



REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA
Tanindrazana - Fahafahana - Fandrosoana

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE

SERVICE DE LA SANTE OCULAIRE ET DE LA SANTE BUCCO – DENTAIRE

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE BUCCO-DENTAIRE

[2010 - 2020]



PREFACE

Le présent document de Politique Nationale constitue la référence en matière de développement et de promotion de la santé bucco-dentaire à Madagascar pour la période de 2010- 2020. Il est le fruit du travail d'une équipe multidisciplinaire regroupant les responsables du Ministère chargé de la santé à tous les niveaux (Central, Régional et Périphérique), du Ministère de l'Education Nationale, de l'Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Mahajanga (IOSTM), des Organismes Non Gouvernementaux œuvrant dans le domaine de la santé bucco-dentaire, de l'Ordre National des Odonto-Stomatologistes (ONOS), et des diverses entités regroupant la profession dentaire à Madagascar.

L'OMS- AFRO et l'OMS Pays ont apporté leur appui technique et financier tout au long du processus d'élaboration de ce document.

Ce document définit les options nationales ainsi que les cadres stratégiques de mise en œuvre dans les domaines juridiques et d'orientation, de la formation, de la prévention et de la prise en charge des affections bucco-dentaires. Il servira de base à la planification de tous les projets et programmes en matière de santé bucco-dentaire pour la période 2010-2020.

Cette nouvelle Politique nationale de santé bucco-dentaire est le résultat d'une démarche innovatrice, basée sur la conviction que la santé bucco-dentaire est une partie intégrante et essentielle de la santé générale. Il est important d'étudier de manière permanente les besoins spécifiques et les priorités des communautés, dont cette politique est destinée à améliorer la vie et à baser chaque intervention choisie sur les meilleures preuves d'efficacité disponible. Ce n'est qu'alors que la politique sera à même de contribuer à des améliorations durables de la santé orale à Madagascar.

La réussite de cette Politique nationale demande une collaboration intersectorielle, l'implication de la communauté ainsi que l'appui technique et financier des partenaires.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHD1	: Centre Hospitalier de District niveau 1
CHD2	: Centre Hospitalier de District niveau 2
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIP	: Communication Inter Personnelle
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CSB1	: Centre de Santé de Base niveau 1
CSB2	: Centre de Santé de Base niveau 2
DCAO	: moyenne des Dents définitives Cariées ou Absentes pour cause de carie, ou Obturées
dcao	: moyenne des dents temporaires cariées ou absentes pour cause de carie, ou obturées
E S M	: Equipe Sanitaire Mobile
IEC / CCC	: Information Education et Communication / Communication pour le Changement de Comportement
IOSTM	: Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar
MENRES	: Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique
MINEAU	: Ministère de l'Eau
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MJSL	: Ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs
ONUSIDA	: Organisme des Nations Unies spécialisé dans la lutte contre le VIH et le SIDA
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNSBD	: Politique Nationale de Santé Bucco-Dentaire
SBD	: Santé Bucco-Dentaire
SME	: Service des Maladies Emergentes
SSD	: Service de Santé de District
SSMI	: Service de Santé Maternelle et Infantile
SSP	: Soins de Santé Primaires
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population

SOMMAIRE

PREFACE	2
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	3
SOMMAIRE	4 à 5
I. INTRODUCTION	6
II. ANALYSE DE LA SITUATION	6 à 12
II.1 Présentation de Madagascar	6
II.2 Organisation politique et administrative	7
II.3 Données socioculturelles	7
II.4 Situation économique	8
II.5 Organisation du système de santé	8
II.6 La première Politique nationale de santé bucco-dentaire et ses grandes réalisations	8 à 12
III. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES BUCCO-DENTAIRES A MADAGASCAR	13
III.1 Organisation au niveau des décideurs	
III.2 Organisation au niveau des prestataires	
III.3 Organisation au niveau des partenaires	
IV. JUSTIFICATION DE LA REACTUALISATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE BUCCO-DENTAIRE	14 à 17
Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) de la Première Politique nationale	
V. VISION, BUT ET OBJECTIFS	18 à 19
V.1 Vision	
V.2 But	
V.3 Objectifs	

V.3.1 Objectif général	
V.3.2 Objectifs spécifiques	
VI. ORIENTATIONS DES AXES STRATEGIQUES	20
VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	20 à 22
VII.1 Dans le domaine institutionnel	
VII.2 Dans le domaine de la formation	
VII.3 Dans le domaine de la prévention	
VII.4 Dans le domaine des soins curatifs	
VIII. MECANISMES DE COORDINATION ET SUIVI-EVALUATION DU PROGRAMME	23
VIII.1 Mécanisme de coordination des activités	24 à 25
VIII.1.1 Au niveau national	
VIII.1.2 Au niveau régional ou intermédiaire	
VIII.1.3 Au niveau des districts sanitaires	
VIII.2 Suivi et supervision	25
VIII.3 Evaluation du programme	25
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	26
RESUME	27
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28 à 29

I. INTRODUCTION

Le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) stipule que : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Cette phrase est l'illustration parfaite de la place de la santé dans l'échiquier des facteurs essentiels pour le bien être de l'humanité et de son développement intégral.

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé a considéré les maladies bucco-dentaires comme un problème de santé publique sérieux, en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées et de leurs impacts dans presque toutes les régions du monde. Comme toutes les maladies, elles affectent en particulier les personnes démunies et marginalisées, sans pour autant minimiser les effets néfastes qu'elles occasionnent en termes de douleur, de déficience fonctionnelle et de détérioration de la qualité de vie.

