été créée et, au fil des ans, un nombre croissant d'études épidémiologiques ont fait état d'une évolution de la prévalence de la carie, à savoir une augmentation dans des pays en développement et une baisse dans de nombreux pays industrialisés. Plusieurs études épidémiologiques ont été effectuées au moyen de la méthodologie et des critères OMS (*16*). Les **Figures 5-6** présentent les cartes actuelles de la carie dentaire chez les enfants de 12 ans et les adultes de 35-44 ans (*3*,*4*).

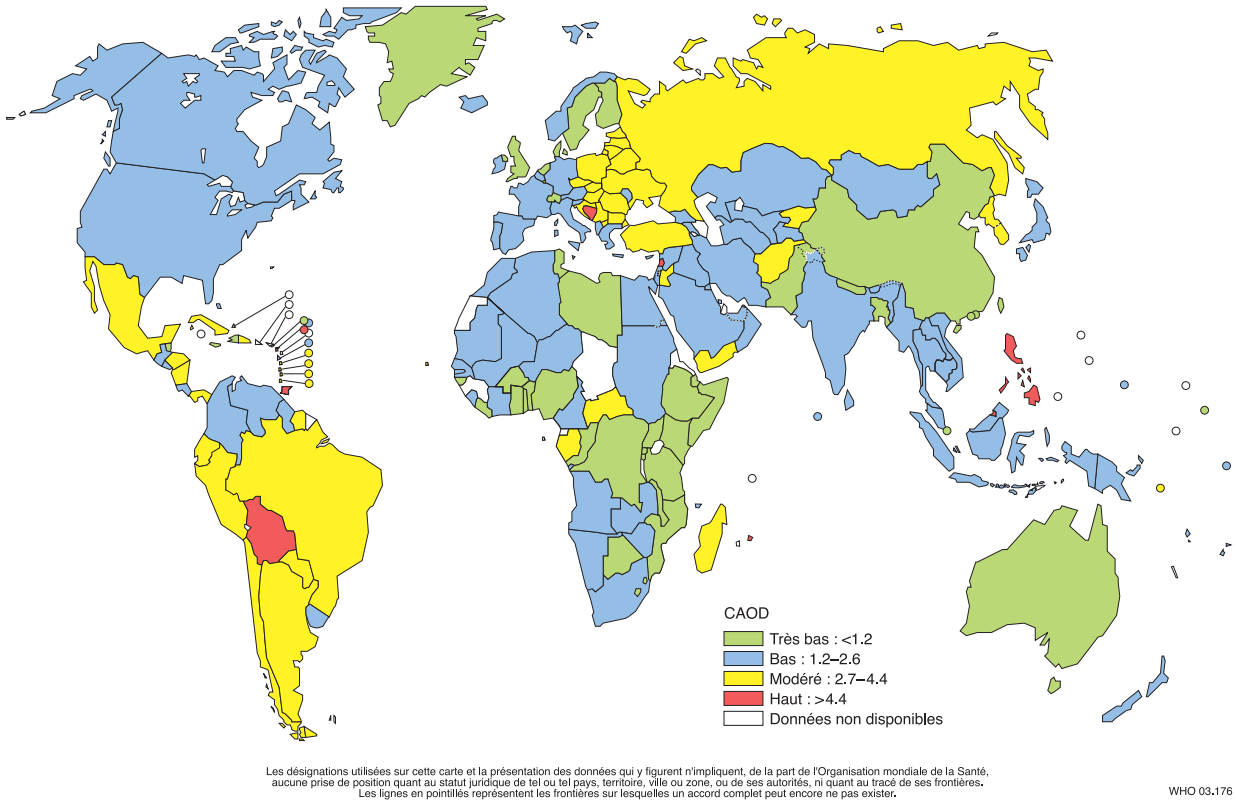

Figure 5. La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans (*3,4*)

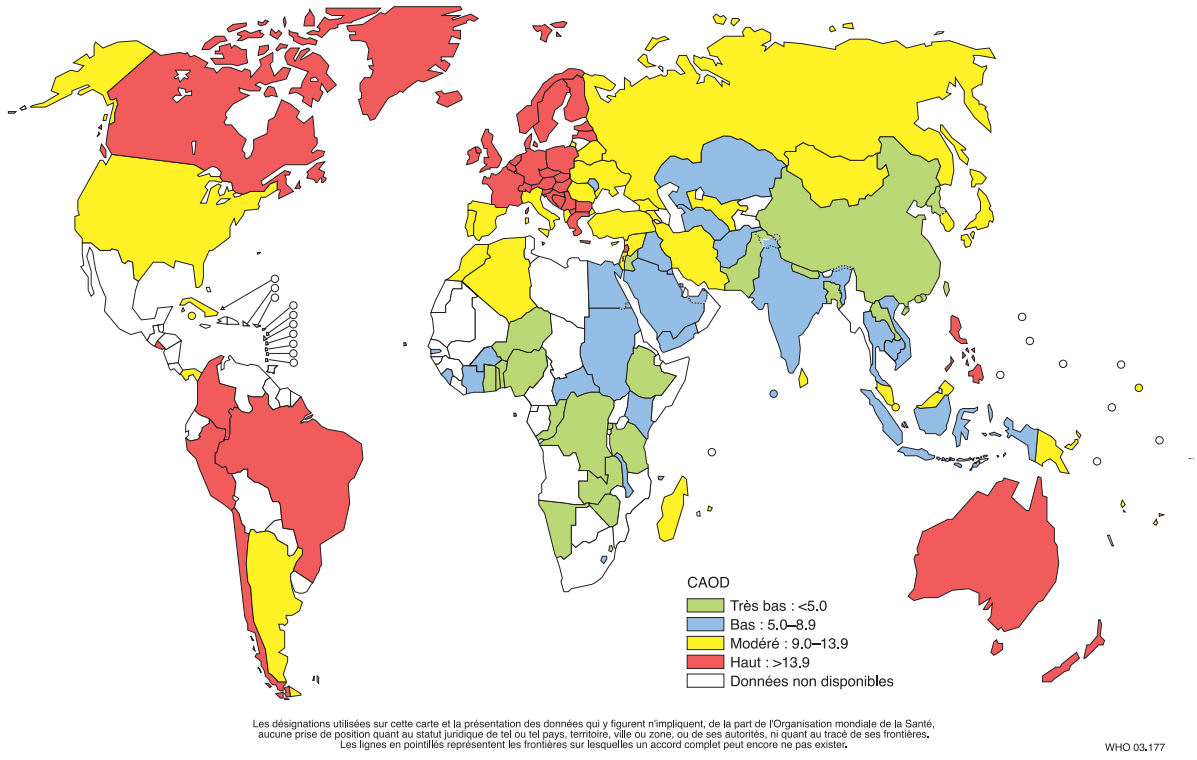

Figure 6. La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les adultes de 35-44 ans (*3,4*)

En 1980, la banque de données OMS sur la santé bucco-dentaire (*3*) disposait des valeurs du CAOD à l'âge de 12 ans pour 107 pays sur 173, 51% des pays avaient un CAOD inférieur ou égal à 3, alors que les autres avaient des valeurs supérieures. En l'an 2000, le Programme OMS sur le profil de la santé bucco-dentaire par pays/région disposait de données pour 184 pays (*4*). Parmi eux, 68% avaient un CAOD inférieur à 3.

La diminution de la carie dentaire observée dans de nombreux pays développés (**Figure 7**) est due aux mesures de santé publique, liées aux changements de mode de vie et d'habitudes d'hygiène. Dans certains pays, cette tendance risque de dissuader les pouvoirs publics de continuer à prendre des mesures pour améliorer la santé bucco-dentaire ou maintenir les résultats acquis. Cette tendance pourrait porter à croire que les problèmes de caries n'existent plus, du moins dans les pays développés, et entraîner une redistribution des budgets actuellement consacrés à la prévention de la carie. Pourtant, il convient de souligner que la carie dentaire, en tant que maladie, n'est pas éradiquée mais uniquement contrôlée jusqu'à un certain point.

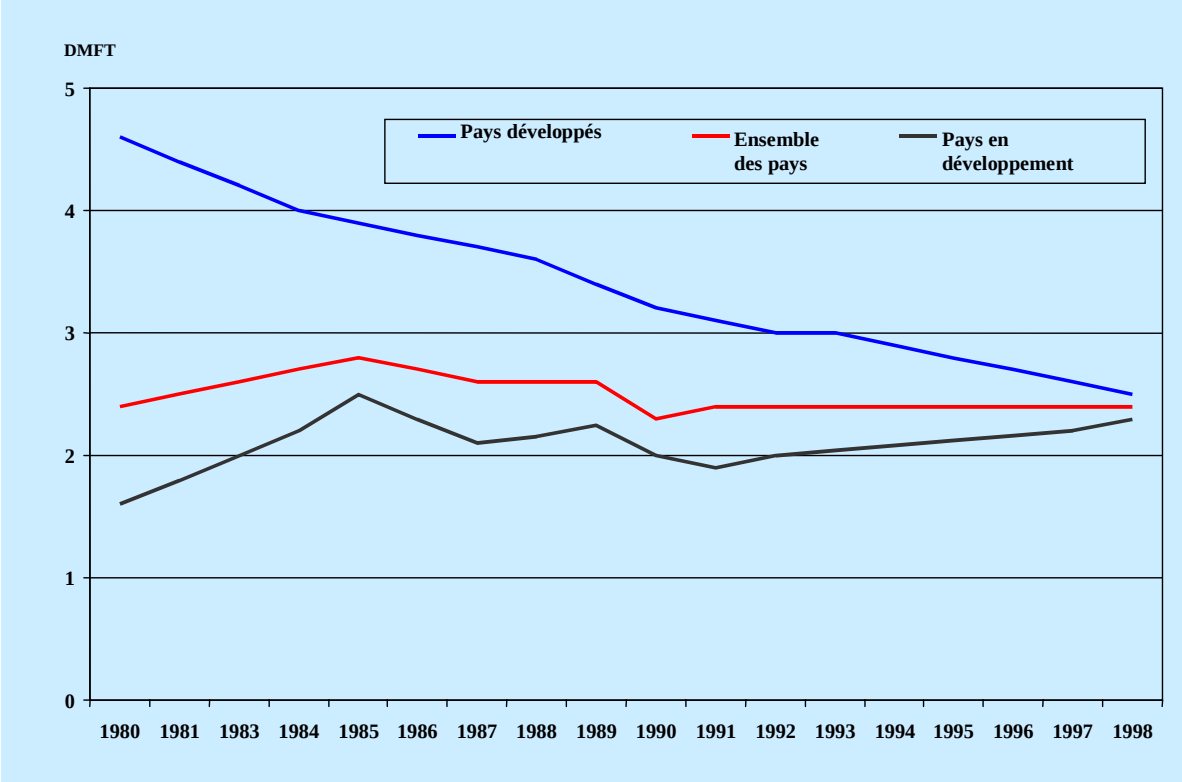

Figure 7. Evolution de la carie dentaire (indice CAOD) chez les enfants de 12 ans dans les pays développés et en développement (*3,4*)

En 1981, l'OMS et la Fédération Dentaire Internationale (FDI) ont formulé des objectifs à atteindre avant l'an 2000 pour la santé bucco-dentaire (*17*), à savoir:

1. 50% des enfants de 5-6 ans indemnes de carie dentaire;
2. Moyenne mondiale du CAOD ne dépassant pas 3 à 12 ans;
3. 85% de la population ayant toutes ses dents à l'âge de 18 ans;
4. Réduction de 50% d'édentés totaux chez les 35-44 ans par rapport au niveau de 1982;
5. Réduction de 25% d'édentés totaux à l'âge de 65 ans et plus par rapport au niveau de 1982;
6. Création d'une base de données pour surveiller les changements survenus dans la santé bucco-dentaire.

