



DIX ANS DE DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Données, impact et perspective

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



TABLE DES MATIÈRES

Abréviations.....	3
Résumé analytique	4
I. Introduction.....	5
II. L'Observatoire de la santé bucco-dentaire : objectif, conception et modèle opérationnel	6
Objet de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.....	6
Rôle de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire	6
Fonctionnement de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire	7
Modèle de mise en œuvre.....	8
III. Pays participants de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire	9
IV. Dix ans d'accomplissements : cadre d'analyse d'impact	11
Thème 1. Pertinence stratégique et positionnement mondial.....	12
Thème 2. Intégration universitaire, apprentissage entre pairs et influence politique	14
Thème 3. Représentation géographique et démographique	19
V. Données clés par pays et études de cas	20
VI. Échange et implications des travaux de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire	31
Résultats des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire selon les pays	31
Trois conclusions systémiques.....	32
Impact de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire	32
La voie à suivre : opportunités pour la deuxième décennie de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire	33
VII. Conclusion.....	34
VIII. Remerciements	35
Déclarations	35
Références	36

ABRÉVIATIONS

AMS	Assemblée mondiale de la santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
ENSAB IV	Quatrième enquête nationale sur la santé bucco-dentaire
FDI	Fédération dentaire internationale
ICHOM	Consortium international pour la mesure des résultats de santé
MNT	Maladie non transmissible
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
PRITS	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure



RÉSUMÉ ANALYTIQUE

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire a été lancé par la FDI en 2014 dans le but de générer des données de santé bucco-dentaire normalisées et internationalement comparables à partir de la pratique dentaire généraliste. 10 ans plus tard, il a recueilli des données auprès de plus de 10 000 patients et de cabinets dentaires participants dans plus de 12 pays répartis dans les six régions de l'OMS. Ce rapport évalue les contributions de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au cours de la dernière décennie et les opportunités à venir.

Contributions de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire. Le programme est passé de la preuve de concept à une base de données probantes englobant la méthodologie fondamentale, les analyses transnationales et les études appliquées menées par les pays. Depuis 2023, la plupart des publications ont été dirigées par des associations dentaires nationales ou des pays, et plusieurs d'entre elles ont directement alimenté les échanges sur les politiques nationales. Les indicateurs mesurés par les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire complètent et correspondent étroitement au cadre de suivi du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire 2023-2030 de l'OMS, le positionnant comme un complément naturel à la surveillance nationale, notamment dans les PRFI et PRITS, où les enquêtes nationales sur la santé bucco-dentaire sont rares ou absentes.

Résultats des données. Plusieurs pays participants ont atteint des stades avancés de mise en œuvre et publié leurs conclusions, y compris des pays qui ont réalisé la collecte et l'analyse des données au moyen d'une approche nationale (p. ex. le Japon). Le présent rapport s'appuie sur cinq profils de pays issus de PRFI et PRITS, où les associations dentaires nationales ont mis en œuvre l'Observatoire de la santé bucco-dentaire avec les conseils et le soutien de la FDI, en participant notamment à des ateliers d'analyse de données en face à face. Ensemble, ces profils démontrent la façon dont les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont été collectées, analysées et appliquées dans différents contextes nationaux, tout en mettant en évidence les enjeux récurrents au sein des systèmes de santé bucco-dentaire. Les cinq profils de pays montrent des variantes d'un même panorama : la charge de morbidité se trouve là où le système n'est pas configuré pour la gérer. En Chine, de forts comportements préventifs ne se traduisent pas nécessairement par une amélioration des résultats parodontaux. En Colombie, malgré des comportements individuels et une capacité de traitement solides, des lacunes de prévention déguisées, où l'accès et la prévention primaire restent inéquitablement répartis, sont révélées. En Inde, la capacité de traitement s'est améliorée, mais les besoins persistants et la charge croissante des maladies chroniques suggèrent que le système de santé reste plus orienté vers le traitement des maladies que vers la prévention. Le Liban montre la manière dont la pression économique prolongée perturbe la continuité des soins dans des systèmes de traitement qui fonctionnaient auparavant bien, ce qui fragmente le parcours des patients. En Tanzanie, les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire apportent l'une des sources de données les plus claires en matière de soins pour comprendre la prestation de services et éclairer le débat politique national. Dans ces cinq pays, le fil conducteur est un écart persistant entre capacité de traitement et portée de prévention.

Les perspectives. Après avoir consolidé une décennie de données probantes, quatre priorités émergent sur la voie à suivre par l'Observatoire de la santé bucco-dentaire. Ces priorités contribuent directement aux multiples ODD adoptés par les Nations unies en 2015, notamment l'ODD 3.4 (réduction de la mortalité liée aux MNT), à travers des données normalisées sur la prévalence des maladies bucco-dentaires, l'ODD 3.8 (CSU), en révélant les écarts en matière d'accès et d'utilisation des services de santé bucco-dentaire, l'ODD 3.c (renforcement du personnel de santé), à travers des données pratiques sur les capacités des cliniciens et les modèles de prestation de services, et l'ODD 10 (réduction des inégalités), en rendant compte des disparités socioéconomiques dans les résultats de santé bucco-dentaire. Ensemble, elles soulignent que l'équité en santé bucco-dentaire ne peut être atteinte uniquement au sein du cabinet dentaire. Les quatre priorités qui émergent sont les suivantes :

01

Amélioration de l'alignement sur le cadre de suivi du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire et l'OMS

02

Collaboration systématique entre les associations dentaires nationales et les ministères

03

Extension au-delà du cabinet dentaire vers les établissements de soins primaires et communautaires pour remédier aux inégalités d'accès

04

Liaison avec les systèmes d'information de santé nationaux afin que les indicateurs de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire alimentent la surveillance de routine

I. INTRODUCTION

Les maladies bucco-dentaires touchent environ 3,7 milliards de personnes dans le monde,¹ avec une prévalence globale combinée de 45 %, ce qui est plus élevé que toute autre MNT.² Les caries sur les dents permanentes touchent à elles seules environ 2,3 milliards de personnes.³ Les dépenses publiques et privées en soins bucco-dentaires ont atteint environ 387 milliards de dollars dans le monde,⁴ avec une répartition très inégale. De même, les maladies bucco-dentaires touchent de manière disproportionnée les populations défavorisées, avec une association cohérente entre un statut socioéconomique inférieur et une prévalence ainsi qu'une sévérité plus élevées des affections bucco-dentaires. Malgré ce panorama, la santé bucco-dentaire a été structurellement sous-représentée dans les systèmes mondiaux de surveillance de la santé, les prestations de la CSU et les investissements en matière de MNT. La résolution de l'AMS de 2021 sur la santé bucco-dentaire (WHA74.5) a reconnu la nécessité d'un changement de paradigme des approches curatives vers des approches préventives, adoptant ainsi la Stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire et le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire 2023-2030.² Plus récemment, la déclaration politique de la quatrième réunion de haut niveau des Nations unies sur les MNT et la santé mentale (tenue en septembre 2025) fait explicitement référence aux maladies bucco-dentaires, renforçant ainsi la reconnaissance de la santé bucco-dentaire dans le programme plus large de lutte contre les MNT.⁵

La FDI a publié sa *Vision 2030 : santé bucco-dentaire optimale pour tous* en 2021,⁶ qui s'aligne sur les thèmes définis par le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire. La Vision 2030 de la FDI se concentre sur trois grands piliers : la couverture universelle pour la santé bucco-dentaire, l'intégration de la santé bucco-dentaire aux programmes de santé et de développement, et le renforcement de la résilience du personnel de santé bucco-dentaire pour un développement durable. Ces piliers reposent sur l'éducation et sont conçus pour offrir des services de santé bucco-dentaire essentiels de qualité, disponibles, accessibles et abordables pour tous.

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire sert de mécanisme pratique par lequel faire avancer les trois piliers, en générant systématiquement les données probantes nécessaires pour soutenir la couverture universelle, éclairer les politiques axées sur la prévention et renforcer la planification du personnel. La figure 1 illustre la façon dont les activités de collecte de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire correspondent à chaque pilier.

Figure 1 : Collecte de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire selon les piliers de la Vision de la FDI.



À l'ère de la deuxième décennie de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, ce rapport consolide les données probantes dans un compte rendu stratégique du développement du programme, des résultats, des leçons apprises et de la contribution aux données et politiques mondiales en matière de santé bucco-dentaire. Il vise à démontrer la valeur de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire aux décideurs politiques, aux institutions de santé mondiales ainsi qu'aux associations membres et partenaires de recherche de la FDI et à éclairer les futures priorités du programme.



II. L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : OBJECTIF, CONCEPTION ET MODÈLE OPÉRATIONNEL

OBJET DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire a été créé pour combler une lacune reconnue dans les données de santé bucco-dentaire. L'absence d'informations normalisées et internationalement comparables qui établissent un lien entre le statut clinique, l'expérience du patient et les facteurs de risque comportementaux signifie que la santé bucco-dentaire a été systématiquement négligée dans les politiques de santé mondiales. Les sources de données existantes, y compris les enquêtes nationales sur la santé bucco-dentaire, sont principalement axées sur le statut clinique, nécessitent souvent d'importantes ressources, sont rarement exploitées et ne sont pas conçues pour permettre une comparaison entre les pays.⁷

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire a été conçu comme un modèle de mise en œuvre complémentaire, basé sur la collecte de données de routine au sein des cabinets dentaires, afin de générer des données cohérentes entre les pays à l'aide d'un cadre commun. Il s'aligne étroitement sur l'ensemble de normes de santé bucco-dentaire pour adultes de la FDI-ICHOM, qui définit un ensemble de mesures de résultats rapportés par les patients et les cliniciens en vue de soutenir la comparabilité internationale et une compréhension de la santé bucco-dentaire plus centrée sur le patient.⁷ Cette dimension psychosociale permet à l'Observatoire de la santé bucco-dentaire de saisir des aspects de l'expérience de santé bucco-dentaire que les enquêtes purement cliniques ne permettent pas.