La santé bucco-dentaire comporte à la fois des facteurs sociaux, environnementaux et ceux liés aux modes de vie avec notamment une alimentation riche en hydrate de carbone et une augmentation de la prise de tabac et d'alcool. Le traitement classique des maladies bucco-dentaires est extrêmement coûteux dans les pays industrialisés, voire inaccessible dans la plupart des pays à bas revenu ou à revenu intermédiaire.

La présente politique décrit la situation actuelle de la santé bucco-dentaire dans notre pays ainsi que les stratégies et méthodes destinées à améliorer l'état de santé orale de la population malagasy en conformité avec la Politique nationale de santé. Elle aidera les différentes entités à élaborer des plans d'action, de fixer des cibles et établir des normes. Elle vise à maintenir l'équité entre les personnes nanties et celles défavorisées.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

II.1. Présentation de Madagascar

Madagascar, pays insulaire dans l'Océan Indien, séparé de la côte sud-est de l'Afrique par le Canal de Mozambique, est situé entre le 12^{ème} et le 27^{ème} degré de latitude Sud et le 43^{ème} et le 50^{ème} de longitude Est. L'île mesure 1580 km du Nord au Sud et 550 Km d'Ouest en Est et est bordée d'une côte de 5000 km. Le pays couvre une superficie totale de 587 041 Km² ; la quatrième île du monde de par sa superficie.

La population est estimée à 17 606 864 d'habitants en 2005¹, elle est caractérisée par sa jeunesse (dont 48% ont moins de 15 ans). Avec 2.8% de croissance annuelle, l'espérance de vie à la naissance est de 56 ans en 2005. Les enfants de moins de 5 ans représentent 18% de la population et les femmes en âge de procréer 23,4%².

II.2 Organisation politique et administrative

La République de Madagascar est une république démocratique et libérale. La structure administrative compte 22 Régions, 116 Districts et 1597 Communes (Loi N° 94 – 007 relative aux pouvoirs, compétences et ressources des Collectivités Territoriales Décentralisées).

II.3 Données socioculturelles

Madagascar a été peuplé par des migrations successives d'Indonésie (marins indonésiens, malais, indiens, chinois, pêcheurs africains ou arabes, pirates européens). En dépit de cette diversité, il n'y a qu'une seule langue parlée pour les dix huit ethnies. Cette unicité linguistique constitue un atout majeur dans la communication et le développement socioculturel du pays.

Bien que des efforts pour l'approvisionnement en eau potable ont été déployés, les améliorations sont lentes et le secteur rural souffre de faible accès à l'eau : avec 92,5% contre 27,1% en milieu urbain en 1997 et 74% contre 23% en 2004³⁻⁴. Sur le plan socioculturel, la majorité de la population est confinée dans un monde traditionnel, peu perméable aux innovations de l'ère moderne.

Les comportements traditionnels en santé et les influences des tradipraticiens sont enracinés dans la vie quotidienne, en particulier en milieu rural ayant comme corollaire la marginalisation de la femme et de l'enfant, l'insuffisance de participation et de protection, ainsi que l'insécurité de leur vie au sein de la communauté³.

Ainsi, deux problèmes sociaux prioritaires prévalent à Madagascar, à savoir la faible scolarisation des enfants et la mauvaise condition féminine. La déperdition scolaire est importante : sur 100 élèves qui entrent en classe de 11^{ème}, 35 seulement parviennent en 7^{ème} (40% pour les garçons et 30% pour les filles). La situation actuelle de la femme malagasy montre une prévalence des barrières socioculturelles dans le processus de développement : faible accès des femmes aux

¹ RGPH 93 (Projection)

² Ministère de la santé. Politique Nationale de Santé 2005

³ EDS Madagascar 1997

⁴ EDS Madagascar 2003-2004

³ Situation des enfants et des femmes à Madagascar 1999-2000

ressources et aux technologies nouvelles et absence de structure d'information et d'orientation des femmes rurales sur leurs droits.

II.4. Situation économique

Madagascar est classé parmi les pays pauvres, 143^{ème} sur 177 pays recensés selon l'ONU en ce qui concerne l'Index du Développement Humain (0, 533 en 2007). L'économie demeure essentiellement agricole. Ce secteur occupe 78 % de la population active, mais ne représente que 28,8% du PIB.

Les dépenses de santé par habitant sont de 11,9 USD alors que la moyenne africaine est de 12,9 USD.

II.5. Organisation du système de santé

Le système de santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population.

Le système de santé comporte trois niveaux bien distincts et fonctionnels dont les domaines de compétences sont clairement circonscrits par l'organigramme:

1. Le niveau Central définit l'orientation globale de la Politique nationale de santé, les grands axes stratégiques et le suivi de la mise en œuvre.
2. Le niveau Régional coordonne l'exécution de la Politique nationale de santé et la mise en œuvre au niveau des régions.
3. Le niveau District constitue le niveau périphérique et assure la mise en œuvre de toutes les activités des programmes de santé au niveau des Centres Hospitaliers du niveau 1 et 2 et des Centres de Santé de Bases (CSB). Ces CSB assurent les soins de santé primaires (SSP).

Le niveau communautaire constitue la base du système. C'est à la fois un acteur et un bénéficiaire.

II.6. La première Politique nationale de santé bucco-dentaire à Madagascar.

Avant 1996, les services de santé bucco-dentaire étaient constitués par les cabinets dentaires publics et privés implantés principalement dans les grandes villes à forte agglomération. Les services offerts étaient surtout à visée curative.