Pour le nouveau millénaire, il convient de fixer d'urgence de nouveaux objectifs en matière de santé bucco-dentaire, non seulement pour renforcer le contrôle de la carie dentaire et les activités de prévention, mais aussi pour tenir compte d'autres éléments importants influençant le poids des maladies bucco-dentaires telles que les maladies parodontales, les lésions de la muqueuse buccale, les lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale, les traumatismes cranio-faciaux, la douleur et la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire. Au niveau mondial, ces objectifs, aideront les planificateurs de santé bucco-dentaire à élaborer des programmes de prévention ciblés sur les populations et les groupes à haut risque, et à améliorer encore la qualité des systèmes de santé bucco-dentaire dans les régions, les pays et au niveau local.

CADRE POLITIQUE DU PROGRAMME OMS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

A la fin du XX^{e} siècle, on a assisté à une transformation, sans précédent dans l'histoire, de la santé générale et de la santé bucco-dentaire en particulier. Jusqu'a maintenant, malgré les progrès remarquables de ces dernières décennies, des millions de personnes dans le monde sont encore exclues des retombées du développement socio-économique et ne bénéficient pas des progrès scientifiques qui ont amélioré les soins de santé et la qualité de vie d'une bonne partie de la population. Au cours des dix dernières années, des changements très importants sont notamment survenus en matière de santé, au niveau mondial. On comprend mieux maintenant les causes et les conséquences des problèmes de santé. Les déterminants sociaux, économiques, politiques et culturels de la santé sont désormais considérés comme importants et on peut faire valoir qu'en réduisant la pauvreté, il est possible d'améliorer la santé. Les systèmes de santé, y compris celui de la santé bucco-dentaire, ont leur rôle à jouer. Or, ils deviennent de plus en plus complexes et les attentes des populations ont considérablement évolué vis-à-vis des soins de santé. Dans de nombreux pays, le rôle de l'Etat évolue rapidement avec l'émergence du secteur privé et de la société civile comme acteurs importants. Dans les pays en développement en particulier, un nombre croissant d'organisations de développement, de fondations privées et d'organisations non gouvernementales (ONG) prennent une part active dans le secteur de la santé.

Les objectifs de l'OMS visent à promouvoir la santé des communautés et des populations. Quatre orientations stratégiques définissent le cadre général de l'action technique de l'OMS et elles ont également des répercussions pour le Programme de Santé Bucco-Dentaire:

1. Réduire le poids des maladies bucco-dentaires et leurs conséquences invalidantes potentielles, notamment auprès des populations pauvres et marginalisées;

2. Promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque, pour la santé bucco-dentaire, liés à l'environnement, au comportement ainsi qu'à des causes économiques et sociales;

3. Développer des systèmes de santé bucco-dentaire qui améliorent celle ci équitablement répondent aux demandes légitimes de la population et qui soient financièrement acceptables;

4. Elaborer des politiques fondées sur l'intégration de la santé bucco-dentaire aux programmes de santé nationaux et communautaires ainsi que promouvoir la santé bucco-dentaire en tant que dimension de la politique de développement d'une société.

Conformément aux priorités de l'OMS, le Programme Mondial de Santé Bucco-Dentaire a adopté les priorités et orientations stratégiques décrites dans les pages suivantes.

PRÉVENTION DES MALADIES BUCCO-DENTAIRES ET PROMOTION DE LA SANTÉ: STRATÉGIES ET APPROCHES

La menace que représentent les maladies non transmissibles et la nécessité d'apporter des réponses urgentes et efficaces sur le plan de la santé publique ont amené à la formulation d'une stratégie pour la prévention et le contrôle de ces maladies, entérinée en 2000 par la Cinquante-Troisième Assemblée Mondiale de la Santé (résolution WHA 53.17). La priorité est donnée aux maladies (dont la santé bucco-dentaire) ayant des facteurs communs de risque évitables et liés aux modes de vie (mauvaise alimentation, tabagisme, par exemple). Les principaux facteurs sociaux et environnementaux impliqués dans la promotion de la santé bucco-dentaire sont indiqués à la **Figure 8**. Elle illustre également certains des principaux comportements à risque susceptibles d'être modifiés.

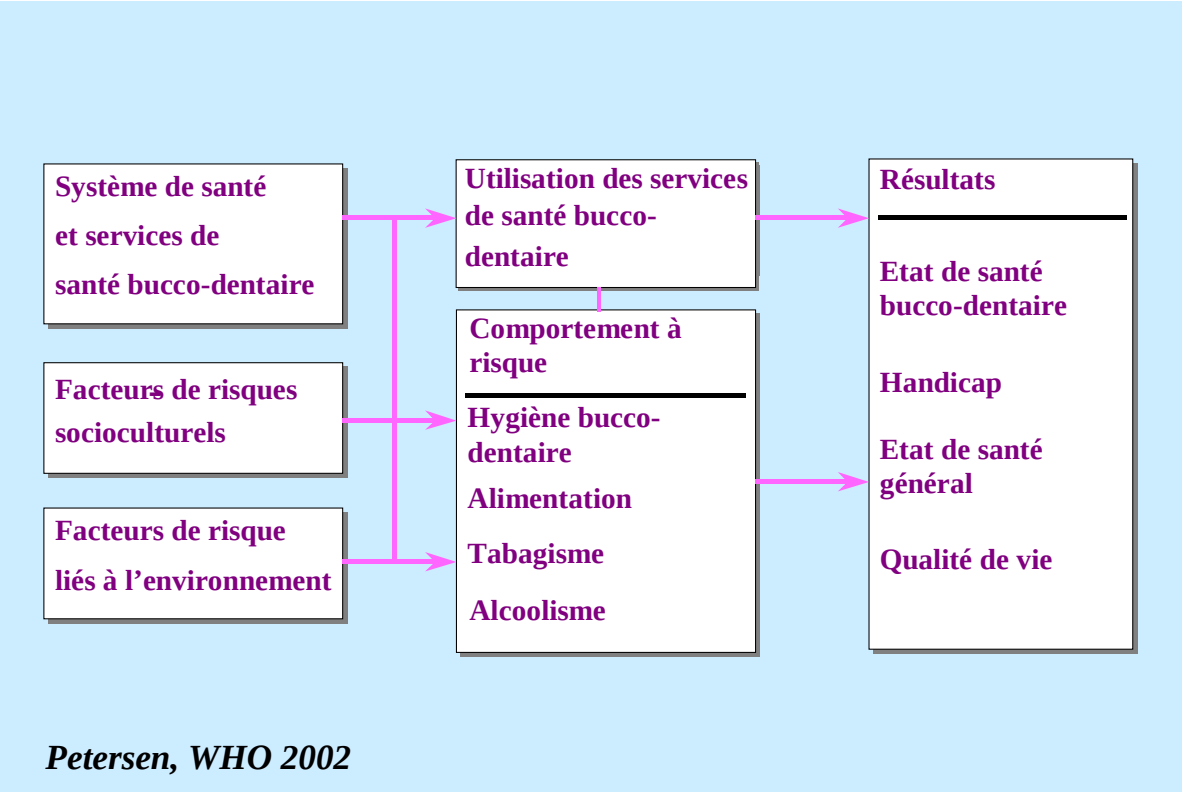

Figure 8. Approche de la promotion de la santé bucco-dentaire fondée sur les facteurs de risque

Certains déterminants socioculturels sont associés à un risque relatif élevé de maladies bucco-dentaires, tels que de mauvaises conditions de vie, un faible niveau d'instruction ainsi que l'absence de traditions, de croyances et de culture favorables à la santé bucco-dentaire. Les communautés et les pays où les apports en fluorures sont inadéquats ont un risque accru de carie dentaire. Le manque d'accès à l'eau potable ou à des installations sanitaires est un facteur de risque lié à l'environnement pour la santé bucco-dentaire comme pour la santé en général. Le contrôle des maladies bucco-dentaires est également tributaire de l'existence et de l'accessibilité à des systèmes de santé spécialisés, mais la réduction des risques n'est possible que si les services sont orientés vers les soins de santé primaires et la prévention. En plus des facteurs socioculturels et environnementaux, le modèle souligne le rôle des comportements dans la modification des facteurs de risque, telles que les habitudes en matière d'hygiène

bucco-dentaire, la consommation de sucres (quantité, fréquence d'ingestion, types de sucre consommés) ainsi que le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Ces comportements peuvent non seulement avoir des effets négatifs sur l'état de santé bucco-dentaire constaté par des mesures cliniques mais aussi se répercuter sur la qualité de vie.

Les recherches cliniques et en santé publique ont montré qu'un certain nombre de mesures préventives prises à l'échelon individuel, professionnel ou communautaire étaient efficaces pour prévenir la plupart des maladies bucco-dentaires (*18*). Il n'existe toutefois pas d'intervention optimale dans ce domaine qui soit universellement accessible ou d'un coût abordable, en raison de l'escalade des coûts et des ressources qui, elles, sont de plus en plus limitées. Cela, d'autant plus que l'accent n'est pas suffisamment mis sur la prévention primaire. Cela pose un problème considérable pour de nombreux pays, plus particulièrement dans les pays en développement et les pays dont l'économie et le système de santé sont en transition.

La plupart des données dont on dispose ont trait à la prévention de la carie dentaire et au contrôle des maladies parodontales. La gingivite peut être évitée avec une bonne hygiène bucco-dentaire, à savoir le brossage des dents et l'utilisation du fil dentaire, qui sont également importants pour le contrôle des lésions parodontales avancées. La fluoration de l'eau est efficace pour prévenir la carie dentaire chez l'enfant comme chez l'adulte. La fluoration de l'eau bénéficie à tous les habitants desservis par des réseaux publics d'adduction d'eau et ce quelle que soit leur situation sociale et économique. Il a été démontré que les systèmes de fluoration du sel ou du lait ont les mêmes effets lorsqu'ils sont mis en place dans le cadre de programmes de prévention. Les mesures individuelles et professionnelles, y compris l'utilisation de bains de bouche, de gels et de dentifrices fluorés ainsi que l'application d'agents de scellement sont d'autres moyens pour prévenir la carie dentaire. Dans certains pays en développement, l'introduction de dentifrices fluorés à un coût abordable s'est révélée être une stratégie précieuse car elle permet un accès approprié de la population aux fluorures.