Toutefois, étant donné que l'Observatoire de la santé bucco-dentaire s'appuie sur les patients qui se rendent en cabinet dentaire, il ne tient pas compte de ceux qui, pour des raisons financières, géographiques ou systémiques, n'ont pas accès aux soins. Les conclusions de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire doivent donc être interprétées en complément et non en remplacement des études épidémiologiques nationales ou des instruments à l'échelle de la population ; ces sources peuvent être combinées avec les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire afin d'offrir une base de données probantes plus complète pour formuler des plaidoyers et des politiques.

RÔLE DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire réunit les multiples dimensions de la santé bucco-dentaire et de ses déterminants dans un seul ensemble de données, afin d'analyser les liens entre les résultats cliniques, les résultats subjectifs, les comportements et l'utilisation des services au sein d'une même population. Les questionnaires ont été rédigés par l'équipe opérationnelle de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à l'aide d'un processus consensuel s'appuyant sur des instruments établis de qualité de vie liés à la santé bucco-dentaire, notamment les impacts bucco-dentaires sur les performances quotidiennes, le profil d'impact sur la santé bucco-dentaire, l'indice d'évaluation de la santé bucco-dentaire en gériatrie et les méthodes d'enquête sur la santé bucco-dentaire de l'OMS.⁸ Les associations dentaires nationales participantes ont également pu proposer des ajouts spécifiques au contexte, qui ont été examinés par le groupe d'experts du projet avant leur inclusion.

Tableau 1 : Domaines de données collectés par l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

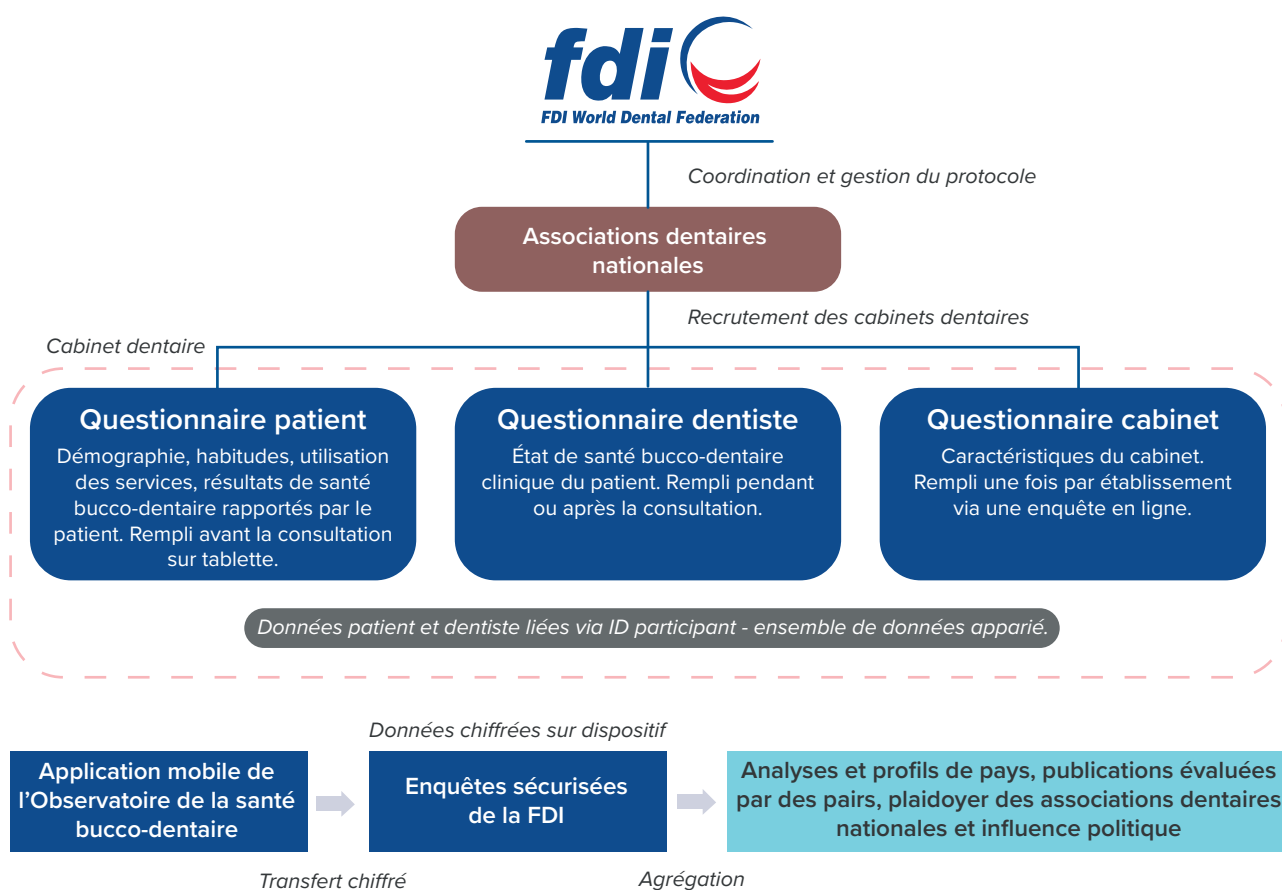
Domaine	Source	Description
Statut clinique de la santé bucco-dentaire	Dentiste	Caries (composants CAOD), état de santé parodontale, dentition, scellements, autres affections bucco-dentaires (p. ex. érosion acide, gingivite).
Habitudes de santé bucco-dentaire	Patient	Fréquence et temps de brossage, utilisation de produits fluorés, consommation de sucre, tabagisme, consommation d'alcool.
Accès et utilisation des services	Patient	Récence et motif des consultations dentaires, obstacles aux soins, temps de déplacement, régime d'assurance, accès aux rendez-vous.
Impacts sur la santé bucco-dentaire rapportés par le patient	Patient	Douleur, inconfort, limitations fonctionnelles (manger, parler), impacts psychosociaux (gêne, participation sociale, sommeil), perte de productivité.
Caractéristiques sociodémographiques	Patient	Âge, sexe, niveau d'éducation.
Caractéristiques du cabinet	Enquête cabinet	Type de cabinet, personnel, volume de patients, répartition du temps, matériaux de restauration, formation continue.

Source : compilation du protocole de recherche de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire⁸ et de Taylor et al.⁹

FONCTIONNEMENT DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire opère via un processus de collecte de données normalisé et intégré aux soins dentaires de routine. Son flux de travail se fait à plusieurs niveaux et relie la FDI, les associations dentaires nationales, les cabinets dentaires et les patients (figure 2).

Figure 2: Flux de travail de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.



Les données sont collectées au moyen de trois instruments :^{7,9,10}

1. **questionnaire patient** : caractéristiques sociodémographiques, habitudes de santé bucco-dentaire, accès et utilisation des services, résultats de santé bucco-dentaire rapportés par le patient. Rempli par le patient avant la consultation sur une tablette dans la salle d'attente du cabinet ;
2. **questionnaire dentiste** : état de santé bucco-dentaire clinique du patient (caries, état parodontal et dentition). Rempli par le dentiste pendant ou après la consultation ;
3. **questionnaire cabinet** : caractéristiques du cabinet dentaire (type, personnel, modèles de prestation de services). Rempli une fois par cabinet via un portail d'inscription en ligne.

Cette conception crée un ensemble de données complet qui fait le lien entre les résultats de santé bucco-dentaire rapportés par le patient et les résultats cliniques rapportés par le clinicien à l'échelle individuelle, avec les identifiants des participants. Les données sont chiffrées sur le dispositif mobile de l'utilisateur, anonymisées et transférées sur les serveurs sécurisés de la FDI à Genève pour agrégation et analyse. Aucune donnée patient identifiable n'est collectée à aucun stade.¹¹

MODÈLE DE MISE EN ŒUVRE

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire est mis en œuvre par le biais du réseau d'associations dentaires nationales de la FDI, qui coordonne le projet à l'échelle nationale. Les associations dentaires nationales sont responsables du recrutement des cabinets dentaires, du soutien à la mise en œuvre, de l'obtention d'une approbation éthique et de la diffusion des résultats.⁷⁻⁹

Les cabinets dentaires sont sélectionnés à l'aide d'approches d'échantillonnage structuré adaptées au contexte national. La phase initiale de l'étude comprenait un échantillonnage stratifié en grappes de dentistes par région administrative. Au sein des cabinets, les patients sont sélectionnés selon une approche systématique basée sur l'ordre d'arrivée. Les dentistes participants recueillent généralement des données auprès d'un nombre défini de patients pendant la période d'étude (p. ex. 50 patients par dentiste lors de la phase de faisabilité).

Le tableau 2 détaille les rôles de la collecte et de la gestion des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à tous les niveaux. Ce modèle permet une mise en œuvre dans différents contextes du système de santé tout en appliquant une méthodologie commune.

Tableau 2 : Niveaux et rôles de la collecte de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

Niveau	Rôle
FDI	Coordination globale, élaboration de méthodes, gestion des données, assurance qualité et diffusion des résultats.
ASSOCIATIONS DENTAIRESNATIONALES	Recrutement des cabinets dentaires nationaux, approbation éthique, soutien à la formation, engagement des parties prenantes et communication des résultats.
CABINETS DENTAIRESNATIONAUX	Collecte de données via l'application mobile de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en suivant des procédures pratiques normalisées et en obtenant un consentement éclairé.
PATIENTS	Données comportementales, démographiques et de qualité de vie via le questionnaire patient.

Source : compilation du protocole de recherche de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire⁸ et de Taylor et al.⁹



III. PAYS PARTICIPANTS DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Le développement de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire reflète une trajectoire de programme échelonnée, évoluant des premiers tests pilotes à une mise en œuvre dans plusieurs pays, suivie d'une perturbation et d'une diversification ultérieure des parcours d'engagement des pays. L'Observatoire de la santé bucco-dentaire couvre les six régions de l'OMS : Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental.