La pratique illicite de l'art dentaire, par des prothésistes dentaires formés sur place mais aussi par des tradipraticiens, des charlatans et des guérisseurs, était florissante.

En 1998 fut créée la Cellule de Coordination de la santé bucco-dentaire à la Direction des Etablissements de Soins au sein du Ministère chargé de la Santé.

La première Politique nationale de santé bucco-dentaire élaboré en 1998 constituait la référence en matière de développement et de promotion de la santé bucco-dentaire à Madagascar pendant la période 1998-2009. Ce document a défini les options nationales ainsi que les grands axes stratégiques. Il a été destiné aux intervenants médico-sanitaires et à tous ceux qui ont des responsabilités dans le développement de la santé bucco-dentaire.

Les participants à l'élaboration de la première Politique nationale de santé bucco-dentaire

De progrès énormes ont été réalisés dans le domaine de la santé orale depuis l'application de la première Politique nationale comme le montre le tableau suivant. Toutefois, des lacunes ont été observées et nécessitent des considérations dans la politique ultérieure (voir chapitre IV).

SITUATION AVANT 1998			SITUATION APRES 1998		
<u>Sur le plan épidémiologique</u> <u>Enquête nationale de 1993</u>			<u>Sur le plan épidémiologique</u> <u>Enquête nationale de 2001 - 2002</u>		
Age	Carie dentaire : prévalence	Moyenne DCAO	Age	Carie dentaire : prévalence	Moyenne DCAO
A 6 ans	85 %	4.9	A 6 ans	80 %	4.3
A 12 ans	75 %	3.1	A 12 ans	60 %	2.8
A 35 -44 ans	98 %	13.1	A 35 -44 ans	98 %	12.9
<u>Sur le plan institutionnel</u> a). Une Ecole dentaire créée en 1977			<u>Sur le plan institutionnel</u> a). L'Ecole dentaire a formé : - 1 300 Chirugiens-dentistes		

<p>b). Santé bucco-dentaire = sous-programme santé scolaire</p> <p>c). Pas de politique nationale</p> <p>d). Aucun budget spécifique alloué</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 25 Spécialistes en santé publique bucco-dentaire - 15 Diplômés en Masters Santé publique - 5 Spécialistes en chirurgie buccale <p>b). Service de la santé bucco-dentaire créé au sein du Ministère de la Santé en 1998</p> <p>c). Politique nationale élaborée, validée et diffusée en 1998</p> <p>d). Engagement des Bailleurs de Fonds (OMS, Banque Mondiale, UNICEF.....) dans le financement des activités.</p> <p>e). Effectivité du partenariat technique et financier avec les Associations et ONG œuvrant en santé bucco-dentaire.</p>
<p><u>Sur le plan préventif et curatif</u></p> <p>1. <u>Prévention et Promotion</u> :</p> <p>Programme de prévention et promotion pour 6 sites pilotes</p> <p>2. <u>Prise en charge des affections bucco-dentaires</u></p>	<p><u>Sur le plan préventif et curatif</u></p> <p>1. <u>Prévention et Promotion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activités dans 2751/18 000 Ecoles soit 15 % programme santé scolaire « Ecole santé » - Santé communautaire : IEC et supervision intégrées dans le PMA - IEC et prise en charge intégrées des MNT dans les formations sanitaires de base <p>2. <u>Prise en charge des affections bucco-dentaires</u></p>

<p>i. Centres de dentisterie :</p> <p>59 publics en très mauvais état de fonctionnement, 53 % des districts (59 / 111) et 80 privés essentiellement à Antananarivo, ses environs et dans les chefs lieux des provinces</p> <p>ii. 01 Centre de stomatologie de référence nationale en très mauvais état de fonctionnement.</p> <p>iii. Taux de couverture des services de dentisterie : 1 cabinet dentaire pour 115 000 Habitants.</p> <p>iv. Taux d'utilisation des cabinets dentaires :</p>	<p>i. Centres de dentisterie :</p> <p>§ 181 cabinets dentaires publics équipé/s / rééquipés selon les normes, dotés en en consommables de démarrage, répartis dans les 116 SSD, 100% des districts, et 25 au niveau des communes rurales</p> <p>§ 16 cabinets dentaires scolaires au niveau des Ecoles Primaires Publiques</p> <p>§ 334 cabinets dentaires privés, 59 corporatifs et 41 confessionnels concentrés dans les grandes villes</p> <p>§ 13 cabinets dentaires militaires au niveau des chefs- lieux des Faritany et des grandes villes.</p> <p>ii. 03 Centres de stomatologie de référence nationale (CHU) qui est le Centre de Stomatologie de Befelatanana Antananarivo, un centre au CHU Mahajanga, un centre au CHU Fianarantsoa : rénovés et rééquipés avec des équipements de haute gamme</p> <p>Un centre de stomatologie de référence régionale au CHRR de Tuléar : rénové et rééquipé avec des équipements de haute gamme.</p> <p>iii. Taux de couverture des services de dentisterie : 1 cabinet dentaire pour 35 000 Habitants.</p> <p>iv. Taux d'utilisation des cabinets dentaires :</p>
---	--

3.15 %	8.38 % 3. Fluoration du sel: 85 % du sel de cuisine commercialisé
Ø Programme santé bucco-dentaire considéré comme non prioritaire	Ø Programme santé bucco-dentaire considéré comme une priorité
Ø Inégalité de répartition de couverture SBD, limitée dans les grands centres urbains.	Ø Augmentation de la couverture sanitaire bucco-dentaire.

III. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES BUCCO-DENTAIRES

III.1 Au niveau des décideurs

Depuis la création de la cellule de coordination de la santé bucco-dentaire au sein du Ministère chargé de la Santé, le Gouvernement malagasy a pris conscience de l'ampleur et de la sévérité des affections bucco-dentaires. Les maladies bucco-dentaires ont été ainsi prises en compte à travers l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action décrit dans les différents plans stratégiques.

III.2 Au niveau des prestataires

La prise en charge des affections bucco-dentaires se fait dans les établissements sanitaires étatiques et communautaires (cabinets dentaires des établissements publics hospitaliers régionaux et des autres structures non dentaires) et aussi dans les centres de dentisterie privés, corporatifs et confessionnels. On note aussi l'existence des cabinets dentaires scolaires au niveau des établissements primaires publics des chefs lieux des Faritany.

Séance de brossage dentaire collectif à l'école

III.3 Au niveau du partenariat

Le Ministère chargé de la santé, par le biais du Service de la santé bucco-dentaire, travaille en étroite collaboration avec les organismes et associations œuvrant dans le domaine de la santé bucco-dentaire tant au niveau de l'appui technique que financier.

Il est à noter que les activités à vocation humanitaire réalisées avec les partenaires ont rencontré de succès indéniable tout au long de la mise en œuvre de la première Politique nationale de santé bucco-dentaire. L'engouement des prestataires et des populations bénéficiaires durant les célébrations annuelles de la semaine de la santé bucco-dentaire sur tout le territoire, témoigne la réussite et l'efficacité de cette collaboration.

Actions humanitaires dans des zones enclavées et éloignées

Cependant, malgré les efforts déployés par tous les acteurs, les besoins restent encore immenses et les moyens mis à la disposition sont nettement insuffisants.

IV. JUSTIFICATION DE LA REACTUALISATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE BUCCO-DENTAIRE

Selon l'OMS, les maladies bucco-dentaires sont en nette progression et leur poids socio-économique est non négligeable pour les populations des pays en développement en général et pour les couches vulnérables en particulier. Toutefois des nouvelles orientations sont proposées aux pays pour améliorer encore davantage la santé bucco-dentaire des populations. Aussi, si la mise à jour de la Politique nationale s'avère plus qu'une nécessité, elle devra néanmoins en plus s'inspirer des principes et droits internationaux dont :

- la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires,
- la résolution des comités régionaux et des assemblées mondiales de la santé en application de la déclaration d'Alma Ata,
- les droits de l'Homme
- les droits de l'enfant
- les Objectifs du Millénaire pour le Développement

A l'instar de tous les pays en développement, les maladies bucco-dentaires sévissent dans toutes les régions de Madagascar. En dépit des efforts octroyés par le Ministère chargé de la Santé, les

prestations en santé bucco-dentaire offertes n'arrivent pas à satisfaire les besoins de la population.

L'insuffisance en nombre de personnel spécialisé se fait sentir. Cette situation est commune aux pays en voie de développement en général, à ceux de l'Afrique en particulier entraînant la prise en charge essentiellement curative axée sur la carie dentaire dans des structures implantées en milieu urbain et pour les populations les plus aisées... Le noma, dont la cible est constituée par les enfants âgés de 1 an ½ à 5 ou 6 ans, atteints d'une malnutrition sévère associée à l'état général altéré et à l'absence d'hygiène, est particulièrement sévère à cause de la forte mortalité qu'il entraîne. **(Inclure liaison situation socio-économique pays)**

Ce fort taux de mortalité (90 % de mortalité sans traitement) l'a propulsé aujourd'hui à la tête du classement des pathologies bucco-dentaires fait par l'OMS. [5]



Des cas de noma infantile à Madagascar

Les cancers oro-faciaux constituent des pathologies se manifestant d'une manière significative surtout aux environs des régions à forte potentialité minière.

Les manifestations buccales de l'infection à VIH représenteront pour les années à venir une cause non négligeable de consultations en santé bucco-dentaire.

Pour aider les pays à mieux organiser la prévention et la lutte contre les maladies bucco-dentaires, l'OMS a proposé la Stratégie régionale 1999-2008 de santé buccodentaire dans la Région Africaine.

Ainsi, conformément aux orientations de cette stratégie et pour affirmer sa volonté politique telle que planifiée dans le Plan de Développement du Secteur Santé, le Gouvernement malagasy a

décidé de réactualiser la première Politique nationale de santé bucco-dentaire pour la période 2010 – 2020.

Sa mise en œuvre nécessitera un engagement réel des décideurs, des partenaires, du personnel socio-sanitaire (des structures publiques, parapubliques, communautaires, et privées), et des communautés par une approche multidisciplinaire, multisectorielle et communautaire.