Dans la prévention de la maladie et le maintien de la santé, les individus peuvent agir pour eux-mêmes mais aussi pour leurs proches dont ils ont la charge. Moyennant une alimentation et une nutrition appropriées, la prévention primaire de nombreuses maladies bucco-dentaires et maxillo-faciales est possible. Les comportements liés au style de vie et qui ont des effets sur la santé générale tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool ou les mauvaises habitudes alimentaires ont aussi des répercussions sur la santé bucco-dentaire et maxillo-faciale. Ces comportements individuels sont associés à un risque accru d'anomalies congénitales cranio-faciales, de cancers du pharynx et de la cavité buccale, de maladie parodontale, de carie dentaire, de candidose buccale ou d'autres affections de la bouche.

Il est possible de développer les connaissances et les pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé dans le grand public par des programmes communautaires et de santé. Les personnels délivrant des soins bucco-dentaires peuvent également jouer un rôle pour promouvoir un mode de vie sain en incorporant des programmes de sevrage tabagique et des conseils nutritionnels dans leurs pratiques.

Il existe toutefois des disparités profondes en matière de santé bucco-dentaire selon les pays et les régions et à l'intérieur même de ceux-ci. Elles peuvent être liées au statut socio-économique, à l'appartenance raciale ou ethnique, à l'âge, au sexe ou à l'état de santé générale. Même si les maladies dentaires les plus répandues sont évitables, tous les membres de la communauté ne sont pas bien informés ou capables de bénéficier de mesures appropriées de

promotion de la santé bucco-dentaire. On retrouve des groupes de populations défavorisées aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Par ailleurs, dans de nombreux pays, les soins de santé bucco-dentaire ne sont pas pleinement intégrés aux programmes de santé nationaux ou communautaires.

Les principaux défis pour l'avenir consistent à traduire les connaissances en matière de prévention de la maladie en programmes d'action. Les facteurs sociaux, économiques, culturels ainsi que l'évolution démographique ont des incidences sur la distribution des services de santé bucco-dentaire et la façon dont les gens s'occupent de leur santé. Pour réduire les disparités, il faut pouvoir mettre en place des approches d'envergure susceptibles d'atteindre les populations les plus exposées à des maladies bucco-dentaires spécifiques et améliorer l'accès aux soins existants. En attendant, dans plusieurs pays en développement, le principal défi consiste à proposer des soins de santé bucco-dentaire essentiels dans le cadre des programmes de soins de santé primaires. Ces programmes doivent répondre aux besoins sanitaires de base de la population, développer les soins de proximité, organiser les soins primaires et assurer une orientation efficace des patients.

Pour mettre en oeuvre des programmes de prévention des maladies bucco-dentaires à l'échelon mondial, les partenariats existants devront être renforcés, notamment avec les ONG nationales et internationales et les centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire. L'OMS coordonnera des alliances, en collaboration avec la communauté internationale dans le domaine de la santé bucco-dentaire afin de répartir les responsabilités de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale. L'une des principales responsabilités qui incombera à l'OMS consistera à cartographier les tendances des pathologies bucco-dentaires et à analyser ses déterminants, plus particulièrement en ce qui concerne les populations pauvres et défavorisées. L'action de l'OMS dans le domaine de la santé bucco-dentaire ciblera également: la mise au point d'outils pour une collaboration intersectorielle, la participation communautaire, l'aide à la prise de décision, la réforme des soins de santé bucco-dentaire et l'élaboration de stratégies à base communautaire pour contrôler les maladies bucco-dentaires.

Promotion de la santé et santé bucco-dentaire

Une bonne santé est une ressource capitale pour le développement social, économique et personnel. Certains facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent améliorer la santé ou au contraire lui nuire. L'action de promotion de la santé vise à rendre ces conditions favorables à la santé. Elle va donc au-delà des seuls soins de santé. Elle place la santé au centre de l'action des politiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux, leur enjoignant de tenir compte des conséquences de leurs décisions sur la santé et d'accepter leur responsabilité en la matière. La politique de promotion de la santé allie des méthodes variées mais complémentaires s'appuyant sur la législation, les mesures financières ou fiscales ou le changement organisationnel. Il s'agit d'un effort concerté en faveur de la création d'environnements propices et du renforcement de l'action communautaire. Promouvoir la santé, c'est mettre en oeuvre un certain nombre d'actions communautaires concrètes et efficaces pour définir des priorités, prendre des décisions, prévoir des stratégies et les mettre en oeuvre pour améliorer la santé. Le développement de la communauté et son autonomie consistent à tirer parti des ressources humaines et matérielles existantes pour faciliter la prise en charge individuelle, le soutien social et la participation à part entière de la communauté.

La promotion de la santé traite des déterminants de la santé au sens large et vise à réduire les risques à travers des politiques et des mesures adaptées. Promouvoir la santé là où les gens vivent, travaillent, étudient ou jouent est manifestement le moyen le plus créatif et qui a le meilleur rapport coût/efficacité pour améliorer la santé bucco-dentaire et donc la qualité de la vie.

L'eau est essentielle à la vie, à la santé et à la production des aliments. Pourtant, près de 20 % de la population mondiale n'a pas accès à l'eau potable et près de 40 % n'a pas accès à un assainissement adéquat (*19*). Un peu partout dans le monde, des contaminants biologiques et des polluants chimiques compromettent la qualité de l'eau, entraînant tout un éventail de maladies souvent mortelles. Les mauvais systèmes d'assainissement, observés dans la plupart des pays en développement, ont des répercussions sur l'hygiène générale et bucco-dentaire en particulier. Dans de nombreuses communautés des pays en développement, promouvoir l'éducation en matière d'hygiène et de changements de comportement auprès des parents, des personnes qui s'occupent des enfants et les enfants eux-mêmes, reste un véritable défi. Les communautés doivent également se battre pour élaborer des programmes efficaces d'assainissement en milieu scolaire et de traitement approprié de l'eau pour promouvoir l'hygiène bucco-dentaire.

L'urbanisation croissante, l'évolution démographique ainsi que les changements sociaux et environnementaux, exigent des approches différentes de la santé bucco-dentaire. Il est peu probable que l'on puisse obtenir des améliorations dans ce domaine au moyen d'interventions isolées ciblées sur des comportements particuliers. Les interventions les plus efficaces et les plus durables se fondent à la fois sur une politique sociale et sur des mesures individuelles de nature à promouvoir des conditions et des modes de vie sains.

Au niveau mondial, le soutien technique et politique de l'OMS est nécessaire pour permettre aux pays d'intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire à la promotion de la santé en général. L'expertise des centres collaborateurs OMS est précieuse à cet égard. Les pays peuvent également s'inspirer des expériences locales et des atouts des communautés pour les encourager à contribuer activement à leur santé future et faciliter l'autonomisation et l'action communautaire en vue de la promotion de la santé. Le Programme OMS de santé bucco-dentaire applique la philosophie « penser globalement – agir localement » (*20*). L'élaboration de programmes de promotion de la santé bucco-dentaire, dans des pays ciblés, est axée sur:

* L'identification des déterminants de la santé; la mise en place de mécanismes visant à améliorer la capacité de concevoir et de mettre en oeuvre des interventions pour promouvoir la santé bucco-dentaire;

* La mise en oeuvre de projets de démonstration dans la communauté pour promouvoir la santé bucco-dentaire, en privilégiant les groupes de populations pauvres et défavorisés;

* Le renforcement des capacités de planification, d'évaluation des programmes nationaux de promotion de la santé bucco-dentaire et des interventions mises en place;

* La mise au point de méthodes et d'outils pour analyser le déroulement et les résultats des interventions de promotion de la santé bucco-dentaire dans le cadre des programmes nationaux de santé;

* La création de réseaux et d'alliances visant à renforcer les mesures nationales et internationales de promotion de la santé bucco-dentaire. L'accent est également mis sur la création de réseaux pour l'échange de données d'expérience dans le cadre du programme OMS Mega.

DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE A L'ÉCHELON MONDIAL

Santé bucco-dentaire et fluorures

Les recherches ont montré que la mesure la plus efficace pour prévenir la carie dentaire était de maintenir en permanence un faible niveau de fluorures dans la cavité buccale (*21*). L'objectif des programmes communautaires de santé publique devrait donc être de mettre en oeuvre le moyen le plus approprié pour maintenir ce niveau faible mais constant de fluorures chez autant de personnes que possible. Pour cela, on peut avoir recours à l'eau de boisson, au sel, au lait, aux bains de bouche et aux dentifrices fluorés, ou à l'application de fluorures par un professionnel ou bien encore à une combinaison de dentifrice fluoré et d'une autre source de fluorures. Les données montrent clairement que l'exposition prolongée à un niveau optimal de fluorures se traduit par une diminution de la carie tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Toutefois, il peut y avoir des effets secondaires indésirables à l'apport excessif de fluorures. L'expérience a montré qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir une prévention efficace de la carie à base de fluorures sans un certain degré de fluorose dentaire, quelle que soit la méthode choisie pour maintenir ce faible niveau de fluorures dans la cavité buccale. Les administrateurs de la santé publique doivent chercher à réduire au maximum la carie tout en minimisant les risques de fluorose dentaire.

Les fluorures sont largement utilisés à l'échelle mondiale et avec profit. Plus de 500 millions de personnes dans le monde utilisent des dentifrices fluorés, près de 210 millions ont accès à une eau fluorée, quelque 40 millions à du sel fluoré. D'autres formes d'applications de fluorures (applications topiques, bains de bouche, comprimés/gouttes) sont administrées à près de 60 millions de personnes. Par contre, les populations de nombreux pays en développement n'ont pas accès aux fluorures pour la prévention de la carie dentaire, pour des raisons tant pratiques qu'économiques.

Dans le N° 846 de la Série de Rapports techniques de l'OMS intitulé « Fluorures et santé bucco-dentaire » (1994) (*21*), la recommandation concernant l'utilisation des dentifrices fluorés est la suivante:

> *Etant donné que les dentifrices fluorés constituent un moyen efficace de lutte contre la carie, tous les efforts devraient être faits pour mettre au point des produits d'un coût abordable pour les pays en développement. L'utilisation des dentifrices fluorés constituant une mesure de santé publique, il serait dans l'intérêt des pays d'exempter ces produits des droits et taxes appliqués aux cosmétiques.*
>
> Recommandation 12, page 36

Une des politiques de l'OMS consiste à soutenir l'usage généralisé des dentifrices fluorés à un coût abordable dans les pays en développement. Ceci est particulièrement important compte tenu de l'évolution de l'alimentation et de l'état nutritionnel dans ces pays. Des études récentes menées localement ont montré que des dentifrices fluorés, d'un coût abordable, sont efficaces dans la prévention de la carie et devraient être mis à disposition des autorités sanitaires dans les

pays en développement (*22*). Le Programme mondial OMS de Santé Bucco-Dentaire met actuellement en oeuvre des projets de démonstration en Afrique, en Asie et en Europe afin d'évaluer les effets de ces dentifrices, de même que ceux de la fluoration du lait et du sel.