Le développement initial a commencé par des études pilotes, avec des travaux de preuve de concept aux Pays-Bas et une première mise en œuvre à petite échelle dans des pays comme l'Allemagne et le Mexique. Ces premiers efforts ont établi la faisabilité de la collecte de données patient-dentiste normalisées et appariées dans des contextes de pratique dentaire de routine et ont éclairé la conception du modèle dans plusieurs pays.

Sur cette base, une phase officielle de recrutement a été lancée en mai 2017. De nombreux pays ont exprimé leur intérêt et plus de 12 pays ont participé à la phase de faisabilité initiale. Ces pays étaient notamment l'Afrique du Sud, l'Allemagne, l'Arménie, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, l'Inde, l'Italie, le Japon, le Kenya, le Liban, la Pologne et la Tanzanie. Au cours de cette période, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire a été mis en œuvre dans de multiples contextes du système de santé, ce qui a permis de générer l'un des premiers ensembles de données de santé bucco-dentaire normalisées et basées sur la pratique à l'échelle mondiale.⁹

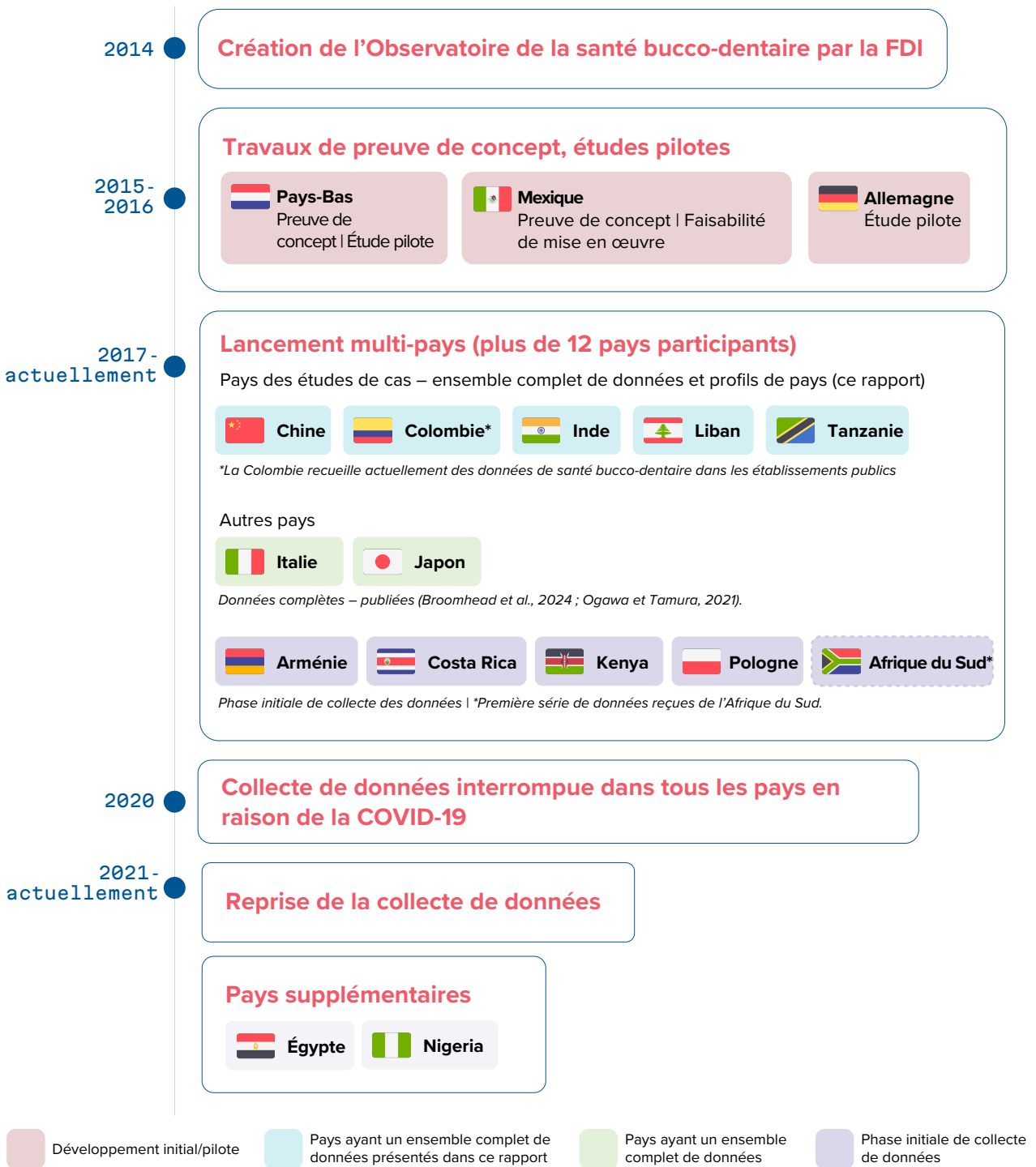
En milieu d'année 2020, six pays (Chine, Colombie, Inde, Italie, Japon et Liban) ont atteint le stade le plus avancé de la mise en œuvre. Cette phase a fourni l'ensemble de données de base qui sous-tend les premiers résultats analytiques de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, y compris des études comparatives entre les pays et des analyses à l'échelle nationale. Le Japon a terminé la collecte et l'analyse des données avec succès grâce à une approche menée par le pays et son expérience montre la façon dont la génération et l'application des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire peuvent être réussies grâce à un leadership national solide. Bien que le Japon ne figure pas parmi les études de cas détaillées du présent rapport, sa contribution représente une part importante de la base de données probantes mondiale du programme.

La collecte de données a été interrompue dans tous les pays en 2020, en raison de la pandémie de COVID-19. À cette période, les pays en étaient à des stades différents de mise en œuvre. Certains avaient terminé intégralement ou partiellement la collecte de données, d'autres n'avaient pas été en mesure de progresser au-delà des étapes initiales (Arménie) et d'autres avaient repris ou adapté leurs activités ultérieurement (Kenya). D'autres pays ont fourni des ensembles de données partiels ou sont en cours de réengagement et d'expansion. Cette variation reflète les différences de capacités, de ressources et de facteurs contextuels entre les pays et constitue une caractéristique inhérente à un modèle décentralisé de mise en œuvre par les associations dentaires nationales.

Dans son ensemble, le portefeuille de pays actuel illustre à la fois l'étendue de la portée mondiale de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ainsi que la variation de sa mise en œuvre selon les contextes. Cette variation n'est pas considérée comme une limite du programme, mais comme un aspect majeur de son parcours de développement. Elle sert de base pour évaluer le fonctionnement de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à différents niveaux de maturité des données, des paramètres pilotes et interrompus aux ensembles de données complets et capables de soutenir une analyse politique pertinente.

La figure 3 résume le statut de participation et les progrès de la collecte de données dans tous les pays, y compris la phase de mise en œuvre et les étapes clés. Les sections suivantes s'appuient sur ce portefeuille pour évaluer l'impact de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, en mettant particulièrement l'accent sur les cinq PRFI où la mise en œuvre soutenue par les associations dentaires nationales et l'engagement de la FDI permettent une analyse systématique détaillée.

Figure 3 : Résumé des progrès et du statut actuel des pays participants.





IV. DIX ANS D'ACCOMPLISSEMENTS : CADRE D'ANALYSE D'IMPACT

Cette section évalue l'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire selon un cadre d'analyse d'impact. Ce cadre synthétise les données probantes couvrant l'ensemble de la période 2016-2026 dans tous les pays participants et s'articule autour de trois thèmes stratégiques définis à partir des contributions des parties prenantes (figure 4).

Figure 4 : Thèmes de l'analyse d'impact.



THÈME 1

PERTINENCE STRATÉGIQUE ET POSITIONNEMENT MONDIAL



THÈME 2

**INTÉGRATION UNIVERSITAIRE, APPRENTISSAGE ENTRE PAIRS
ET INFLUENCE POLITIQUE**



THÈME 3

REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE



THÈME 1. PERTINENCE STRATÉGIQUE ET POSITIONNEMENT MONDIAL

En intégrant les expériences rapportées par les patients aux indicateurs cliniques, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire établit un lien entre la surveillance de la santé de la population et les soins centrés sur le patient. La mise en œuvre à travers les associations dentaires nationales reflète l'approche nationale et multipartite envisagée dans le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire,² positionnant l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à la fois comme une ressource mondiale pour la santé publique et une plateforme pour l'action nationale. Les domaines de collecte de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire s'alignent sur les objectifs stratégiques (OS) du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire (figure 5), dont l'opérationnalisation est décrite ci-dessous.

Figure 5 : Cartographie de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire sur les objectifs stratégiques du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire.

OS1

Gouvernance de santé bucco-dentaire

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire fournit des données d'évaluation des besoins à l'échelle de la population dans le but d'élaborer des politiques fondées sur des données probantes.

OS4

Soins bucco-dentaires

L'état de santé bucco-dentaire clinique et les obstacles à l'accès associés sont directement saisis par les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

OS2

Promotion de la santé bucco-dentaire et prévention des maladies

Les méthodologies de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire capturent directement les facteurs de risque que le deuxième objectif du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire cherche à améliorer.

OS5

Systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire met directement en œuvre l'accès aux systèmes d'information via le modèle de questionnaire en ligne et l'application de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

OS3

Personnel de santé

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire extrait le type de cabinet dentaire, la dotation en personnel, les heures de contact avec les patients ainsi que d'autres données relatives au cabinet pouvant être utilisées en faveur d'une meilleure planification du personnel.

OS6

Programmes de recherche en santé bucco-dentaire

Les documents révisés par les pairs et publiés par l'Observatoire de la santé bucco-dentaire viennent répondre au besoin de mettre à jour les programmes de recherche en santé publique.