Afin d’apporter des innovations dans la 2^{ème} Politique nationale de santé bucco-dentaire, il s’avère nécessaire de dégager les points forts, les points faibles, les opportunités et les menaces durant la mise en application de la première Politique nationale de 1998 dont voici le résumé sous forme de tableau :

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
Appui institutionnel du Programme de santé bucco-dentaire effectif	Non intégration dans les autres programmes prioritaires	Adhésion de nombreux partenaires	Programme de santé bucco-dentaire non inclus dans le PMA
Existence de manuels et de supports IEC / CCC en santé bucco-dentaire	Insuffisance de suivi de l’utilisation des manuels	Manuels destinés pour les acteurs principaux : enseignants, agents de santé, chirurgiens-dentistes	Appui financier insuffisant
Programme de prévention et d’éducation pour la santé bucco-dentaire dans les écoles primaires	Manque de coordination des activités	Mise en place d’un système de partenariat entre le Ministère de l’Education, l’ONN, et les entités œuvrant pour la santé bucco-dentaire	Manque de suivi des conventions de partenariat entre le Ministère et les entités
Nombre de chirurgiens-dentistes suffisant	Absence de plan de carrière	Disponibilité de postes budgétaires chaque année pour le secteur public et facilité d’installation pour le secteur privé	- Concentration des chirurgiens-dentistes dans les grandes villes - Recyclage et formation inexistantes

			(par manque d'appui financier) - Absence d'autres corps professionnels dans le domaine de la dentisterie (assistant, hygiéniste, prothésiste...)
Augmentation du nombre des structures de dentisterie	Inégale répartition des services de soins bucco-dentaires	Adhésion de nombreuses Communes dans la construction du local pour dentisterie	Pas de normes et standards de prise en charge pour chaque niveau (CSB2, CHD, CHRR, CHU)
Existence d'un centre d'approvisionnement en produits et consommables dentaires (centrale d'achats SALAMA)	Approvisionnement en produits, en consommables dentaires non satisfaisant	Augmentation du nombre de fournisseurs privés	Procédures d'achat difficiles pour le secteur public Coût trop élevé pour la majorité des praticiens
Matériels et équipements dentaires disponibles sur le marché local	Pas de politique de soutien pour la création de nouveaux centres de dentisterie	Ouverture vers les marchés asiatiques	Qualité des équipements moins bonne Problèmes de maintenance des équipements
Collaboration efficace entre le Ministère et les Partenaires	Collaboration ponctuelle	Résultats et impacts positifs pour la communauté	Difficultés dans la pérennisation des activités
Programme de fluoruration du sel iodé	Difficulté dans la coordination des	Engagement de l'Etat et des partenaires	Difficultés dans la pérennisation des

effectif à Madagascar	activités des sauniers de la région de Toliara		activités
-----------------------	--	--	-----------

En conclusion, face à ces différents points faibles constatés ainsi que les menaces qui risquent d'ébranler la Politique sur la santé bucco-dentaire, cette nouvelle proposition de stratégie régionale est une des grandes opportunités pour la réactualisation du premier document de politique.



**Les participants à l'atelier d'élaboration de la nouvelle
Politique nationale de santé bucco-dentaire**

V. VISION, BUTS ET OBJECTIFS

V.1. Vision

La nouvelle Politique nationale de santé bucco-dentaire a comme vision : « *Un système de santé bucco-dentaire intégré, performant, accessible à tous et contribuant de façon efficace au bien être de la population* »

V.2. But

Le but est d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire et général de la population par l'approche préventive et promotionnelle de la santé orale.

V.3. Objectifs

V.3.1 Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux affections bucco-dentaires à Madagascar, d'ici la fin de l'année 2020.

V.3.2 Objectifs spécifiques

Pour atteindre un meilleur état bucco-dentaire, les objectifs suivants sont retenus :

- Réduire la prévalence et l'incidence des affections bucco-dentaires
- Intégrer la santé bucco-dentaire dans les autres programmes de santé
- Augmenter le niveau de connaissances de la population en matière de santé bucco-dentaire pour un changement de comportement favorable
- Améliorer la qualité des prestations offertes au niveau des services de soins bucco-dentaires,
- Assurer le renforcement continu de capacité des prestataires en matière de santé bucco-dentaire
- Augmenter la couverture sanitaire bucco-dentaire
- Augmenter la disponibilité, l'accessibilité et de l'utilisation des cabinets dentaires.

Ainsi, les objectifs à atteindre en l'an 2020 sont résumés dans le tableau suivant:

Tranches d'âge	Baseline (données de 2001)	Objectifs 2020
6 ans	dcao = 4.9 20 % indemne de carie	dcao = 3.8 25 % indemne de carie
12 ans	DCAO = 2.8	DCAO ≤ 2
18 ans	Nombre moyen de dents permanentes absentes pour cause de carie = 0.7	Aucune dent permanente absente pour cause de carie
	74.7% avec gingivorragie et présence de tartre	< 70% avec gingivorragie et présence de tartre
35- 44 ans	2% indemnes de carie dentaire	5% seront indemnes de carie dentaire
	DCAO = 13	DCAO < 12
Toutes tranches d'âge confondues	- Soins obturateurs = 17.41% - Détartrage = 1.12% <i>des actes effectués</i>	- Soins obturateurs = 30% - Détartrage = 5% <i>des actes effectués</i>
	Taux de fréquentation services de soins bucco-dentaires = 8.38%	Taux de fréquentation services de soins bucco-dentaires = 20%

VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les interventions dans le domaine de la santé bucco-dentaire s'articulent autour de huit orientations stratégiques :

1. L'intégration des affections bucco-dentaires à toutes autres maladies ayant des facteurs communs de risque, exemples de la sphère ORL, maladies de l'enfance, ...)
2. Le renforcement de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) des populations en faveur de la santé bucco-dentaire,
3. Le renforcement des compétences du personnel à tous les niveaux des structures sanitaires y compris le plan de carrière professionnelle,
4. L'extension de la couverture géographique et l'amélioration de la qualité de services offerts
5. Le renforcement du partenariat à tous les niveaux et à tous les domaines
6. L'équité d'offre de services
7. Le suivi évaluation des programmes (y compris la fluoration du sel, cancers oro-faciaux et le noma)
8. Le développement de la recherche opérationnelle