Alimentation, nutrition et santé bucco-dentaire

Nous sommes aujourd'hui confrontés dans le monde à deux types de malnutrition, le premier associé à la faim ou aux carences nutritionnelles et le second à la suralimentation. L'urbanisation et le développement économique entraînent des changements rapides du régime alimentaire et des modes de vie. La mondialisation des marchés a des répercussions importantes en matière de suralimentation, entraînant des maladies chroniques comme l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, l'ostéoporose et les maladies bucco-dentaires. L'alimentation et la nutrition ont des répercussions sur la santé bucco-dentaire à différents titres. La nutrition, par exemple, influence le développement cranio-facial, le cancer de la cavité buccale et les maladies infectieuses de la bouche. Les pathologies dentaires liées à l'alimentation comprennent notamment la carie dentaire, les anomalies de développement de l'émail, l'érosion dentaire et les maladies parodontales.

Les effets des changements nutritionnels montrent comment des risques communs influencent la santé publique, y compris la santé bucco-dentaire. Les acteurs de santé publique s'occupant de santé bucco-dentaire aurait intérêt à mieux comprendre les effets sur la santé de ces facteurs complexes sur la santé afin de prévenir ou de contrôler les maladies bucco-dentaires.

Les principaux défis à relever sont les suivants:

* Mettre en place des conseils nutritionnels, en soulignant les bienfaits d'une bonne alimentation sur la santé en général et en insistant également sur les aspects liés directement à la santé bucco-dentaire. L'effet de la consommation de sucre après l'éruption des dents est l'un des facteurs étiologiques de la carie dentaire;

* Faciliter des actions de sensibilisation lors de la promotion de l'allaitement maternel. Parmi d'autres avantages importants pour la santé, le lait maternel prévient la survenue des caries de la petite enfance, provoquées par une exposition fréquente et prolongée des dents au sucre et souvent dues au fait que l'on met l'enfant au lit avec un biberon d'eau sucrée ou qu'on l'autorise à boire de l'eau sucrée à volonté pendant la journée;

* Faire connaître les avantages d'une diminution de la consommation de boissons sucrées, qui est le risque majeur pour la carie dentaire. L'érosion dentaire semble également être un problème croissant qui, dans certains pays, est associé à une augmentation de la consommation de boissons contenant des acides;

* Promouvoir une alimentation saine et rationnelle parmi les personnes vivant dans des zones défavorisées ou isolées des pays à revenu faible ou intermédiaire en encourageant le recours aux produits naturels de bonne valeur nutritionnelle à la place de produits alimentaires raffinés et industrialisés;

* Préconiser une alimentation saine qui peut également aider à prévenir le cancer de la cavité buccale. Les fruits et légumes frais, jaunes ou verts, seraient bénéfiques, tout comme les suppléments de vitamines A, C et E. La consommation excessive d'alcool est un important facteur de risque dans l'étiologie des lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale. Ces habitudes doivent être modifiées.

L'OMS et la FAO ont récemment publié une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé (*23*), reposant sur l'analyse des meilleures données disponibles concernant la relation entre l'alimentation et l'activité physique et les principales maladies chroniques d'origine nutritionnelle. La stratégie vise à réduire le poids croissant des maladies non transmissibles tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Des recommandations ont été faites pour faciliter l'élaboration de stratégies régionales et de directives nationales visant à réduire le fardeau de ces maladies. Entre autres recommandations, la part du sucre libre (ajouté) devrait rester inférieur à 10% de l'apport énergétique et le nombre de prises alimentaires et de boissons contenant du sucre ajouté devrait être limitée à quatre par jour au maximum. Pour les pays où la consommation est élevée, il est recommandé que les autorités sanitaires nationales et les responsables fixent des objectifs spécifiques au pays et à la communauté concernant la réduction de la consommation de sucres libres. De nombreux pays vivent actuellement une transition nutritionnelle et leur population n'a pas un apport en fluor suffisant. C'est donc aux autorités sanitaires nationales qu'il incombe de faire en sorte que des programmes de fluoration réalisables soient mis en oeuvre dans leur pays.

Afin de réduire au maximum la survenue de l'érosion dentaire, qui semble étroitement liée à la consommation de boissons contenant des acides, il faudrait limiter la quantité et la fréquence des boissons sucrées et de jus de fruits consommés. L'élimination de la sous-alimentation permet d'éviter l'hypoplasie de l'émail et d'autres effets potentiels sur la santé bucco-dentaire (atrophie des glandes salivaires, maladies parodontales, maladies infectieuses de la cavité buccale, par exemple).

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire contribue à la mise en oeuvre de la Stratégie Mondiale sur l'Alimentation, l'Activité Physique et la Santé. De nombreuses interventions peuvent être mises en place au niveau national, particulièrement dans les domaines suivants:

* services de santé bucco-dentaire;
* écoles: programmes des études, cantines et santé scolaire;
* industrie alimentaire, supermarchés;
* restauration, etc;
* ONG (en lien avec la santé et autres);
* législation et politique;
* médias;
* suivi, surveillance et recherche.

Les ministères de la santé devraient veiller à ce que les mécanismes de collaboration intersectorielle soient examinés attentivement. Les stratégies devraient porter à la fois sur les taxes, les prix, l'étiquetage des aliments, les cantines scolaires et l'appui aux programmes de nutrition.

Tabac et santé bucco-dentaire

La prévalence du tabagisme a baissé dans certains pays à haut revenu, mais continue à augmenter dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, notamment parmi les jeunes et les femmes (*1,24*). Il ne fait pas de doute que le nombre croissant de fumeurs et de consommateurs de tabac sans fumée parmi les jeunes, dans certaines régions du monde, aura des effets considérables sur l'état de santé générale et la santé bucco-dentaire des générations futures. La prévalence du tabagisme est généralement plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction ou parmi les populations pauvres et marginalisées.

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès prématuré et de plusieurs grandes maladies. En outre, la cigarette, la pipe, le cigare et le "bidi", le bétel, le "guhtka" et d'autres formes traditionnelles du tabagisme ont divers effets sur la cavité buccale (*25,26*). Le tabac est un facteur de risque pour le cancer de la cavité buccale, les récidives de ce cancer, les maladies parodontales de l'adulte et les anomalies congénitales telles que le bec de lièvre et la fente palatine chez l'enfant. Le tabac supprime la réponse immunitaire aux infections bucco-dentaires, compromet la guérison après une intervention chirurgicale bucco-dentaire ou une blessure accidentelle, favorise la dégénérescence du parodonte chez les diabétiques et a des effets défavorables sur le système cardio-vasculaire. En outre, les risques liés à la consommation de tabac augmentent considérablement lorsqu'elle est associée à l'alcool ou à la noix d'arec. La plupart des conséquences bucco-dentaires du tabagisme ont des répercussions sur la qualité de la vie, aussi simples que la mauvaise haleine, aussi complexes que les anomalies congénitales bucco-dentaires, aussi répandues que les maladies parodontales et aussi pénibles que les complications de la cicatrisation d'une plaie.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire vise à lutter contre les maladies bucco-dentaires liées au tabac et autres affections à travers diverses stratégies. A l'OMS, le Programme est rattaché à l'initiative OMS pour un monde sans tabac, et complètement intégré à d'autres programmes en rapport avec la santé bucco-dentaire. A l'extérieur, il encourage l'adoption et l'application des politiques OMS de contrôle et de sevrage du tabagisme par les organisations nationales et internationales intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Ses principaux partenaires sont les centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire et les ONG en relations officielles avec l'OMS, à savoir l'Association Internationale de Recherche Dentaire (IADR) et la Fédération Dentaire Internationale (FDI). Plusieurs projets ont été mis en place au Canada, dans les pays de l'Union européenne, au Japon, en Nouvelle-Zélande et aux Etats-Unis d'Amérique, et d'autres encore sont envisagés en Chine et en Inde.

Les professionnels de la santé bucco-dentaire sont invités à renforcer leur contribution aux programmes incitant à cesser de fumer et ce, pour diverses raisons éthiques, morales et pratiques, dont les suivantes:

* Ils sont particulièrement concernés par les effets néfastes de la consommation de tabac sur la sphère oropharyngée;

* Ils rencontrent régulièrement des enfants et des jeunes ainsi que des personnes qui s'en occupent. Ils ont donc la possibilité de les inciter à éviter de fumer, à retarder le moment où ils commenceront ou à cesser de fumer avant une dépendance trop forte;

* Ils passent souvent plus de temps avec les patients que d'autres cliniciens, ce qui leur donne la possibilité d'intégrer éducation et intervention;

* Ils traitent souvent des femmes en âge de procréer et sont donc en mesure d'informer ces patientes des risques potentiels pour leurs enfants de la consommation de tabac;

* Ils sont tout aussi efficaces que d'autres personnels de santé pour aider les consommateurs de tabac à abandonner leur habitude et les résultats n'en sont que meilleurs lorsque plusieurs disciplines interviennent dans le processus;

* Ils peuvent motiver leurs patients en leur montrant les dégâts du tabac dans la cavité buccale.

L'objectif du Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire dans le domaine du tabac consiste à faire en sorte que les équipes de santé bucco-dentaire et les organisations compétentes soient directement, judicieusement et systématiquement impliquées dans l'éducation des patients et du grand public afin de les inciter à éviter toute forme de tabagisme ou à arrêter de consommer du tabac.

Le but de la lutte contre le cancer est de réduire à la fois l'incidence de la maladie, la morbidité et la mortalité. Cela exige non seulement la connaissance de l'histoire de la maladie, mais également une bonne compréhension des facteurs sociaux, économiques et culturels sous-jacents. Le dépistage précoce peut sauver des vies. Plusieurs pays développés et en développement mettent en oeuvre des programmes de prévention du cancer comprenant celui de la cavité buccale. Il est indispensable d'apprendre aux individus à reconnaître les signes et symptômes précoces du cancer de la cavité buccale. Dans les pays en développement en particulier, les agents de soins de santé primaires formés au dépistage du cancer de la cavité buccale sont appelés à devenir une force de prévention considérable grâce au dépistage précoce et à la promotion de la santé en vue de sensibiliser la communauté. Un système d'orientation efficace doit être trouvé pour permettre la prise de mesures vitales.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire soutient l'intégration de la prévention du cancers de la cavité buccale dans les programmes nationaux de lutte contre le cancer, sur la base d'une planification, d'un suivi et d'une évaluation rigoureux ainsi que la constitution de partenariats (*27*).