Gouvernance de santé bucco-dentaire (OS1) : l'Observatoire de la santé bucco-dentaire soutient la gouvernance en générant des données sur l'accès aux soins et les besoins persistants, afin de permettre aux décideurs d'évaluer les besoins de la population parmi ceux qui reçoivent des services dentaires, d'identifier les lacunes dans les services et d'éclairer la planification fondée sur des données probantes et l'allocation des ressources.

Promotion de la santé bucco-dentaire et prévention des maladies (OS2) : l'Observatoire de la santé bucco-dentaire contribue aux stratégies préventives en réunissant systématiquement les facteurs de risque comportementaux, tels que les pratiques d'hygiène bucco-dentaire et les habitudes alimentaires, afin d'identifier les risques modifiables et d'éclairer la conception de mesures de santé publique ciblées.

Personnel de santé (OS3) : l'Observatoire de la santé bucco-dentaire donne un aperçu du personnel de santé bucco-dentaire à travers des données relatives aux cabinets, y compris les contextes de prestation de services, pour soutenir les efforts de planification, de répartition et de renforcement des capacités du personnel.

Soins bucco-dentaires (OS4) : l'Observatoire de la santé bucco-dentaire renforce la prestation de soins en collectant des données normalisées sur les résultats de santé bucco-dentaire, rapportés par le patient et issus d'évaluations cliniques, ce qui permet d'évaluer la charge de morbidité et son impact sur les patients, les besoins de traitement et les variations des soins bucco-dentaires entre les populations.

Systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire (OS5) : l'Observatoire de la santé bucco-dentaire contribue directement au développement d'un système d'information sur la santé bucco-dentaire qui met en œuvre une plateforme de collecte de données numériques et normalisées, afin de générer des données cohérentes, évolutives et comparables dans le domaine des soins dentaires primaires d'un pays à l'autre.

Programmes de recherche en santé bucco-dentaire (OS6) : l'Observatoire de la santé bucco-dentaire facilite la recherche en fournissant un ensemble de données harmonisé, basé sur la population, qui soutient l'analyse comparative entre les pays ainsi que l'exploration des relations entre les variables sociodémographiques, comportementales et cliniques et les résultats de santé bucco-dentaire rapportés par les patients.

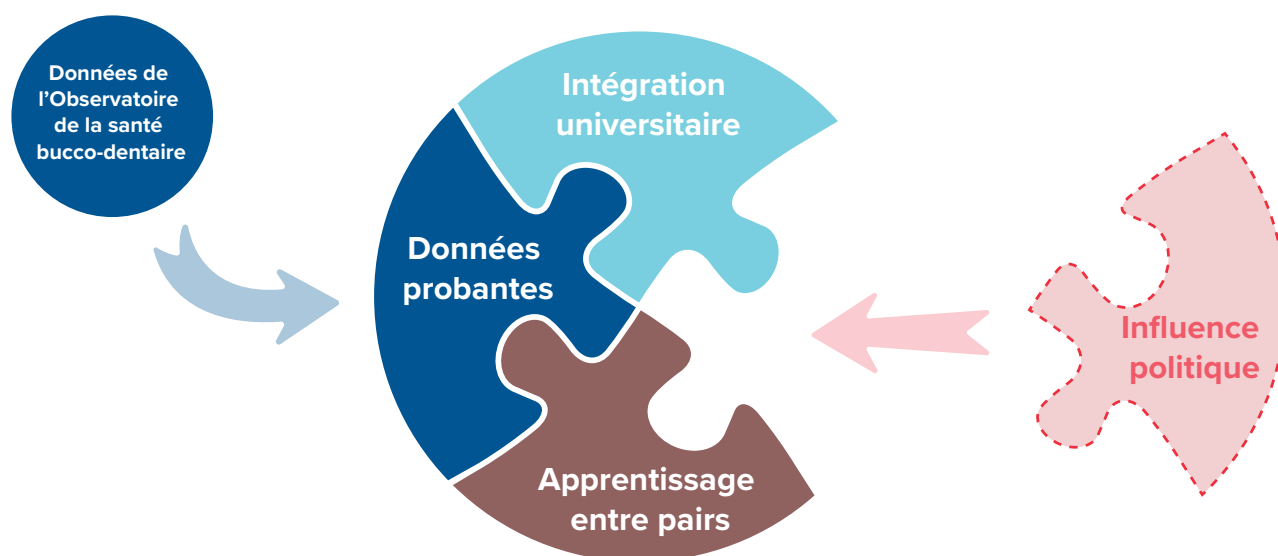
À titre d'exemple pertinent, l'étude de Broomhead et al. sur six pays¹¹ a démontré la capacité unique de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à effectuer des comparaisons transnationales à l'aide de données normalisées, une capacité qu'aucune autre plateforme de données de santé bucco-dentaire dirigée par la société civile ne possède. En outre, la mise en œuvre de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire par le biais des associations dentaires nationales reflète le modèle de prestation envisagé dans le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire, le positionnant comme un exemple pratique et évolutif de l'engagement de la société civile dans la surveillance mondiale de la santé bucco-dentaire.



THÈME 2. INTÉGRATION UNIVERSITAIRE, APPRENTISSAGE ENTRE PAIRS ET INFLUENCE POLITIQUE

Au cours de ses dix années d'existence, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire est passé d'une initiative de collecte de données à une plateforme soutenant activement la recherche, le développement de politiques et le plaidoyer. Dans l'ensemble des pays participants, sa valeur réside non seulement dans la production de données normalisées, mais aussi dans son utilisation pratique par les associations dentaires nationales pour éclairer la prise de décision et stimuler l'action nationale. Cette section décrit la contribution de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire dans trois domaines : l'intégration universitaire, l'apprentissage entre pairs et l'influence politique, illustrés visuellement par la figure 6. L'Observatoire de la santé bucco-dentaire a atteint une maturité significative dans les deux premiers domaines (intégration universitaire et apprentissage entre pairs), avec un potentiel restant pour consolider davantage l'influence politique, abordée dans cette section.

Figure 6 : Cadre de contribution des données probantes de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.



1. Intégration universitaire et scientifique

Depuis 2018, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire a généré neuf publications révisées par des pairs dans deux volets complémentaires, le premier englobant des études fondamentales qui ont validé la méthodologie de l'application mobile¹² et établi l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comme un modèle de données multi-pays réalisable ;⁹ le second correspondant à des analyses transnationales appliquées et fondées sur l'ensemble de données harmonisé. Cela comprend des publications sur la santé générale autodéclarée¹¹ et la santé gingivale rapportée par les patients¹³ dans six pays. Depuis 2023, la plupart des publications ont été dirigées par les associations dentaires nationales ou les pays plutôt que par la FDI, ce qui reflète l'évolution du programme en une plateforme de recherche locale. Le tableau 3 détaille ces publications ainsi que leurs références respectives.

Tableau 3 : Liste des publications liées à l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

N°	Titre	Auteurs	Année	Utilisation des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire
1	Collecting standardised oral health data via mobile application: A proof-of-concept study in the Netherlands	den Boer J.C.L., van Dijk W., Horn V., Hescot P., Bruers J.J.M. ¹²	2018	Étude de preuve de concept aux Pays-Bas testant la méthodologie de l'application mobile de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire pour la collecte de données normalisées sur la santé bucco-dentaire. Première validation publiée de l'instrument de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire avant le déploiement multi-pays.

N°	Titre	Auteurs	Année	Utilisation des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire
2	Developing a Standard Set of Patient-centred Outcomes for Adult Oral Health – An International, Cross-disciplinary Consensus	Ni Riordain R., Glick M., Al Mashhadani S.S.A., Aravamudhan K., Barrow J., Cole D. et al. ¹⁰	2021	Développement de l'ensemble de normes de santé bucco-dentaire pour adultes de la FDI-ICHOM, un cadre de mesure des résultats rapportés par les patients et les cliniciens qui s'aligne bien sur la collecte de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire. L'ensemble de normes a été développé via un processus de consensus impliquant environ 30 experts internationaux sur les cinq continents.
3	Japanese version of the Oral Health Observatory Project using a mobile application	Tamura K., Ogawa H. ¹⁴	2021	Étude transversale utilisant les données primaires de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au Japon (2018-2019). Analyse des associations entre mode de vie rapporté par les patients (fréquence de brossage, tabagisme, alcool, alimentation) et résultats bucco-dentaires évalués par les cliniciens (état parodontal, caries, perte de dents). Examen de l'état de santé bucco-dentaire rapporté par les patients et profils de consultation dentaire.
4	Standardised Practice-Based Oral Health Data Collection: A Pilot Study in Different Countries	Taylor S., Baker S.R., Broomhead T., England R., Mason S., Sereny M., Tsakos G., Williams D.M. ⁹	2023	Rapport de faisabilité de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire dans 12 pays et évaluation de la qualité des données dans six pays (Chine, Colombie, Inde, Italie, Japon, Liban). Reconnaissance de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comme un modèle réalisable pour la collecte de données normalisées et internationales en cabinet dentaire.
5	Using Standardised International Oral Health-Related Datasets in 6 Countries	Broomhead T., England R., Mason S., Sereny M., Taylor S., Tsakos G., Williams D., Baker S.R. ¹¹	2024	Première analyse comparative transnationale utilisant des ensembles de données harmonisés de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire dans six pays (Chine, Colombie, Inde, Italie, Japon, Liban). Examen des associations entre l'état de santé général autodéclaré et les données sociodémographiques, les comportements en matière de santé bucco-dentaire, les impacts bucco-dentaires et les variables cliniques. Preuve de la capacité unique de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à comparer des données normalisées internationales.
6	Assessment of Oral Health Status, Care Seeking Behaviours, and Oral Health-Related Quality of Life among Indian Adults Using the World Dental Federation's Digital Application	Balraj L., Oswal K., Reddy R., Kunjan P., Chandu V., Mathur M. ¹⁵	2024	Enquête transversale utilisant les données de l'application de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire (2018-2020). Analyse de l'état de santé bucco-dentaire, des comportements de recherche de soins et de l'état de santé bucco-dentaire rapporté par les patients. Distinction de l'ensemble de données principal de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire IDA-FDI, mais avec certaines superpositions.
7	Patient- and Clinician-Reported Oral Health Data in Primary Dental Care Practices in Lebanon	Daou D., Choufani A., Mashmouchi M., Doumit M. ¹⁶	2025	Première publication révisée par les pairs de l'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au Liban (2019-2020). Données sur la santé bucco-dentaire rapportée par les patients et les cliniciens dans les cabinets dentaires généralistes. Utilisation de la modélisation d'équations structurelles pour cartographier les voies entre les facteurs démographiques, les comportements et les résultats de santé bucco-dentaire.
8	India's oral health outlook: challenges, economic impact and need for preventative strategies	Narang P., Dhoble A., Mathur M., Rana S., Mason S., Ali A. ¹⁷	2025	Analyse par méthodes mixtes intégrant les données primaires de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Inde (2016-2020) avec revue systématique de la littérature secondaire. Analyse de la charge économique, des comportements de recherche de traitements et des interventions politiques nécessaires pour l'Inde. Corédigée par l'Association dentaire indienne et des participants à l'atelier, notamment le ministère de la Santé et du Bien-être familial, l'OMS Inde et le Conseil dentaire d'Inde.
9	Exploring Patient-Reported Gingival Health in Adults Using Standardised International FDI Oral Health Observatory Data	Broomhead T., Kettle J., Mason S., Baker S. ¹³	2023	Exploration de la santé gingivale rapportée par les patients chez les adultes en utilisant les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire de six pays (Chine, Colombie, Inde, Italie, Japon, Liban). Examen des associations entre la santé parodontale auto-perçue, les données sociodémographiques, le bien-être et les impacts liés à la santé bucco-dentaire. Extension de la portée analytique de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire aux résultats parodontaux rapportés par les patients.