VII. CADRES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de ces axes est définie par :

- Un cadre d'orientation et juridique de la politique nationale
- Un cadre de mise en œuvre de la formation
- Un cadre de mise en œuvre préventive et promotionnelle
- Un cadre de mise en œuvre de la prise en charge des maladies bucco-dentaires

VII.1 Cadre d'orientation et juridique de la politique nationale

La mise en œuvre de la Politique nationale de santé bucco-dentaire est régie par un cadre d'orientation et de législation. En plus des textes et traités internationaux, les textes législatifs nationaux sont aussi pris en considération, notamment :

- l'ordonnance 62-046 fixant l'organisation et le fonctionnement de la santé publique,
- le document de Politique nationale de santé,
- le code de déontologie des Chirugiens dentistes,

Il s'agit de vulgariser les textes législatifs et réglementaires existants en matière de santé bucco-dentaire et de les adapter selon le contexte et les éventuelles innovations.

VII.2. Cadre de mise en œuvre dans le domaine de la formation et recherche sous le contrôle du Comité d'éthique

La formation de personnel vise à améliorer la qualité des services pour répondre au mieux aux besoins de la population. Elle consiste:

- au renforcement des structures de formation initiale;
- à l'instauration d'autres formations complémentaires en vue d'améliorer les connaissances et les compétences des acteurs à tous les niveaux du système de santé bucco-dentaire ;
- au développement des recherches opérationnelles

Il s'agit de :

- encourager toute initiative visant à donner des formations continues ou de recyclage (conférences/forum, communications scientifiques, revues techniques et scientifiques, informations sur internet, ...)
- transférer les connaissances et les compétences techniques par le biais de formations en cascade du niveau central vers les niveaux intermédiaires et périphériques
- développer le partenariat avec les Instituts de formation locaux et étrangers pour la formation en santé orale
- faire bénéficier à d'autres secteurs les connaissances requises en matière de prévention et de dépistage précoce des affections bucco-dentaires ;
- former des agents de santé dans les zones éloignées et enclavées en vue d'assurer des services de santé bucco-dentaire de base et de promouvoir la santé bucco-dentaire ;
- adopter le concept des précautions standard et de dépistage des IST, du VIH / sida à l'initiative du soignant
- proposer une approche systématique de la mise en œuvre d'études épidémiologiques portant sur les affections de la cavité buccale associée à l'infection au VIH
- rechercher le financement nécessaire à la formation, afin que tous les acteurs puissent en bénéficier
- réaliser et diffuser à tous les niveaux des thèmes de recherche variés

VII.3 Cadre de mise en œuvre promotionnelle et préventive

Les pathologies bucco-dentaires sont très fréquentes à Madagascar. Leur survenue est liée à de multiples facteurs de risques environnementaux et comportementaux. Plusieurs d'entre elles sont

évitables par des moyens simples et peu onéreux. L'élaboration et l'exécution d'un véritable programme de prévention et de promotion se justifient dans ce contexte.

L'objectif étant de diminuer l'incidence des affections bucco-dentaires, il s'agit ainsi de favoriser l'adoption de comportements individuels et collectifs pour leur prévention à travers l'information, la sensibilisation et l'éducation de la communauté, surtout les groupes vulnérables.

Il faudrait ainsi :

- ❖ faire un plaidoyer pour l'adhésion des décideurs politiques, administratifs, religieux, notables traditionnels, des professionnels de santé, des chefs d'établissements scolaires
- ❖ faire une sensibilisation de la population à tous les niveaux (réduction de la consommation des aliments cariogènes, réduction des facteurs de risque tels que le tabac et l'alcool, promotion de l'hygiène bucco-dentaire) ;
- ❖ étendre les programmes de prévention jusqu'aux localités éloignées et enclavées ;
- ❖ intégrer la prévention en santé bucco-dentaire dans le programme de formation des instituteurs ;
- ❖ faire le suivi du programme de fluoration de sel iodé à travers les régions de Madagascar ;
- ❖ intégrer la santé bucco-dentaire (en plus du programme de la santé scolaire) dans d'autres programmes comme ceux se rapportant à la nutrition, au dépistage des gingivites ulcéro-nécrotiques, au VIH / sida, aux autres maladies transmissibles et non transmissibles, et à la santé de la mère et de l'enfant
- ❖ renforcer la collaboration intersectorielle, créer des réseaux et des alliances pour échange d'expérience afin de développer le concept de promotion de la santé et éliminer les illicites
- ❖ élaborer des messages et d'autres supports de communication ;
- ❖ promouvoir l'accès de la population aux brosses à dents et dentifrices fluorées et à l'eau potable ;
- ❖ contribuer à la lutte contre la toxicomanie : alcoolisme, tabagisme, drogue ...
- ❖ plaidoyer en faveur d'une exemption des taxes sur les produits dentaires et produits d'hygiène orale

Pour une meilleure coordination des activités, une plate-forme pour la prévention en santé bucco-dentaire sera mise en place et devra être opérationnelle à la fin de la première année. Cette

plateforme veillera au respect des mises aux normes des activités préventives entreprises à Madagascar.