Santé bucco-dentaire et promotion de la santé à l'école

L'initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école, lancée en 1995, vise à mobiliser et à renforcer les activités d'éducation et de promotion de la santé aux niveaux local, national, régional et mondial. L'initiative est destinée à améliorer la santé des enfants, du personnel scolaire, des familles et autres membres de la collectivité, et cela à travers l'établissement scolaire. La promotion de la santé à l'école est un enseignement qui veille constamment à renforcer la capacité à instaurer un cadre de vie, d'apprentissage et de travail sain. L'initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école comprend quatre grandes stratégies (*28*):

1. Développer les capacités de sensibilisation en vue d'améliorer les programmes de santé scolaire.

2. Créer des réseaux et des alliances afin de développer le concept de promotion de la santé à l'école.

3. Renforcer les capacités nationales.

4. Mener des recherches afin d'améliorer les programmes de santé scolaire.

Afin d'aider les particuliers et les associations à soutenir le développement de la promotion de la santé à l'école, l'OMS a publié une « série d'informations sur la santé à l'école ». On y trouve des lignes directrices destinées à aider les écoles et les responsables de la collectivité à améliorer la santé et l'éducation des jeunes, chaque document ayant pour but d'encourager les écoles à traiter un ou plusieurs problèmes de santé importants.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire a rédigé un document technique afin de renforcer la mise en oeuvre d'un élément santé bucco-dentaire dans le programme pour la promotion de la santé à l'école (*29*). Les arguments importants en faveur de la promotion de la santé bucco-dentaire par l'école sont les suivants:

* Pendant leurs années de formation, de l'enfance à l'adolescence, les élèves sont accessibles. Ce sont des stades importants dans la vie de l'individu car c'est à ce moment-là qu'il adopte des comportements mais aussi des croyances et des attitudes vis-à-vis de la santé bucco-dentaire qu'il gardera toute sa vie;

* Les écoles peuvent offrir un environnement propice à la promotion de la santé bucco-dentaire. L'accès à l'eau potable, par exemple, peut favoriser les programmes d'hygiène en général et d'hygiène bucco-dentaire en particulier. De même, un environnement matériel de sécurité peut contribuer à réduire le risque d'accidents et par conséquent le risque de traumatismes dentaires;

* Le poids des maladies bucco-dentaires chez l'enfant est important. La plupart d'entre elles, une fois établies, sont irréversibles et auront un impact sur la qualité de vie et l'état de santé générale;

* Des politiques scolaires, un environnement propice et une éducation pour la santé sont essentiels à l'instauration de la santé bucco-dentaire et au contrôle des comportements à risque comme la consommation d'aliments et de boissons sucrés, le tabagisme ou la consommation d'alcool;

* Les écoles peuvent offrir une plate-forme pour la prestation de soins bucco-dentaires préventifs et curatifs.

Grâce à un réseau étendu de promotion de la santé à l'école (Health Promoting Schools), l'OMS collabore, aux niveaux régional et mondial, avec Education International, l'ONUSIDA et l'UNESCO pour permettre aux organisations représentatives des enseignants du monde entier de mettre à profit leur capacité et leur expérience pour améliorer la santé par l'école. Le

Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire est rattaché à ces réseaux comme aux réseaux scolaires de santé bucco-dentaire établis dans les divers pays et régions.

Des programmes de formation de formateurs, à l'intention des instituteurs, sont organisés pour développer les capacités nationales d'intégration de la promotion de la santé bucco-dentaire à l'école. Dans le cadre de la mise en place du réseau OMS (MEGA) de Promotion de la Santé dans les pays les plus peuplés, le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire encourage l'échange de bonnes pratiques entre responsables de santé scolaire et de promotion de la santé.

L'OMS rassemble les travaux de recherche portant sur les interventions susceptibles d'améliorer la santé par l'école afin de développer des capacités au niveau national et de surveiller l'état de santé des enfants et des enseignants (*30*). Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire a élaboré des méthodologies permettant d'évaluer le processus et le résultat des programmes de santé bucco-dentaire à l'école, en vue de renforcer la mise en oeuvre de ces programmes et l'action des centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire.

La santé bucco-dentaire des jeunes

Les adolescents, âgés de 10 à 19 ans selon la définition de l'OMS, représentent un cinquième de la population mondiale. Un jeune ayant confiance en lui, bien intégré socialement, qui croit en des valeurs et a accès aux informations pertinentes est mieux à même de prendre des décisions positives pour sa santé. Les facteurs extérieurs ont un impact énorme sur la façon dont les adolescents pensent et se comportent ; les valeurs et les comportements de leurs pairs sont de plus en plus importants tandis que les parents et les autres membres de la famille gardent toujours une influence. L'environnement plus large de ces jeunes a également une importance (médias, industries, institutions communautaires, par exemple). Les programmes visant à améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes doivent tenir compte de ces facteurs, notamment la consommation de bonbons, de boissons sucrées, de tabac ou d'alcool. Des alliances efficaces entre l'environnement familial, le milieu scolaire, les professionnels et les organisations communautaires sont nécessaires si l'on veut contrôler les risques pour la santé bucco-dentaire des jeunes.

Amélioration de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées

La répartition selon l'âge de la population mondiale évolue. Avec les progrès de la médecine et l'allongement de l'espérance de vie, la proportion de personnes âgées va continuer à augmenter partout dans le monde. Par exemple, le Rapport sur la santé dans le monde 1998 dénombrait 390 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, par exemple. On estime que ce chiffre devrait doubler d'ici 2025 (*31*). La génération du baby boom d'après-guerre aura 65 ans en 2011, venant grossir sensiblement les rangs des personnes âgées.

D'ici 2025, dans de nombreux pays en développement, en particulier en Asie et en Amérique latine, on attend une augmentation de la population âgée pouvant aller jusqu'à 300%. D'ici 2050, il y a aura 2 milliards de personnes de plus de 60 ans, dont 80% dans les pays en développement (*32*). La croissance de cette population est gigantesque et pose des problèmes énormes du point de vue de la prise en charge des personnes âgées. A mesure que les gens vieillissent, leur susceptibilité aux maladies chroniques et aux maladies qui engagent le pronostic vital ainsi qu'aux infections aigües augmente, et est encore aggravée par des déficits du système immunitaire (*33*). Dans ce groupe d'âge, le cancer, les maladies cardio-vasculaires,

le diabète, les infections et une mauvaise santé bucco-dentaire (avec notamment la perte de dents ou des formes sévères de maladie parodontale) sont plus fréquentes. Les conséquences de ces maladies et affections sont significatives, entraînant des incapacités et une qualité de vie diminuée.

Les maladies bucco-dentaires sont généralement évolutives et cumulatives. Le processus du vieillissement peut directement ou indirectement accroître le risque de maladies bucco-dentaires et de perte des dents, phénomène que compliquent encore un mauvais état de santé générale, la présence de maladies aigües ou chroniques (*34*). Parmi les personnes âgées, on observe une prévalence élevée de co-morbidité et des obstacles aux soins, en même temps que des problèmes de santé bucco-dentaire liés aux phénomènes suivants:

* évolution de l'état de la dentition;
* prévalence de la carie et besoins de soins non satisfaits;
* poches parodontales/perte d'attache parodontale et mauvaise hygiène bucco-dentaire;
* édentation et perte fonctionnelle;
* conséquences de prothèses dentaires amovibles mal adaptées;
* cancer de la cavité buccale;
* xérostomie;
* douleur et gêne cranio-faciales.

L'interrelation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale est particulièrement prononcée chez les personnes âgées. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut accroître les risques pour la santé générale et se répercuter sur l'apport nutritionnel lorsque les capacités de mastication et d'alimentation sont amoindries. De même, les maladies systémiques et/ou les effets secondaires indésirables de leur traitement peuvent entraîner un risque accru de maladies bucco-dentaires, une diminution du flux salivaire, une altération du goût et de l'odorat, des douleurs dento-faciales, une hypertrophie des gencives, une résorption de l'os alvéolaire et la mobilité des dents (*34*). La prévalence élevée de traitements associant plusieurs médicaments dans ce groupe d'âge peut encore aggraver les effets sur la santé bucco-dentaire. Parmi les autres déterminants figurent une alimentation à forte teneur en sucre, une mauvaise hygiène bucco-dentaire par manque de dextérité, la consommation d'alcool ou de tabac, autant de facteurs de risque pour la santé bucco-dentaire (*35*).

Les obstacles aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes âgées sont considérables. La perte de mobilité les empêche d'avoir accès aux soins, en particulier pour celles qui habitent en milieu rural lorsque les moyens de transport public sont insuffisants (*36*). La situation est plus grave encore dans les pays en développement s'il n'existe pas de services de santé bucco-dentaire et de soins à domicile. Certaines personnes âgées pouvant par ailleurs éprouver des difficultés financières après leur retraite, le coût réel ou l'idée qu'elles se font du coût du traitement dentaire, allié à des attitudes négatives à l'égard de la santé bucco-dentaire, peuvent les décourager de consulter un dentiste. La peur de la violence peut rendre les personnes âgées craintives face à des étrangers, ce qui peut gêner la communication avec les personnels soignants.

Dans certains pays, les personnes âgées ont tendance à vivre seules, loin de leurs amis ou de leur famille. L'absence de soutien social et les sentiments de solitude et d'isolement peuvent se répercuter sur leur santé mentale et leur bien-être. Il existe à l'évidence des besoins non satisfaits dans ce groupe d'âge. Il est important que les personnels des services de santé

tiennent compte des facteurs psycho-sociaux non négligeables ayant une incidence sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Il faut donc fournir des services de santé bucco-dentaire adaptés, qui soient accessibles, appropriés et acceptables. L'état de santé des personnes âgées doit également être pris en compte avant de planifier un traitement complexe pouvant comporter des interventions chirurgicales. Le diagnostic de ces besoins particuliers et la planification en cas de traitement sophistiqué sont essentiels. Enfin, les incidences pour la recherche et la formation sont considérables (*33*,*37*).

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire entend élaborer des stratégies pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Sur la base de l'expérience acquise dans le cadre des programmes de démonstration dans les pays, les planificateurs nationaux de la santé bucco-dentaire sont encouragés à intégrer des activités systématiques dans ce domaine afin d'améliorer la qualité de la vie. Le Programme appliquera ces stratégies en collaboration avec le Centre de l'OMS à Kobe (Japon), les bureaux régionaux de l'OMS, les centres collaborateurs de l'OMS pour la santé bucco-dentaire et les ONG.