Outre les publications énumérées ci-dessus, plusieurs analyses menées par les associations dentaires nationales sont actuellement en préparation et comprennent :

1. deux études menées en Colombie (comparaison des habitudes et de l'état de santé bucco-dentaire en Colombie : données de l'ENSAB IV et de l'enquête de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ; facteurs associés à la perception de la santé bucco-dentaire en Colombie : analyse à l'aide de modèles logistiques ordinaux) sur les comparaisons entre la santé bucco-dentaire publique et la santé bucco-dentaire privée et les modèles prédictifs pour la perception de la santé bucco-dentaire ;^{18,19}
2. une analyse menée par l'Association dentaire tanzanienne sur les indicateurs sociodémographiques de l'impact sur la santé bucco-dentaire, qui représentera la première analyse publiée des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Afrique subsaharienne ;²⁰
3. les résultats supplémentaires en chinois s'appuyant sur les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Chine (statut des caries et facteurs associés chez les patients adultes des cabinets dentaires en Chine : résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire de la FDI ; prévalence et corrélations des maladies parodontales en Chine : résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire).²¹

Ces publications à venir devraient élargir la profondeur analytique de la base de données probantes de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, en particulier autour des analyses comparatives nationales et de la recherche appliquée menée par les pays.

2. Apprentissage entre pairs

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire a renforcé la capacité de plaider des associations dentaires nationales en fournissant une solide base de données probantes spécifiques à chaque pays pour soutenir l'engagement avec les décideurs politiques. En reliant les données comportementales, cliniques, rapportées par les patients et relatives à l'accès, il permet de cibler et d'orienter davantage le plaidoyer sur le contexte. Dans tous les pays, les résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont été utilisés pour soutenir les discussions stratégiques au sujet des priorités de santé publique (tableau 4). La disponibilité de données comparables entre les pays renforce encore ces efforts et permet de diffuser des messages de plaidoyer ainsi que de renforcer l'engagement aussi bien à l'échelle nationale que mondiale.¹⁶

Tableau 4 : Activités d'apprentissage entre pairs menées à l'aide de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

Pays	Dernière utilisation rapportée des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire
Afrique du Sud	Participation à l'atelier du Congrès dentaire mondial 2025, la collecte de données devant reprendre en 2026 après avoir été interrompue par la COVID-19. ²²
Chine	Les résultats ont été comparés aux données de l'enquête nationale sur la santé bucco-dentaire, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire fournissant des données complémentaires fondées sur la pratique pour compléter les données de l'enquête nationale ne permettant pas de présenter une vue d'ensemble de la santé bucco-dentaire. ²²
Colombie	L'association dentaire nationale de Colombie a proposé un observatoire national de la santé bucco-dentaire permanent qui combine les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire avec les registres administratifs et les statistiques nationales et fait le lien avec les résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire relatifs au plaidoyer sur la taxation des boissons sucrées, du tabac et de l'alcool. ^{18,19} La Colombie a également étendu la collecte de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire aux institutions publiques, élargissant ainsi la couverture à une population socioéconomique différente et permettant la première comparaison directe entre les établissements de soins dentaires privés et publics dans le cadre du programme.
Inde	Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont été utilisées en tant que base de données probantes pour le plaidoyer national sur le tabagisme et la consommation de sucre, contribuant ainsi à la Déclaration de Mumbai sur les boissons sucrées et l'alimentation saine ainsi qu'à l'introduction de campagnes institutionnelles mensuelles visant à réduire la consommation de sucre. Les résultats ont été présentés au ministère de la Santé et du Bien-être familial, ce qui renforce les partenariats public-privé et la littératie en santé bucco-dentaire à l'échelle nationale. ^{22,23}
Kenya	Collecte de données active en cours à l'aide de la dernière version de l'application. Participation au groupe de travail du Congrès dentaire mondial 2025 sur les enjeux de la collecte de données. ²²

Pays	Dernière utilisation rapportée des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire
Liban	Les conclusions de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, compilées dans un résumé de résultats approuvé par le Conseil de la FDI, ont été utilisées pour lancer un atelier de l'association dentaire nationale à l'échelle nationale, qui a permis d'éclairer directement la première stratégie nationale de santé bucco-dentaire du Liban (septembre 2024), articulée autour de cinq objectifs alignés sur le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire de l'OMS. Le cinquième objectif de la stratégie fait explicitement référence à la méthodologie numérique de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en tant que modèle pour les systèmes d'information nationaux. L'association dentaire libanaise a également proposé la création d'un bureau de santé bucco-dentaire officiel au sein du ministère de la Santé publique afin de renforcer la coordination entre l'association dentaire nationale et le gouvernement. ^{16,22,24}
Tanzanie	Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont été présentées dans les espaces législatifs et politiques, avec des échanges autour de la loi sur l'assurance maladie universelle (2023) et du développement du Plan stratégique national pour la santé bucco-dentaire (2026-2031). L'Association dentaire nationale a fait référence aux résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire dans les conversations de plaidoyer ²⁰ à propos de la taxation des boissons sucrées ainsi que pour la couverture dentaire étendue dans le cadre de l'assurance maladie universelle et proposé d'explorer l'alignement des indicateurs cliniques de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire sur le système national DHIS2 en faveur d'un suivi en temps réel.

3. Influence politique et stratégique nationale

Dans les pays participants, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire commence à démontrer la manière dont les données basées sur la pratique peuvent soutenir l'élaboration de politiques, le plaidoyer et la prise de décision à l'échelle du système. Bien que cette fonction ne soit pas encore pleinement intégrée, de nouveaux exemples montrent que l'influence politique est à la fois réalisable et déjà en cours, comme au Liban et en Inde.

Cette capacité d'influence politique est étayée par les caractéristiques spécifiques de l'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire. Sa méthodologie normalisée permet des comparaisons entre les pays, ce qui renforce la crédibilité des résultats nationaux dans le cadre des dialogues politiques mondiaux. Parallèlement, l'intégration des indicateurs cliniques, des facteurs de risque comportementaux et des résultats de santé bucco-dentaire rapportés par les patients dans un ensemble de données unique et apparié permet une compréhension plus complète des systèmes de santé bucco-dentaire, en reliant la charge des maladies à ses facteurs sous-jacents ainsi qu'à l'expérience vécue. Particulièrement important pour l'engagement politique, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire saisit les impacts psychosociaux et fonctionnels, y compris la douleur, la difficulté dans les activités quotidiennes et les résultats de santé bucco-dentaire rapportés par les patients, qui s'alignent sur l'ensemble de normes de santé bucco-dentaire pour adultes de la FDI-ICHOM. Ces dimensions vont au-delà des chiffres cliniques de la prévalence des maladies pour quantifier l'impact des affections bucco-dentaires sur la vie quotidienne, en traduisant les données épidémiologiques en charge sociétale à laquelle les ministères de la Santé et les décideurs répondent. Cela rend ces données intrinsèquement pertinentes pour les politiques, ce qui permet de soutenir non seulement l'identification des problèmes, mais aussi un argument convaincant en faveur d'investissements préventifs et d'un changement de système.

En outre, le modèle de collecte de données périodique et évolutif de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire permet de générer des informations opportunes qui peuvent s'aligner sur les cycles politiques nationaux et les fenêtres de plaidoyer. Cela distingue l'Observatoire de la santé bucco-dentaire des systèmes traditionnels basés sur des enquêtes, souvent rares, et des données administratives habituelles, qui manquent de dimensions comportementales et centrées sur le patient. En ce sens, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire complète les sources de données existantes en fournissant des données probantes concrètes et spécifiques au contexte qui peuvent être directement utilisées dans le cadre de l'engagement politique (figure 7).

Figure 7 : Complémentarité de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire avec d'autres systèmes de collecte de données.