VII.4. Cadre de mise en œuvre des soins curatifs

La prise en charge des maladies bucco-dentaires consiste à donner à la population des soins de qualité non seulement dans les grandes agglomérations urbaines mais aussi et surtout dans les communes rurales éloignées et enclavées, des soins dispensés par un personnel qualifié, afin de réduire de manière significative l'incidence des affections bucco-dentaires d'ici 2020



Cabinet dentaire public dans une zone enclavée

Il s'agit de :

- donner une formation suffisante aux agents de santé communautaires sur la détection des affections bucco-dentaires courantes pour qu'ils puissent servir de relai entre le patient et le dentiste,
- créer des structures dentaires fonctionnelles suivant les normes, adaptées aux besoins et accessibles à la population dans les communes rurales
- réactualiser les connaissances des prestataires et leur prodiguer des formations aux nouvelles technologies,
- établir un programme de supervision formative et de monitoring des prestataires en santé bucco-dentaire,

- veiller à la pérennisation de l’approvisionnement en médicaments et consommables dentaires
- assurer la gestion rationnelle du personnel dentaire
- entreprendre un système de motivation des prestataires

VIII. MECANISMES DE COORDINATION, SUIVI-EVALUATION DU PROGRAMME

Un comité national de coordination (Département chargé de la Santé publique, Ordre, Syndicat, Associations) sera mis en place. Pour ce faire, un mécanisme de coordination apporte son appui à la mise en œuvre, au suivi et à l’évaluation de la PNSBD.

VIII.1 Mécanisme de Coordination des activités du programme

Le plan stratégique national de santé bucco-dentaire 2010-2020 sera mis en œuvre essentiellement par les établissements de santé publics, interentreprises, confessionnels et privés. La coordination de ces activités se fera par niveau.

VIII.1.1 Niveau national

Le Ministère chargé de la Santé, à travers le Service de la Santé Bucco-dentaire, apporte l’appui technique nécessaire au niveau régional pour la réalisation des activités. Il procède à la coordination des activités régionales à travers la centralisation et l’analyse des rapports d’activités, les supervisions intégrées semestrielles et les réunions périodiques entre le comité technique du programme et le Ministère chargé de la Santé.

VIII.1.2. Niveau régional

L’équipe régionale est responsable de la coordination des activités bucco-dentaires des districts dans :

- les supervisions intégrées trimestrielles qui doivent effectivement prendre en compte les activités relatives à la santé bucco-dentaire,
- les monitorages semestriels,
- les formations.

VIII.1.3. Niveau district

La mise en œuvre du programme au niveau des Districts consiste à :

- la prise en charge préventive et curative des cas d’affections bucco-dentaires et leur référence/évacuation,
- la prise en compte des affections bucco-dentaires dans les supervisions intégrées,
- le monitoring périodique des activités relatives à la santé bucco-dentaire.

VIII.2. Suivi – Evaluation

Les termes de référence du comité qui sera chargé de faire le suivi de cette Politique consistent à :

- soutenir le développement des programmes
- suivre l'évolution des indicateurs de mise en œuvre (prévention, promotion, prise en charge)
- établir les rapports de suivi
- préparer les réunions de monitoring et d'évaluation et établir un plan d'action
- capitaliser les expériences et les bonnes pratiques
- appuyer la mise en œuvre en se basant et en partageant les expériences capitalisées
- produire des études de cas et de notes techniques pour illustrer les approches de mise en œuvre, l'efficacité des résultats obtenus ainsi que pour faciliter la réorientation des programmes
- alimenter les réflexions pour l'accélération de la mise en œuvre, de la supervision et de la revue à mi-parcours des programmes

Les membres du Comité de suivi et évaluation sont composés de :

- l'équipe du Service de la santé bucco-dentaire
- les représentants de la profession dentaire
- les partenaires (OMS, UNICEF, ONN,)

VIII.3 Evaluation du programme

Il y aura :

- une évaluation à chaque fin de biennium en collaboration avec l'OMS,
- une évaluation à mi-parcours sera réalisée à la fin de l'année 2015
- et l'évaluation finale du programme à la fin de l'année 2020 en fonction des indicateurs d'intrant, de processus et de résultat.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Des efforts ont été déployés pour lutter contre les affections bucco-dentaires à Madagascar. Les objectifs fixés lors de la première Politique nationale de santé bucco-dentaire ont été atteints en grande partie.

Toutefois, des points faibles ont été évoqués. Face à ces contraintes, les mesures suivantes sont proposées:

- faire un plaidoyer pour le renforcement du programme communautaire de promotion de la santé bucco-dentaire ;
- redéfinir des modalités de partenariat entre les parties prenantes du programme et le rôle de chaque acteur pour une meilleure coordination des activités ;
- établir un plan d'action en collaboration avec toutes les entités œuvrant dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
- assurer un programme de suivi évaluation des programmes

RESUME

La santé bucco-dentaire est indissociable de la santé en général. Face au développement sans cesse croissant du système de santé dans le monde, les décideurs à tous les niveaux ont le devoir

d'adapter leur plan de développement socio sanitaire, en conformité avec cette tendance organisationnelle et technologique, en tenant compte des besoins réels de la communauté.

A ce titre, une nouvelle vision en matière de Politique nationale de santé bucco-dentaire a été réalisée, compte tenu des changements sociaux, économiques, politiques et culturels sur la santé de la population. Le Ministère chargé de la Santé avec les Partenaires de développement et les Organismes œuvrant pour la santé bucco-dentaire prennent une part active à l'atteinte des objectifs.

En effet, les objectifs de la Politique nationale de santé bucco-dentaire visent à réduire la morbidité et la mortalité liées aux affections bucco-dentaires à Madagascar d'ici la fin de l'année 2020.