Santé bucco-dentaire, état de santé générale et qualité de vie

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé au sens large. Les maladies parodontales, par exemple, sont associées à des problèmes de santé comme les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Les personnes présentant des affections complexes sont plus exposées au risque de maladies bucco-dentaires qui compliquent encore leur état de santé générale (*38*). Certaines maladies ont des manifestations buccales, et ces lésions peuvent être le premier signe d'autres maladies potentiellement mortelles comme le VIH/SIDA. En outre, certains médicaments ou traitements courants utilisés pour traiter des maladies systémiques peuvent compromettre la santé et le fonctionnement de la sphère bucco-dentaire.

Non traitées, même pendant peu de temps, les maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences néfastes. Une infection bucco-dentaire peut tuer. Une infection bucco-dentaire est considérée comme un facteur de risque dans nombre d'affections générales. La propagation de bactéries peut entraîner ou aggraver sérieusement des infections dans l'organisme tout entier, en particulier chez les personnes immunodéprimées. Les personnes souffrant de maladies cardio-vasculaires ou de diabète sont particulièrement vulnérables. Des études ont montré que les maladies bucco-dentaires (carie dentaire et maladie paradontale, par exemple) étaient associées à d'autres maladies non transmissibles (*38-41*), et cette interrelation mérite des recherches plus approfondies.

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie. La douleur, la survenue d'abcès dentaires, des difficultés à mastiquer ou à se nourrir, une gêne provoquée par la forme des dents ou des dents manquantes, colorées ou abîmées peuvent avoir des répercussions sur la vie quotidienne et le bien-être des individus. Ces dernières années, de nombreuses recherches ont montré l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de la vie (*42*). Plusieurs mesures de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire ont été élaborées afin d'évaluer les répercussions fonctionnelles, psychologiques, sociales et économiques; mesures très importantes pour l'évaluation des programmes de santé bucco-dentaire dans la communauté.

Les facteurs de risque pour la santé tels qu'une consommation excessive d'alcool, le tabagisme ou d'autres formes de consommation du tabac et de mauvaises habitudes alimentaires peuvent également se répercuter sur la santé bucco-dentaire. La corrélation entre ces comportements liés au mode de vie et le risque accru de caries dentaires, de maladies parodontales, d'infections de la bouche, d'anomalies maxillo-faciales, de cancers de la cavité buccale et d'autres affections de la bouche montre bien la nécessité d'adopter une approche intégrée de la promotion à la fois de la santé bucco-dentaire et de la santé générale. L'approche fondée sur des facteurs communs de risque offre une possibilité intéressante d'intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire dans la promotion de la santé générale. Une telle approche devrait être plus efficace que les programmes dirigés contre une seule maladie ou affection.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire fournira des informations sur l'analyse des différentes politiques de santé afin d'élaborer des politiques destinées à faciliter l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les programmes nationaux et communautaires. Ces initiatives passent par une analyse des dernières connaissances disponibles et la création de banques de données mondiales sur la santé bucco-dentaire, la santé générale et les facteurs communs de risque.

Systèmes de santé bucco-dentaire

Plus de 20 ans après son adoption, la stratégie de la Santé pour Tous basée sur les soins de santé primaires n'a pas encore été pleinement mise en oeuvre (*43*). Dans de nombreux pays, les capacités et les ressources nationales – humaines, financières et matérielles – sont encore insuffisantes pour assurer l'offre de services de santé essentiels de qualité et l'accès à ceux-ci pour tous, notamment dans les communautés défavorisées. Plusieurs pays sont désormais engagés dans un processus de changement. Certains procèdent à une réforme du secteur public dans son ensemble, d'autres ne réforment que le secteur de la santé en décentralisant les services publics, en favorisant la participation du secteur privé et en réorganisant leur mode de financement et de prestation de services. Ces changements ont principalement pour but de réduire les inégalités dans l'accès aux services de santé, de promouvoir une couverture universelle et d'améliorer l'efficacité de l'ensemble du système de santé.

La transition des services de santé bucco-dentaire coïncide avec la tendance générale de la réforme des services de santé. Plusieurs pays industrialisés occidentaux offrent à leur population des services de santé bucco-dentaire, aussi bien préventifs que curatifs, qui reposent sur des systèmes privés ou publics. Par contre, les personnes appartenant à des groupes défavorisés ou à certaines minorités ethniques, les sans-logis, les personnes handicapées ou les personnes qui ne peuvent sortir de chez elles et les personnes âgées ne sont pas suffisamment couvertes par les soins bucco-dentaires. Dans les pays d'Europe centrale et orientale, une décentralisation et une déréglementation des services de santé bucco-dentaire ont eu lieu ces dernières années. Avec la privatisation, un nombre croissant de personnes ne peuvent plus s'offrir des soins dentaires privés. Dans certains pays d'Europe orientale, des systèmes de tiers payant ont été mis en place, mais la priorité n'est pas donnée aux soins préventifs. La demande de traitements sophistiqués a augmenté, en particulier dans les groupes à faible revenu. De plus, de nombreux enfants ne sont pas couverts car les services dentaires scolaires anciennement proposés dans la plupart des pays d'Europe orientale ont été supprimés.

Dans les pays en développement, les services de santé bucco-dentaire sont principalement offerts par les hôpitaux centraux ou régionaux des centres urbains, peu d'importance étant donnée aux soins préventifs ou conservateurs. De nombreux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine connaissent une pénurie de personnels de santé bucco-dentaire et, d'une manière générale, la capacité des systèmes de santé se limite au soulagement de la douleur ou aux soins d'urgence. En Afrique, le nombre de dentistes par habitant est d'environ 1 pour 150 000 contre 1 pour 2000 dans la plupart des pays industrialisés.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire est favorable au développement de services correspondant aux besoins de chaque pays. La réorientation des services de santé bucco-dentaire en faveur de la prévention et de la promotion de la santé se fait en collaboration avec les bureaux OMS régionaux ou nationaux. Un module de base de soins bucco-dentaires (*44*) a été mis au point et les outils proposés peuvent être utiles dans certains pays. Pour les pays en développement, en particulier, des modèles de soins de santé primaires applicables aux soins bucco-dentaires essentiels sont encouragés et plusieurs projets de démonstration dans la communauté basés sur le contexte socioculturel sont soutenus ou mis en oeuvre conjointement avec le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire. En outre, ce Programme a mis au point une composante santé bucco-dentaire dans le cadre du projet de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte *Integrated Management of Adolescent/Adult Illness – Guidelines for First-level Facility Health Workers in Low Resource Settings* (*45*).

La question du personnel de santé bucco-dentaire – à savoir les catégories de personnel à former, leurs fonctions et les effectifs dans chaque catégorie – retient l'attention depuis de nombreuses années. Son importance est apparue plus clairement dans certains pays où la formation de dentistes est inadaptée aux besoins et à la demande de soins de santé bucco-dentaire. Certains pays connaissent encore un problème de formation, de catégories et d'effectifs inadaptés des professionnels de la santé bucco-dentaire. On a signalé, en particulier, que dans les pays en sureffectif, les fonctions traditionnellement dévolues aux assistants sont maintenant réalisées par les dentistes eux-mêmes. Dans ces pays, l'introduction de personnel auxiliaire a été retardée. L'évolution du tableau de morbidité bucco-dentaire et des facteurs socio-démographiques indique qu'un ajustement des structures existantes du personnel de santé bucco-dentaire est nécessaire dans plusieurs pays développés. Dans les pays en développement, le problème consiste à encourager les programmes de formation pour les types de personnel correspondant aux besoins et à l'infrastructure de santé bucco-dentaire du pays.

VIH/SIDA et santé bucco-dentaire

L'épidémie de VIH/SIDA est l'une des plus graves qu'ait connue l'humanité. Près de 40 millions de personnes étaient infectées par le VIH en 2001 et des millions sont déjà mortes du SIDA. Beaucoup d'autres sont touchées parce que leurs parents, d'autres membres de leur famille, des amis ou des collègues sont morts du SIDA ou sont séropositifs. Le VIH/SIDA est la menace la plus dangereuse pour le développement aujourd'hui et l'épidémie est particulièrement grave en Afrique subsaharienne et en Asie. Les programmes nationaux, les organisations internationales, la société civile, la communauté et les particuliers font face à l'épidémie. Les efforts déployés au départ ont souvent été insuffisants et trop dispersés, car on n'avait pas encore saisi toute l'étendue du problème. A mesure que l'épidémie a progressé, on en a mieux compris les causes et les effets. Le principal défi de l'action contre le VIH/SIDA à l'heure actuelle est de faire en sorte que des stratégies de prévention et de soins ayant fait leur

preuve, soient largement mises en oeuvre au niveau où elles sont susceptibles d'avoir un impact décisif sur l'épidémie.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire peut apporter une contribution importante au diagnostic précoce, à la prévention et au traitement de cette maladie. Plusieurs études ont montré qu'environ 40 à 50% des personnes séropositives présentaient des infections virales, bactériennes ou mycosiques de la bouche, qui surviennent souvent à un stade précoce de la maladie (*10*). Les lésions buccales directement associées à l'infection à VIH sont la candidose buccale pseudomembraneuse, la leucoplasie chevelue buccale, la gingivite et la parodondite liées au VIH, le sarcome de Kaposi, les lymphomes non hodgkiniens et la sécheresse buccale due à une diminution du flux salivaire.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire a rédigé un guide (*46*) qui propose une approche systématique de la mise en oeuvre d'études épidémiologiques portant sur les affections de la cavité buccale associées à l'infection au VIH. Il contient des directives pour la collecte, l'analyse, le rapport et la diffusion des données, ce qui devrait faciliter les comparaisons des résultats de différentes études. Il vise également à encourager le personnel de santé bucco-dentaire et les praticiens de santé publique à faire de l'état de santé bucco-dentaire un élément de prise en charge optimale des cas et des activités de surveillance des maladies associées à l'infection au VIH.

En collaboration avec d'autres programmes techniques de l'OMS et les centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire, le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire facilitera et coordonnera l'élargissement des initiatives efficaces grâce à un soutien technique et gestionnaire.

Ces activités porteront principalement sur:

* l'identification des manifestations buccales les plus révélatrices du VIH/SIDA;

* la participation du personnel de santé bucco-dentaire à la documentation du VIH/SIDA pour assurer une évaluation médicale, une prévention et un traitement appropriés;

* la formation des autres professionnels de santé au dépistage des lésions buccales et des manifestations extrabuccales; l'utilisation d'une méthode de « formation de formateurs » pour atteindre les agents de santé au niveau du village et de la communauté;

* la diffusion d'informations sur la maladie et sa prévention par tous les moyens de communication possibles;

* l'appui technique de l'OMS aux réunions organisées au niveau régional ou inter-régional pour mettre en commun les expériences des pays en matière de prévention du VIH/SIDA et la modification des modes de vie à travers des campagnes et des programmes communautaires.

Systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire, bases scientifiques pour une politique de santé bucco-dentaire et formulation d'objectifs.