	ENQUÊTES NATIONALES	DONNÉES DE ROUTINE	Observatoire de la santé bucco-dentaire
 FRÉQUENCE	Périodique, cycles de 5-10 ans	Collecte continue	Périodique et évolutive en raison de l'incidence de cycles plus courts et transnationaux
 NORMALISATION	Généralement inexistante en raison de la variabilité entre les pays	Extrêmement limitée en raison de pratiques spécifiques à chaque pays	Le cadre de l'ensemble de normes de santé bucco-dentaire pour adultes permet une comparaison directe entre les pays
 RÉSULTATS RAPPORTÉS PAR LES PATIENTS	Largement absents ou limités	Largement absents ou limités	Composante centrale qui présente la voix des patients parallèlement aux données cliniques
 LIEN CLINIQUE-COMPORTEMENTAL	Généralement dissocié	Rare	Ensemble de données apparié et intégré qui permet une analyse à l'échelle individuelle

L'expérience acquise dans les pays montre que la présence de données ne garantit pas à elle seule l'impact politique. Une voie de traduction claire des données en impact se trouve là où l'Observatoire de la santé bucco-dentaire a été en mesure d'influencer la politique, ce qui inclut généralement :

1. le développement de documents orientés vers l'élaboration de politiques, tels que des notes d'information nationales et des analyses ciblées ;
2. la participation structurée entre les associations dentaires nationales et les ministères de la Santé, y compris des ateliers et des processus consultatifs ;
3. l'alignement des résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire sur les priorités nationales et les cadres mondiaux tels que le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire de l'OMS.

Lorsque ces éléments sont présents, comme au Liban et en Inde, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire contribue directement aux processus politiques. Lorsqu'ils sont absents, son rôle consiste principalement à documenter la situation et à fournir un apport analytique.

Dans d'autres contextes, il existe des signes précoces de cette transition, comme l'utilisation des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire dans les débats législatifs, le plaidoyer en faveur de politiques fiscales et de prévention ainsi que les propositions d'intégration dans les systèmes nationaux d'information sur la santé. Ces développements suggèrent que l'Observatoire de la santé bucco-dentaire génère des données probantes et commence à servir de pont entre les données et la prise de décision.

Dans l'ensemble, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comble une lacune critique dans le panorama des politiques de santé bucco-dentaire en répondant non seulement à l'absence de données, mais aussi à l'absence de preuves intégrées et compatibles avec l'élaboration de politiques. Le renforcement de la capacité du programme à traduire ces données en actions politiques représente une opportunité majeure lors de sa prochaine phase.



THÈME 3. REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire a atteint une portée géographique substantielle au cours de sa première décennie, avec une participation couvrant les six régions de l'OMS et englobant un mélange diversifié de contextes de pays à revenu élevé, intermédiaire supérieur et intermédiaire inférieur. Bien que la profondeur de la couverture varie, avec une représentation d'un seul pays en Asie du Sud-Est (Inde), en Méditerranée orientale (Liban) et en Amérique (Colombie),^{8,22,23} il sera important de combler ces lacunes si l'Observatoire de la santé bucco-dentaire doit fonctionner comme une plateforme de surveillance mondiale qui reflète la répartition complète de la charge mondiale de morbidité des maladies bucco-dentaires. En outre, les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire étant collectées via les cabinets dentaires, elles reflètent les populations qui recherchent un traitement plutôt que la population générale et sont susceptibles de sous-représenter les groupes ayant un plus mauvais accès aux soins.

Le recours aux cabinets membres des associations dentaires nationales peut également fausser les échantillons vers des groupes urbains, à revenu plus élevé et plus instruits, selon la structure du personnel dentaire national. Dans de nombreux pays, de petits échantillons infranationaux limitent les analyses régionales ou d'équité, tandis que l'absence de variables économiques dans le cadre actuel de l'ensemble de normes de santé bucco-dentaire pour adultes limite l'évaluation des obstacles financiers et des inégalités liées aux coûts.

Ces limites définissent la portée actuelle de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire plutôt que sa valeur. L'ensemble de données fournit un aperçu détaillé des personnes qui accèdent aux soins dentaires, une perspective souvent absente des systèmes de surveillance nationaux. Toutefois, il doit être complété par une inclusion plus large des populations en dehors des services dentaires de routine afin de s'aligner pleinement sur les objectifs d'équité mondiale.

Pour l'avenir, le renforcement de la représentation démographique nécessitera une extension du modèle de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire. Cela peut inclure l'exploration de la collecte de données dans les milieux de soins communautaires et primaires, la conception d'approches permettant d'atteindre les personnes qui n'accèdent pas aux soins ainsi que l'élargissement de la participation dans les régions sous-représentées. Ces priorités sont étroitement alignées sur la priorité du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire de l'OMS au sujet de l'équité et du principe de ne laisser personne pour compte² et représentent un domaine essentiel de développement dans la prochaine phase de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire. Le tableau 5 résume la représentation géographique et démographique dans l'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

Tableau 5 : Représentation géographique et démographique.

Dimension	Statut	Résumé
Couverture géographique mondiale	IMPORTANT	La couverture englobe toutes les régions de l'OMS, ce qui démontre une véritable portée mondiale. Toutefois, la participation reste inégale au sein des régions, avec des écarts en Asie du Sud-Est, en Amérique du Sud et dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne.
Équité de la représentation des pays	IMPORTANT	La forte participation des PRFI et des PRITS correspond à la répartition mondiale de la charge de morbidité des maladies bucco-dentaires. La représentation des pays à revenu élevé est plus limitée (Italie, Japon), ce qui appuie une base de données probantes axée sur l'équité.
Représentativité de la population	CONTRAIT	L'échantillonnage basé sur les cabinets permet uniquement de réunir les populations qui recherchent un traitement. Les personnes qui n'accèdent pas aux soins, les populations rurales et les groupes à revenu faible sont sous-représentés, ce qui limite la généralisabilité à une population plus large.
Profondeur infranationale et démographique	LIMITÉ	La taille des échantillons infranationaux est relativement petite, ce qui restreint l'analyse régionale. L'absence de variables économiques limite l'évaluation des obstacles financiers et de l'équité.
Trajectoire d'expansion	EN COURS	Les pays en phase de mise en œuvre (p. ex. Afrique du Sud, Égypte, Nigeria) indiquent une expansion géographique continue, notamment dans les régions sous-représentées.
Intégration future du système	ÉMERGENT	Le potentiel de surveillance nationale en temps réel a été reconnu ⁸ et l'intégration dans des systèmes tels que le DHIS2 en Tanzanie a été proposée. ²⁰



V. DONNÉES CLÉS PAR PAYS ET ÉTUDES DE CAS

Les profils de pays qui suivent portent la base de données probantes de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire sur le terrain. Ils montrent comment un même instrument normalisé produit des images nationales distinctes, et comment chaque association dentaire nationale a utilisé cette image pour plaider en faveur du changement dans son pays.

Cinq profils de pays précis ont été définis : Chine, Colombie, Inde, Liban et Tanzanie.²⁵⁻²⁹ Ensemble, ils couvrent cinq régions de l'OMS, une plage de niveaux de revenu et différents stades de maturité des données.

Chaque profil s'appuie sur l'ensemble de données patient-dentiste apparié pour résumer ce que les données révèlent sur la santé bucco-dentaire parmi la population recherchant un traitement du pays en question. Les résultats décrivent les patients qui se sont rendus dans les cabinets dentaires participants pendant la période de l'étude ; leurs caractéristiques, leurs comportements, leur statut clinique et les impacts sur leur santé bucco-dentaire. Il ne s'agit pas d'estimations nationales de prévalence, mais de la population qui accède aux soins, et non de la population qui n'y accède pas. Lus ensemble, ces résultats mettent également en évidence les points où les données probantes fondées sur la pratique complètent, s'éloignent ou comblent les lacunes laissées par les enquêtes nationales.

Les profils suivent la même structure en huit sections (tableau 6), conçue pour assurer la cohérence entre les pays et fournir des informations claires à partir d'un large éventail de catégories de données. Chacun se termine par une synthèse prospective des priorités pour la prochaine phase de travail.

Tableau 6 : Structure des profils de pays.

Section		Thèmes couverts
01	Contexte national et exemple de profil	Situation nationale de la santé bucco-dentaire, caractéristiques pertinentes du système de santé et principales caractéristiques de l'échantillon.
02	Indicateurs d'accès	Couverture d'assurance, délai de rendez-vous, dernière visite dentaire, motif de la visite et raison des soins, aperçu de la façon et de la raison pour laquelle les patients atteignent le système.
03	Charge de morbidité	Résultats cliniques du questionnaire dentiste au sujet des caries, dents obturées et manquantes, état parodontal et ratio d'écart de traitement.
04	Résultats de santé bucco-dentaire rapportés par le patient	Impacts sur la santé bucco-dentaire rapportés par le patient : douleur, inconfort, alimentation, parole, sommeil, participation sociale et travail au quotidien.
05	Comportements et facteurs de risque	Pratiques d'hygiène bucco-dentaire, utilisation de fluor, tabagisme, usage de l'alcool et consommation de sucre.
06	Principales conclusions	Synthèse des principales conclusions issues des données aux fins de plaider et de politique.
07	Collecte de données et expérience de l'association dentaire nationale	Point de vue de l'association dentaire nationale sur la valeur du programme, difficultés de mise en œuvre rencontrées lors de la collecte et recommandations pour les prochains cycles.
08	Perspectives des données	Synthèse prospective, y compris les priorités pour la prochaine phase de travail pour les associations dentaires nationales, les décideurs politiques et les partenaires.