Les axes stratégiques de cette nouvelle politique nationale définissent le cadre général des activités relatives à la santé bucco-dentaire à Madagascar, notamment :

1. la Communication pour le Changement de Comportement (CCC)
2. le renforcement du partenariat
3. l'intégration des affections bucco-dentaires à toutes autres maladies ayant des facteurs communs de risque, notamment de la sphère ORL, maladies de l'enfance, entre autres
4. le renforcement des capacités du personnel
5. l'extension de la couverture géographique et sanitaire
6. l'amélioration de la qualité de services
7. le suivi évaluation des programmes (y compris la fluoruration du sel, cancers oro-faciaux et le noma)

8. le développement de la recherche opérationnelle en santé bucco-dentaire

Le cadre de mise en œuvre est basé sur le cadre juridique et d'orientation, la prévention, la prise en charge des affections bucco-dentaires et la formation des acteurs.

Si ces programmes sont suivis et bien appliqués, nous pourrions espérer une amélioration de la santé bucco-dentaire de la population malagasy, notamment par une meilleure hygiène bucco-dentaire et une diminution significative de la prévalence de la carie dentaire et des parodontopathies.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Fédération Dentaire Internationale (FDI) : Conférence de la planification de la Santé bucco- dentaire dans la Région Africaine. Document de référence Nairobi, Kenya, 2004**

2. **Ministère de la Santé au Bénin : Programme de santé bucco-dentaire :**
3. **Ministère de la Santé :** Politique nationale en santé bucco-dentaire 2001
4. **Ministère de la Santé :** Politique nationale de la Santé
5. **O.FAYE, M.KEITA, H.-D. KONARE, H.-T. N'DIAYE, H. DARIE, S. KEITA, A. MAHA,** 130 ; 199 – 201 le Noma chez des adultes infectés par le VIH, 2003.
6. **Organisation Mondiale de la Santé,** Fluor et santé, Genève 1972
7. **Organisation Mondiale de la Santé :** La Santé bucco-dentaire dans la Région Africaine: Stratégie régionale 1999 - 2008,
8. **Organisation Mondiale de la Santé:** Programme du noma dans la Région Africaine : Introduction, OMS/AFRO Bureau Régional de l' OMS pour l'Afrique janvier 2009
9. **Organisation Mondiale de la Santé** Rapport sur la Santé Bucco- Dentaire dans le monde
10. **Organisation Mondiale de la Santé** Ministère de la Santé et du Planning Familial : Evaluation du Programme de prévention en santé bucco-dentaire dans les Ecoles primaires de Madagascar (enquêtes 2005)
11. **Ordonnance N° 62-072 du 29 septembre 1962** portant codification des textes législatifs concernant la santé publique
12. **Organisation Mondiale de la Santé, PETERSEN P.E. RAZANAMIHAJA N, POULSEN V.J.** Enquête nationale sur l'état bucco-dentaire de la population malagasy (année 1994)
13. **Organisation Mondiale de la Santé, PETERSEN P.E. RAZANAMIHAJA N, POULSEN V.J.** Enquête nationale sur l'état bucco-dentaire de la population malagasy (année 2001 - 2002)
14. **R. H. Hart ; M.A. BELSEY ; E. TARIMO :** L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaires, OMS Genève 1991, 101 pages
15. **Rapport de l'Ordre des Chirurgiens dentistes et UNSBD année 1996**
16. **Rapport des activités du service de la santé bucco-dentaire 2002 à 2008**
17. **SOLOFONIRINA L, RANJALAHY Rasolofomanana J.** Enquête sur l'état de santé bucco-dentaire
18. **UNICEF, Ministère de la Santé et du Planning Familial,** Co.Re.Sel de Toliara, Projet CRESAN, ONG Trans-Mad ' Développement : Rapport d'activités du 15 décembre 2006 au 15 mars 2007 : Comptoir Régional du Sel de Toliara
19. **BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES ODONTO-STOMATOLOGISTES**

20. **Décret N° 62-046 du 24 -01-1962** relatif à l'exercice et à l'organisation de la profession de Médecins, de Chirurgiens dentistes de sage femmes et de pharmaciens à Madagascar
21. **Décret N° 97 -212 du 25 mars 1997** fixant les attributions du Ministre de la Santé ainsi que l'organisation générale de son Ministère
22. **Décret n° 98- 945 du 04** novembre 1998 portant code de déontologie médicale dentaire de la population infantile malagasy de 2 à 5 ans dans le district de Fianarantsoa I et Fianarantsoa II (année 1998)
23. **F. M. KANGALE KOYANDOULE** : Approche épidémiologique sur le noma dans le Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo- faciale de l'Hôpital de Kati : 61 cas, Thèse de Doctorat d'Etat N° 98, 2002, 68 pages
24. **F.TOGOLA** : Approche épidémiologique de la carie dentaire dans le cabinet privé « Stomadent » au marché de Lafiabougou (déc. à juil 1996) Thèse ; Bamako 1997- 67 pages N°16 Hararé, Zimbabwe ,1998
25. **L. O. DJONDANG**, Approche épidémio-clinique de la carie dentaire au Centre Dentaire
26. **L'Approche du Programme OMS de Santé Bucco- Dentaire**, Genève 2003
27. **Ministère de la Décentralisation : Loi N°96 – 56 – 059** portant création des communes, 1996 135 pages, Poursuivre l'amélioration de la Santé Bucco- Dentaire au XXIe siècle-Thèse médecine, Bamako, 1999 ,67 p, N°45
28. **ANDRIAMANJATO Hery Harimanitra**, Evaluation d'un Programme de promotion de la santé bucco-dentaire à Madagascar, Mémoire de Master en Santé Publique, IOSTM Mahajanga 2005
29. **Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 1993**