Le poids des maladies bucco-dentaires et les besoins des populations évoluent. De même, les systèmes de santé bucco-dentaire et les connaissances scientifiques changent rapidement. Afin

de répondre à ces besoins, les acteurs de santé publique et les décideurs ont besoin d'outils, de moyens et d'informations pour évaluer et suivre les besoins de santé, choisir les interventions, élaborer des options politiques adaptées à leur situation et améliorer la performance du système de santé bucco-dentaire.

Dans les objectifs pour la santé bucco-dentaire d'ici l'an 2000, l'OMS et la FDI invitaient les Etats Membres à établir des systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire, ce qui reste un défi dans la plupart des pays. Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire est prêt à aider les pays à mettre sur pied de tels systèmes d'information comprenant des données complémentaires sur les indicateurs épidémiologiques.

Les informations qui peuvent être obtenues à travers un système d'information sanitaire peuvent être utilement classées dans les sous-systèmes connexes suivants:

* surveillance épidémiologique;

* couverture de la population par les services;

* dossiers et comptes rendus des services;

* administration et gestion des ressources;

* qualité des soins dispensés;

* surveillance du programme de santé bucco-dentaire et évaluation des résultats.

Les évaluations systématiques des systèmes de santé bucco-dentaire font défaut et le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire préconise un modèle complet permettant de mesurer les ressources, le processus, les services produits et les résultats (**Figure 9**).

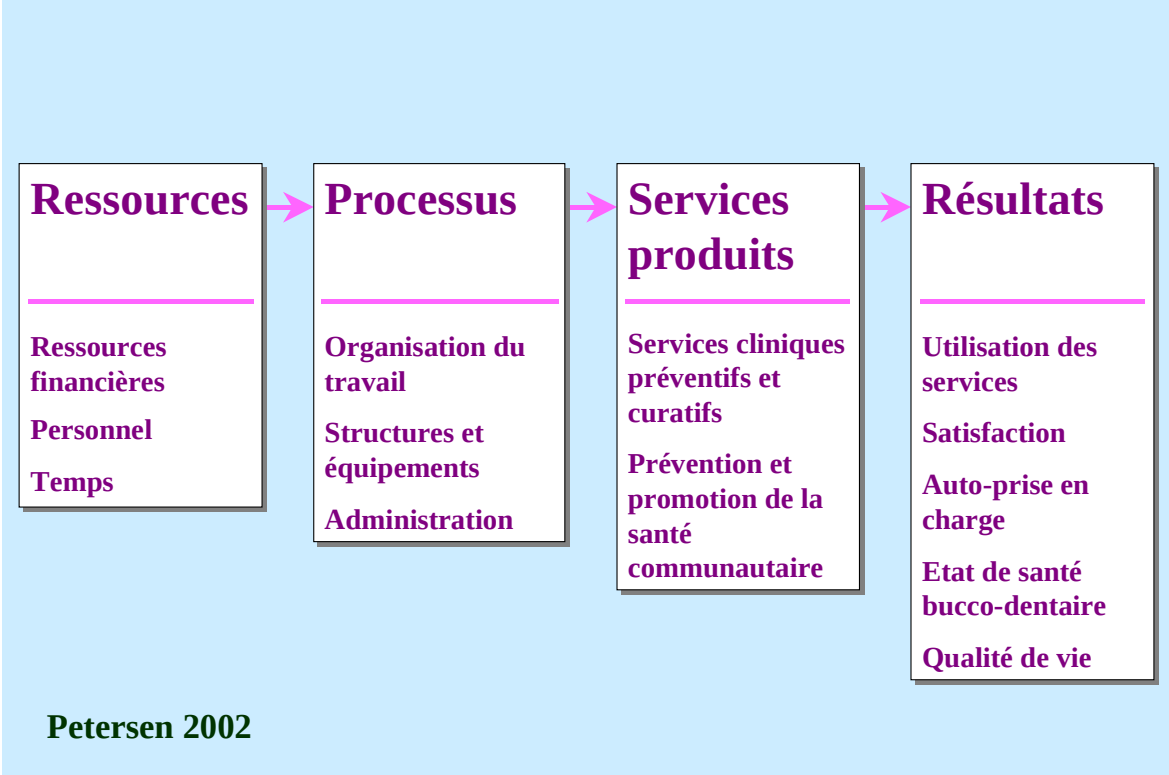

Figure 9 Modèle d'évaluation des systèmes de santé bucco-dentaire

A l'OMS, des systèmes d'information sont mis en place pour la surveillance des tendances mondiales des maladies bucco-dentaires et des facteurs de risque. La banque de données de l'OMS sur la santé bucco-dentaire réunit des informations utiles au suivi du tableau épidémiologique mondial et des évolutions, dans le temps, de la santé bucco-dentaire. Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire a commencé à intégrer la base de données existante aux autres bases de données sanitaires et systèmes de surveillance des facteurs de risque de l'OMS. Le principal instrument de surveillance est baptisé "STEPS" (approche par étapes de la surveillance). Il s'agit d'une approche simple offrant aux pays des méthodes normalisées communes, mais qui laissent suffisamment de souplesse pour élargir leurs outils en y ajoutant les informations intéressantes pour leur situation propre (*47*).

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire propose des systèmes modernes d'information sanitaire, au niveau mondial, à travers diverses activités:

* La révision des méthodes fondamentales d'enquête sur la santé bucco-dentaire, tenant compte du nouveau tableau de la morbidité bucco-dentaire (par exemple l'érosion dentaire et la consommation de boissons sucrées) et permettant d'enregistrer des facteurs de risque et des facteurs liés à la qualité de vie (y compris les comportements à risque tels que les habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool et les habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire);

* La mise au point de techniques de gestion et d'analyse des données utilisant les technologies de l'information;

* Le rattachement de la banque de données mondiale sur la santé bucco-dentaire au système d'information du Programme des profils de pays/région;

* L'élaboration de méthodologies et d'approches pour l'évaluation de l'efficacité des programmes communautaires de santé bucco-dentaire, axés sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Cette évaluation comprend également une documentation des procédés pour permettre une mise en commun des expériences des différents programmes.

Les programmes OMS de santé bucco-dentaire au niveau du siège et des régions ont récemment évalué le degré de réalisation des objectifs OMS/FDI pour la santé bucco-dentaire d'ici l'an 2000. L'OMS a commencé à élaborer de nouveaux objectifs. Le Bureau Régional de l'Europe a défini des cibles en la matière (cible 8.5) pour 2020 dans le cadre de sa politique Santé 21 (*48*). L'OMS, la Fédération Dentaire Internationale (FDI) et l'Association Internationale de Recherche Dentaire (IADR) ont conjointement préparé de nouveaux objectifs pour la période allant jusqu'à 2020. Les objectifs et les cibles ont été élargis de façon à couvrir des indicateurs significatifs liés à la santé bucco-dentaire de groupes de population. Les buts fixés à l'échelle mondiale n'ont pas de caractère normatif. Ce cadre est conçu principalement pour encourager les responsables de l'élaboration des politiques de santé aux niveaux régional, national et local à fixer des normes de santé bucco-dentaire en ce qui concerne la douleur, les troubles fonctionnels, les maladies infectieuses, le cancer de l'oropharynx, les manifestations buccales de l'infection au VIH, le noma, les traumatismes, les anomalies maxillo-faciales, la carie dentaire, les anomalies de développement des dents, les maladies parodontales, les maladies des muqueuses buccales, les troubles des glandes salivaires, la perte de dents, les services de santé et les systèmes d'information sanitaire.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire aidera directement les pays à travers les bureaux régionaux et nationaux à élaborer des objectifs, des cibles et des normes.

Recherche en santé bucco-dentaire

La recherche est un processus systématique visant à produire des connaissances nouvelles. Sur la base des progrès des sciences sociales et biomédicales, de la santé publique et des technologies de l'information, de nouveaux concepts peuvent conduire à des interventions novatrices ayant un impact direct sur le diagnostic, la prévention, le traitement, mais aussi les aspects éthiques et sociaux de la maladie. Les progrès dans le domaine des connaissances n'ont, toutefois, pas encore pleinement bénéficié aux pays en développement. On estime par exemple que 10% seulement des fonds alloués au niveau mondial à la recherche en santé sont consacrés à des problèmes qui touchent 90 % de la population mondiale (*49*). Les disparités évidentes sur les plans économique, politique, des ressources, des moyens scientifiques, et d'accès aux réseaux mondiaux de l'information ont, en réalité, élargi l'écart entre pays riches et pays pauvres dans le domaine des connaissances.

Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire contribue à redresser le déséquilibre dans la répartition des connaissances en matière de santé bucco-dentaire de telle sorte que les résultats de la recherche profitent à tous, y compris aux pauvres, et cela de manière durable et équitable. Les connaissances étant un moyen important d'améliorer la santé des pauvres en particulier, le Programme se concentrera sur la promotion de la recherche en santé bucco-dentaire dans les pays développés et les pays en développement afin de réduire les facteurs de risque et la charge de morbidité bucco-dentaire et d'améliorer les systèmes de santé bucco-dentaire et l'efficacité

des programmes communautaires. Il faudrait notamment consacrer davantage de recherches aux aspects suivants: les inégalités en matière de santé bucco-dentaire; les répercussions psycho-sociales de la santé ou de la maladie bucco-dentaire; l'alimentation, la nutrition et la santé bucco-dentaire; les programmes de sevrage tabagique; les relations entre santé bucco-dentaire, état de santé générale et qualité de vie; et le VIH/SIDA.

Le renforcement des capacités de recherche est l'une des stratégies les plus efficaces, les plus rentables et les plus durables pour permettre aux pays en développement de profiter des progrès des connaissances, en particulier à travers la promotion de réseaux régionaux et inter-pays de recherche en santé bucco-dentaire. Le Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire entend favoriser la recherche effectuée dans ce domaine pour, avec et par les pays en développement, de plusieurs façons:

* En soutenant les initiatives susceptibles de renforcer les moyens de recherche des pays en développement, de sorte que la recherche soit reconnue comme le fondement d'une politique de santé bucco-dentaire;

* En associant davantage les centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire dans les domaines prioritaires de recherche dans le cadre des réseaux de centres nationaux, régionaux ou inter-régionaux;

* En encourageant les programmes de formation à la recherche en santé bucco-dentaire au niveau local ou sur la base de programmes concertés inter-universités;

* En offrant aux universités des pays en développement un accès aisé à la littérature scientifique sur la santé bucco-dentaire par un accès en ligne aux revues scientifiques;

* En réduisant l'écart 10/90 en matière de recherche en santé bucco-dentaire par une action dans le cadre du Forum mondial pour la recherche en santé (*49*). Ce forum aide à fixer les priorités, à diffuser les conclusions de la recherche et à mesurer les résultats afin de rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté.