01 CONTEXTE NATIONAL ET EXEMPLE DE PROFIL

Le profil de santé bucco-dentaire de la Chine montre des pratiques d'hygiène améliorées, mais une charge de maladies parodontales qui reste élevée. La quatrième enquête nationale sur la santé bucco-dentaire a rapporté une prévalence de caries de 62,7 % chez les adultes de 35 à 44 ans et des taux de maladies parodontales supérieurs à 80 % chez les adultes de plus de 35 ans. L'échantillon de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire (n = 2 233) est plus jeune (53,1 % de 18-34 ans) et plus instruit (56 % au niveau licence ou supérieur) que la population générale, des données probantes basées sur la pratique qui complètent les données de l'enquête nationale.

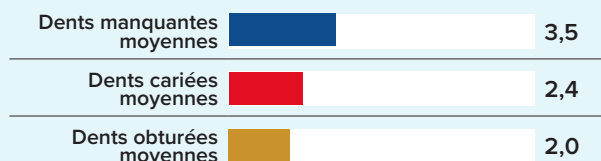
02 INDICATEURS D'ACCÈS



Lorsque les patients se présentent pour des soins, le système répond relativement vite. 49 % ont obtenu un rendez-vous dans les 24 heures. Cependant, 88,6 % des patients n'avaient pas d'assurance dentaire et un patient sur cinq se présentait pour un traitement d'urgence. La situation générale est cohérente avec un système où une protection financière limitée réduit les consultations de prévention, les patients ayant tendance à chercher des soins en réponse à des besoins aigus plutôt qu'à des suivis de routine.

03 CHARGE DE MORBIDITÉ

CARIES, TRAITEMENTS ET PERTE DE DENTS (ADULTES)

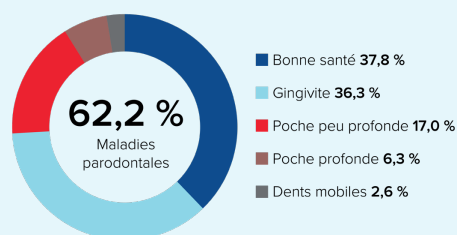


Ratio d'écart de traitement : 1,2:1

Pour chaque dent obturée, 1,2 dent cariée reste non traitée.

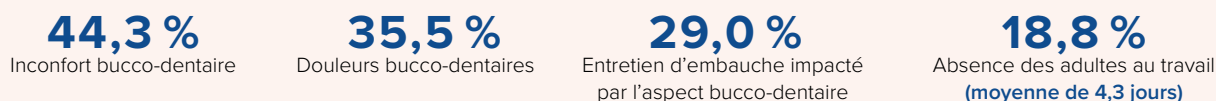
72,6 % des patients avaient au moins une dent cariée (1 537 sur 2 116), avec une moyenne de 2,4 dents cariées par patient. Dents obturées moyennes : 2,0. En particulier, **70,1 % avaient au moins une obturation**, ce qui indique qu'une grande majorité avait déjà eu accès à des soins restaurateurs.

STATUT PARODONTAL (ADULTES)



62,2 % des patients présentaient une forme ou une autre de maladie parodontale : gingivite (36,3 %), poches peu profondes de 4 à 5 mm (17,0 %), poches profondes > 6 mm (6,3 %) et dents mobiles (2,6 %). 37,8 % présentaient une bonne santé parodontale.

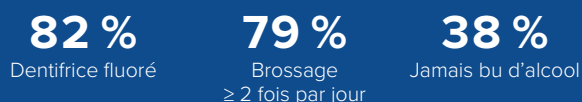
04 RÉSULTATS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE RAPPORTÉS PAR LE PATIENT



Le score moyen d'impact sur la qualité de vie était de 6,04 sur 45 (médiane : 4 ; intervalle : 0-43). L'inconfort bucco-dentaire était le domaine le plus fréquemment rapporté, suivi des douleurs bucco-dentaires. Les impacts fonctionnels comprenaient la difficulté à manger (26,2 %) et l'absence au travail (18,8 % des patients actifs, avec une moyenne de 4,3 jours non travaillés parmi les personnes touchées).

05 COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE PROTECTION



EXPOSITIONS AUX RISQUES





Les pratiques de soins à domicile sont bien établies, mais les expositions alimentaires demeurent élevées. Plus d'un tiers des patients consomment des aliments sucrés plus d'une fois par jour et un quart consomment des boissons sucrées une fois par jour. Plus d'un patient sur quatre est fumeur (27 %), un facteur structurel de risque de maladie bucco-dentaire.

06 PRINCIPALES CONCLUSIONS



1. LE COMPORTEMENT N'EST PAS LE FREIN

De solides pratiques de soins à domicile (79 % se brossent les dents deux fois par jour, 82 % utilisent du fluor) ne se reflètent pas dans les résultats parodontaux. Cela suggère que l'accès à des soins parodontaux professionnels, plutôt que le comportement individuel, peut être le principal facteur limitant.



2. LA PROTECTION FINANCIÈRE FAÇONNE LES CONSULTATIONS

88,6 % des patients n'ont pas d'assurance dentaire. Une couverture financière limitée semble retarder les consultations de prévention, ce qui correspond à la proportion relativement élevée des consultations d'urgence (20,0 %).



3. LES MALADIES ENTRAÎNENT DES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

18,8 % des patients actifs ont été absents au travail (4,3 jours en moyenne). 29,0 % ont indiqué que l'aspect bucco-dentaire impactait leur capacité à se présenter à des entretiens d'embauche.



4. LES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES RESTENT PRÉVALENTS

27 % des patients sont fumeurs et 35 % consomment des aliments sucrés plus d'une fois par jour. Ces deux données sont directement associées à la charge de morbidité observée et se prêtent à une intervention ciblée.

07 COLLECTE DE DONNÉES ET EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION STOMATOLOGIQUE CHINOISE

Valeur du programme

L'Association stomatologique chinoise considère l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comme un modèle précieux pour la collecte de données normalisées sur la santé bucco-dentaire à grande échelle. L'ensemble de données patient-clinicien apparié était informatif à la fois pour des raisons de qualité clinique et de plaidoyer national. Il existe un vif intérêt institutionnel pour le développement de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en tant que fondement d'un système national de surveillance de la santé bucco-dentaire qui s'aligne sur la Vision 2030 de la FDI.⁶ La valeur des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire devient également déterminante pour deux prochaines publications identifiées par l'Association stomatologique chinoise : « Statut des caries et facteurs associés chez les patients adultes des cabinets dentaires en Chine : résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire de la FDI » et « Prévalence et corrélations des maladies parodontales en Chine : résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ».³⁰

Expérience de mise en œuvre

L'application de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire était inaccessible sur Google Play en Chine et une préinstallation individuelle sur tablette était nécessaire dans 63 cliniques. L'échelle géographique et la répartition inégale des dentistes ont créé des difficultés d'échantillonnage. Sept employés de l'Association stomatologique chinoise ont coordonné le suivi hebdomadaire. La participation volontaire et non rémunérée a limité le rythme et l'exhaustivité de l'engagement pendant la période de collecte des données.

Priorités de plaidoyer de l'Association stomatologique chinoise et alignement sur l'Observatoire de la santé bucco-dentaire

Développer une option de distribution de l'application ou de saisie des données hors ligne compatible en Chine ; adapter la conception de l'échantillonnage pour tenir compte de l'hétérogénéité régionale ; explorer l'accréditation du développement professionnel continu ou la reconnaissance professionnelle des dentistes participants ; et établir une voie claire pour traduire les résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en documents orientés vers l'élaboration de politiques qui démontrent la valeur pour les cliniques et la profession dentaire au sens large.

08 PERSPECTIVES DES DONNÉES

Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Chine décrivent une population présentant de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire, mais une charge substantielle de maladies parodontales nécessite une prise en charge professionnelle au-delà des soins à domicile. Les conclusions concordent avec un modèle de soins orienté vers un traitement épisodique et réactif plutôt que vers la prévention des maladies chroniques. Les priorités pour la prochaine phase comprennent **l'élargissement de la couverture d'assurance pour les services préventifs, l'intégration du dépistage parodontal dans les soins de routine** et l'utilisation de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en tant que base de données probantes complémentaire pour soutenir la surveillance nationale de la santé bucco-dentaire entre les cycles de l'enquête nationale sur la santé bucco-dentaire.

Source : ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Chine tel qu'analysé par Triangulate Health,²⁵ validé par consultation de l'association dentaire nationale.²¹ Sources publiées : Taylor et al.,⁹ Broomhead et al.¹¹



01 CONTEXTE NATIONAL ET EXEMPLE DE PROFIL

La Colombie possède un secteur dentaire privé bien développé, parallèlement à des inégalités persistantes en matière de santé bucco-dentaire selon le revenu, la géographie et le type de service. L'ENSAB IV documente la prévalence élevée des caries, les maladies parodontales et les disparités socioéconomiques claires. La collecte récente de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire dans 26 établissements publics permettra de comparer directement les populations dentaires publiques et privées utilisant le même instrument. L'ensemble de données du secteur privé de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Colombie comprend 1 112 dossiers de patients adultes appariés, coordonnés par la Fédération odontologique colombienne.

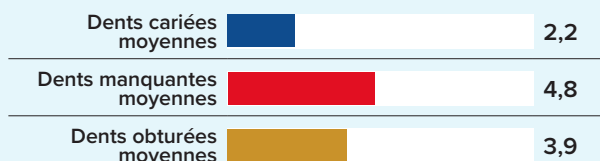
02 INDICATEURS D'ACCÈS



Dans cet échantillon du secteur privé, les indicateurs d'accès sont comparativement favorables, mais ces résultats ne reflètent que les personnes ayant pu se rendre dans des cabinets privés participants et ne soutiennent pas les conclusions sur l'accès à l'échelle de la population. Seulement 2,0 % des patients n'avaient jamais consulté de dentiste, 58,5 % se présentaient pour des visites de contrôle et seulement 11,0 % pour des consultations d'urgence. Cela reflète les caractéristiques d'un échantillon du secteur privé qui recherche un traitement dans un pays doté d'une infrastructure dentaire urbaine développée.