CONCLUSION

De mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme ou d'autres formes d'usage du tabac, la consommation d'alcool et le stress sont parmi les facteurs de risque communs à de nombreuses maladies non transmissibles, y compris des problèmes de santé bucco-dentaire. Le Programme mondial de santé bucco-dentaire occupe une place privilégiée au sein du Département Prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé (NPH) au Siège, afin de favoriser l'application d'une approche de prévention de la maladie et de promotion de la santé fondée sur des facteurs communs de risque. Si les progrès en matière de santé bucco-dentaire ont été encourageants dans de nombreux pays au cours des dernières décennies, il reste encore beaucoup à faire. Il est donc important de pouvoir s'appuyer sur nos réalisations et sur des stratégies qui ont fait leurs preuves.

Les principes directeurs énoncés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (adoptée en 1986) constituent un bon point de départ pour cette action, tout en reconnaissant les conditions préalables à la santé et au bien-être. Depuis, un certain nombre de faits nouveaux ont montré l'importance des stratégies de promotion de la santé, et notamment l'importance d'une politique publique favorable à la santé (Conférence d'Adélaïde, 1988) et de milieux favorables à la santé (Sundsvall, 1991). La Conférence de Jakarta de 1997 a réaffirmé les cinq principaux domaines d'action de la Charte comme étant les stratégies d'avenir devant ouvrir la voie à la promotion de la santé au XXI^{e} siècle.

Certains pays devraient réorienter leurs investissements en matière de santé pour tenir compte des besoins différents d'une population diverse. Des politiques publiques favorables à la santé sont fondamentales pour améliorer l'accès aux soins, promouvoir l'équité et créer des environnements propices. La responsabilité de l'Etat en matière de santé peut être la force motrice du changement, et un élément vital dans la promotion de politiques publiques favorables à la santé. Afin de forger des partenariats efficaces pour le développement sanitaire et constituer des alliances, un engagement local, national et mondial est indispensable.

Le présent rapport met en lumière les domaines prioritaires du Programme mondial de santé bucco-dentaire et offre un cadre d'exécution. Les bureaux régionaux jouent un rôle important à cet égard. La contribution spécialisée des centres collaborateurs OMS est essentielle, de même que le soutien des ONG. Une bonne communication et des mesures concertées sont aussi déterminantes. Par son action et moyennant des investissements, le Programme mondial de santé bucco-dentaire contribuera à instaurer l'équité en matière de santé bucco-dentaire et à construire ainsi un avenir meilleur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002.

2. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. Ann Periodontol 1998; 3:51-61.

3. Organisation mondiale de la Santé. Global Oral Health Data Bank. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002.

4. Organisation mondiale de la Santé. WHO Oral Health Country/Area Profile. (Disponible sur internet à l'adresse suivante: http://www.whocollab.od.mah.se/index.html).

5. Albander JM, Brown LJ, Löe H. Clinical features of early-onset periodontitis. Journal of the American Dental Association 1997; 128: 1393-9.

6. Tomar SL, Asma S. Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. Journal of Periodontology 2000; 71: 743-51.

7. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, Maryland (Etats-Unis d'Amérique) : U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.

8. Steward BW, Kleihues P. World Cancer Report. Lyon (France): Centre international de Recherche sur le Cancer de l'OMS, 2003.

9. Organisation mondiale de la Santé. Health Situation in the South-East Asia Region 1998-2000. New Delhi: Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est.

10. Pindborg JJ. Selected and Annotated Bibliography on Oral Manifestations of the HIV Infection 1981-1987. Copenhague (Danemark): WHO Collaborating Centre for Oral Manifestations of the HIV infection, 1990.

11. Andreasen JO, Andreasen FM. Dental trauma. In: Pine C. Community Oral Health. Londres: Elsevier Science Limited, 2002. P. 94-9.

12. Chen M et al. Comparing Oral Health Systems. A Second International Collaborative Study. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1997.

13. Shaw. Dentofacial irregularities. In: Pine C. Community Oral Health. Londres : Elsevier Science Limited, 2002: 104-11.

14. Organisation mondiale de la Santé. Global Strategies to Reduce the Health Care Burden of Craniofacial Anomalies. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002.

15. Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in third world countries. International Dental Journal 2002; 52: 1-9.

16. Organisation mondiale de la Santé. Enquêtes sur la santé bucco-dentaire : méthodes fondamentales. Quatrième édition. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1998.

17. Fédération dentaire internationale. Organisation mondiale de la Santé. Global goals for oral health in the year 2000. International Dental Journal 1982; 23: 74-7.

18. Cohen L, Gift H. Disease Prevention and Oral Health Promotion. Socio-dental Sciences in Action. Copenhague (Danemark): Munksgaard, 1995.

19. Organisation mondiale de la Santé. Children in the New Millennium. Environmental Impact on Health. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002.

20. Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement. Agenda 21. Sommet de Rio, Rio de Janeiro, Brésil, 1992.

21. Organisation mondiale de la Santé. Fluorures et santé bucco-dentaire. Rapport d'un Comité OMS d'experts sur la santé bucco-dentaire et l'utilisation des fluorures. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1994 (OMS, Série de Rapports techniques N° 846).

22. Adyatmaka A et al. School-based Primary Preventive Programme for Children. Affordable Toothpaste as a Component in Primary Oral Health Care. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1998. (Document non publié WHO/NCD/ORH/AFFORDABLE/97.3).

23. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2003 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 916).

24. Machay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002.

25. Johnson NW, Bain C. Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. British Dental Journal 2000; 189: 200-6.

26. Reibel J. Tobacco and oral diseases: an update on the evidence, with recommendations. Medicine Principle Practices 2003; 12 (suppl 1): 22-32.

27. Organisation mondiale de la Santé. Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires : résumé d'orientation. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002.

28. Organisation mondiale de la Santé. The Status of School Health. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1996. (Document non publié WHO/HPR/HEP/96.1).

29. Organisation mondiale de la Santé. Oral Health Promotion Through Schools. WHO Information Series on School Health. Document 11. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2003 (sous presse).

30. Organisation mondiale de la Santé. Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1996. (Document non publié WHO/HPR/HEP/96.3).

31. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 1998 - La vie au 21e siècle. Une perspective pour tous. Rapport du Directeur général. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1998.

32. Organisation mondiale de la Santé. Vieillir en restant actif: cadre d'orientation. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002. (Document non publié WHO/NMH/NPH/02.8).

33. Centre OMS de Kobe pour le développement de la Santé. Globe Review on Oral Health in Ageing Societies. WHO Ageing and Health Technical Report 3. Kobe: Organisation mondiale de la Santé, 2002.

34. Shay K, Berkey D, Beck J, et al. The First International Conference on rural Ageing: A Global Challenge. Proceedings of the oral health component. Charleston, Virginie occidentale (Etats-Unis d'Amérique), 2000. International Dental Journal 2001; 51: 177-264.

35. Centre OMS de Kobe pour le développement de la Santé. Good Oral Health in Ageing Societies. To Keep Healthy Teeth for Your Healthy Life. Procès-verbal du symposium international de l'OMS, Kobe, Japon, novembre 2001. Kobe: Organisation mondiale de la Santé, 2002.

36. Walls AWG, Steele JG. Geriatric oral health issues in the United Kingdom. International Dental Journal 2001; 51: 183-187.

37. Organisation mondiale de la Santé. The Implications for Training of Embracing a Life Course Approach to Health. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2000.

38. Firatli E. The relationship between clinical periodontal status and insulin-dependent diabetes mellitus. Results after 5 years. Journal of Periodontology 1997; 68: 136-40.

39. Hung HC et al. Oral health and peripheral arterial disease. Circulation 2003; 107: 1152-1157.

40. Morrison HI, Ellison LF, Taylor GW. Periodontal disease and risk of fatal coronary heart and cerebrovascular diseases. Journal of Cardiovascular Risks 1999; 6: 7-11.

41. Slade GD et al. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. Community Dental Health 1998; 15: 3-7.

42. Rohr Inglehart M, Bagramian RA. Oral Heath-Related Quality of Life. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique): Quintessence, 2002.

43. Organisation mondiale de la Santé. Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Principes directeurs et questions essentielles. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1979 (Série «Santé pour tous», N° 2).

44. WHO Collaborating Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios. Basic Package for Oral Care. Nijmegen (Pays-Bas): University of Nijmegen, 2002.

45. Organisation mondiale de la Santé. Extending essential care. Integrated management of adolescent and adult illness. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2003. Document WHO/CDS/STB/2003.21.

46. Melnick SL et al. Manifestations buccales de l' infection à VIH: guide des études épidémiologiques. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1994.

47. Organisation mondiale de la Santé. Rapport SuRF 1 (Surveillance of Risk Factors Related to Noncommunicable Diseases). Surveillance des facteurs de risque liés aux maladies non transmisibles: état actuel des données mondiales. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2003.

48. Organisation mondiale de la Santé. Santé 21: la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague: Bureau OMS régional de l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, no. 6).

49. Forum Mondiale pour la Recherche en Santé. Rapport 10/90 sur la Recherche en Santé, 2000-2002. Disponible sur internet à l'adresse suivante: http://www.globalforumhealth.org).

BIBLIOGRAPHIE OMS THÉMATIQUE

Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Adaptation à l'odontostomatologie.
(CIM-AO), Troisième édition, OMS, 1997 (183 pages).

Organisation mondiale de la Santé. Aspects sanitaires et nutritionnels des oligo-éléments et des éléments en traces.
OMS, 1997 (350 pages).

S.L. Melnick et al. Manifestations bucales de l'infection à VIH: guide des études épidémiologiques.
OMS, 1994 (29 pages).

Organisation mondiale de la Santé. Fluorures et santé bucco-dentaire. Rapport d'un Comité OMS d'experts sur la santé bucco-dentaire et l'utilisation des fluorures. OMS, Série de Rapports techniques N° 846, 1994 (41 pages).

Organisation mondiale de la Santé. Progrès récents en santé bucco-dentaire. Rapport d'un Comité OMS d'experts.
OMS, Série de Rapports techniques N° 826, 1992 (41 pages).

Organisation mondiale de la Santé. Directives de qualité pour l'eau de boisson (Deuxième édition): Volume 1. Recommandations, 1994 (202 pages).

Organisation mondiale de la Santé. Volume 2. Critères d'hygiène et documentation à l'appui, 2000 (1050 pages).

Organisation mondiale de la Santé. Enquêtes sur la santé bucco-dentaire: méthodes fondamentales.
Quatrième édition. OMS, 1998 (67 pages).

Organisation mondiale de la Santé. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques.
Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts.
OMS, Série de Rapports techniques, N° 916. 2003. (149 pages)

Organisation mondiale de la Santé. Fluorides.
Environmental Health Criterias Series, No. 227. OMS, 2002 (288 pages).

Pour plus de détails sur ces ouvrages et sur les autres publications de l'OMS, s'adresser à Marketing et Diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.