03 CHARGE DE MORBIDITÉ

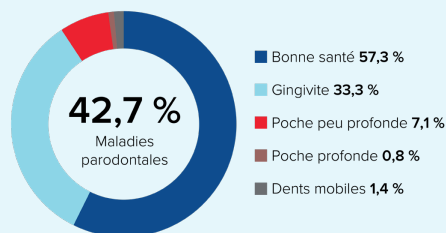
CARIES, TRAITEMENTS ET PERTE DE DENTS (ADULTES)



Ratio d'écart de traitement : 0,6:1
Cela représente plus d'obturations que de caries actives.

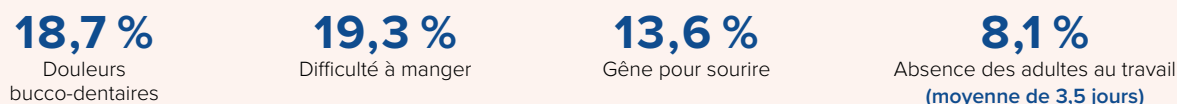
74,7 % des patients avaient au moins une dent cariée, avec une moyenne de 3,9 dents obturées par patient contre 2,2 dents cariées. Cela reflète la prestation de soins restaurateurs à la population qui recherche un traitement. Cependant, la moyenne de 4,8 dents manquantes reflète la perte cumulée de dents.*

STATUT PARODONTAL (ADULTES)



42,7 % des adultes présentaient une forme ou une autre de maladie parodontale : gingivite (33,3 %), poches peu profondes de 4 à 5 mm (7,1 %), poches profondes > 6 mm (0,8 %) et dents mobiles (1,4 %). 57,3 % présentaient une bonne santé parodontale.

04 RÉSULTATS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE RAPPORTÉS PAR LE PATIENT



Les impacts sur la qualité de vie en Colombie peuvent refléter en partie l'accès de l'échantillon au secteur privé et une charge de morbidité comparativement plus faible ; les données par tranches d'âge ne sont pas présentées ici et un test direct de l'hypothèse de la répartition par âge n'est pas possible à partir des indicateurs illustrés. L'inconfort bucco-dentaire était le domaine le plus fréquemment rapporté (23,1 %), suivi d'une difficulté à manger (19,3 %) et des douleurs bucco-dentaires (18,7 %). Environ 8 % des adultes actifs ont rapporté des absences au travail en raison de problèmes de santé bucco-dentaire.

05 COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE PROTECTION



EXPOSITIONS AUX RISQUES



*Les données transversales ne peuvent pas indiquer si cela représente une tendance continue ou un effet de cohorte, ni si une réadaptation prothétique a été fournie.

Le profil de protection de la Colombie est fort pour la fréquence de brossage : 81,7 % se brossent les dents au moins deux fois par jour. Toutefois, cela s'accompagne d'une charge persistante de caries, ce qui soulève l'hypothèse selon laquelle la fréquence de brossage seule peut être insuffisante pour prévenir les caries sans une couverture adéquate de dentifrice fluoré, une question à laquelle cet ensemble de données ne permet pas de répondre directement, car les données sur le dentifrice fluoré n'ont pas été recueillies dans l'instrument colombien. Tout tabagisme a été enregistré chez 16,6 % des adultes. Plus de la moitié de l'échantillon a évalué sa santé bucco-dentaire comme passable/mauvaise.

06 PRINCIPALES CONCLUSIONS



1. LES SOINS RESTAURATEURS ATTEIGNENT CETTE POPULATION

Un écart de traitement de 0,6:1 et un taux de santé parodontale de 57,3 % suggèrent que les soins restaurateurs atteignent les patients du secteur privé recueillis dans cet ensemble de données. La conception transversale ne peut pas déterminer si les soins ont été opportuns, équitables ou cliniquement efficaces.



2. LE BROSSAGE EST SOLIDE, MAIS LES DONNÉES SUR LE FLUOR SONT MANQUANTES

81,7 % se brossent les dents deux fois par jour. Toutefois, l'absence d'une variable de dentifrice fluoré dans l'instrument colombien est une lacune structurelle dans les données qui limite l'interprétation du comportement préventif et la comparabilité entre les pays.



3. LE FOSSÉ PRIVÉ-PUBLIC

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire saisit un échantillon du secteur privé avec des résultats comparativement favorables. L'ENSAB IV indique que 69 % des patients ont des difficultés à mâcher à l'échelle nationale. La nouvelle collecte de données sur les institutions publiques de la Fédération odontologique colombienne constituera la première comparaison directe des secteurs privé et public dans le cadre du programme de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.



4. LES OBSTACLES À L'ACCÈS PERSISTENT

24,4 % des patients ont fait des déplacements de plus d'une heure pour accéder aux soins. Parmi ceux qui n'ont pas du tout accès aux soins – des populations disproportionnellement rurales, à faible revenu et plus jeunes selon l'ENSAB IV –, les obstacles sont probablement plus marqués, bien que l'ensemble de données actuel de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ne saisisse pas les non-usagers de services dentaires et que cette conclusion s'appuie sur les données de l'enquête nationale plutôt que sur les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire. Le sucre, le tabac et l'équité d'accès représentent les priorités politiques de la Fédération odontologique colombienne.

07 COLLECTE DE DONNÉES ET EXPÉRIENCE DE LA FÉDÉRATION ODONTOLOGIQUE COLOMBIENNE

Valeur du programme

La Fédération odontologique colombienne considère l'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comme un complément précieux à l'ENSAB IV pour comprendre la population accédant à des soins dentaires privés. La structure patient-dentiste liée et le processus bilingue de collecte de données sont identifiés comme des forces méthodologiques notables. Les résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont été utilisés pour soutenir le plaidoyer sur la taxation du sucre, la lutte antitabac et l'accès aux soins, et le programme a présenté des données au Congrès dentaire mondial de la FDI en 2024 à Istanbul. La Colombie a proposé un observatoire national permanent de la santé bucco-dentaire combinant les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire avec les registres administratifs et les statistiques nationales.²³

Expérience de mise en œuvre

La collecte de données a été effectuée en 2019-2020 dans des cabinets dentaires privés au moyen d'instruments en espagnol et anglais. La conception bilingue nécessitait l'harmonisation des codes de réponse pendant l'analyse (valeurs espagnoles mises en correspondance avec des équivalences en anglais pour le statut parodontal, le motif de la visite et les domaines cliniques).

Priorités de plaidoyer de la Fédération odontologique colombienne et alignement sur l'Observatoire de la santé bucco-dentaire

Les priorités nationales en matière de santé bucco-dentaire sont directement étayées par les données probantes de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire : taxation du sucre et des aliments ultra-transformés (l'Observatoire de la santé bucco-dentaire documente la charge des caries dans une population instruite qui se brosse bien les dents, ce qui renforce la nécessité d'une politique alimentaire structurelle) ; lutte antitabac (16,6 % de patients fumeurs) ; équité d'accès et prévention primaire (24,4 % de déplacements > 1 h ; taux de contrôle élevé parmi les usagers actuels, mais l'ENSAB IV révèle une prise en charge insuffisante de la population générale) ; et stratégie nationale « Génération plus souriante » en faveur de la prévention dès le plus jeune âge et de l'application de vernis fluoré.³¹

08 PERSPECTIVES DES DONNÉES

Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Colombie décrivent une population bénéficiant de soins dentaires privés avec des pratiques d'hygiène bucco-dentaire et un accès aux soins restaurateurs comparativement solides, mais la charge persistante des caries, l'accumulation de dents manquantes et d'importants obstacles à l'accès révèlent un système qui fournit un accès restaurateur à ceux qui ont recours aux soins privés – bien que les résultats des traitements, la qualité des soins et l'efficacité à long terme n'aient pas été évalués – alors que la prévention à l'échelle de la population reste sous-développée. **Le principal développement est l'extension de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Colombie auprès de 26 institutions publiques**, ce qui permettra la première comparaison directe entre les secteurs privé et public dans le cadre du programme. Cela positionne la Colombie pour démontrer l'une des utilisations potentielles les plus précieuses de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, à savoir quantifier les écarts en matière d'équité et éclairer les arguments en faveur de **la prévention primaire, l'accès au fluor, la politique relative au sucre et la couverture sanitaire universelle**.

Source : ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Colombie tel qu'analysé par Triangulate Health,²⁶ validé par consultation de l'association dentaire nationale.³¹ Sources publiées : Taylor et al.,⁹ Broomhead et al.¹¹ Documents internes fournis par la FDI : Pinto Morales et al.,¹⁸ Pinto Morales et al.¹⁹



01 CONTEXTE NATIONAL ET EXEMPLE DE PROFIL

L'Inde compte le nombre total de cas de maladies bucco-dentaires le plus élevé au monde, avec environ 632 millions de cas rapportés dans l'analyse de la charge mondiale de morbidité.³ L'accès aux soins dentaires est profondément inégal : 95 % des dentistes travaillent dans le secteur privé, et le ratio dentiste/population rurale est estimé en dessous de 1:250 000 dans de nombreux États.³² L'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Inde (n = 2 030 adultes) constitue l'un des plus grands échantillons de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire pour un seul pays. Les données ont été collectées au moyen d'instruments en anglais et en hindi en s'appuyant sur les cabinets membres de l'Association dentaire indienne.

02 INDICATEURS D'ACCÈS

11,1 %

Jamais consulté de dentiste

13,9 %

Consultation d'urgence

8,4 %

Déplacement > 1 h

50,2 %

Dernière consultation < 1 an

47,2 %

Visite de contrôle

Les tendances de consultation suggèrent un parcours de soins partiellement fonctionnel : 50,2 % des patients ont consulté au cours de l'année dernière, 58,5 % sont des patients réguliers et 47,2 % se sont présentés pour des consultations de contrôle plutôt que pour un traitement d'urgence. Toutefois, 11,1 % n'avaient jamais consulté de dentiste, et le taux de consultations d'urgence relativement faible (13,9 %) reflète probablement la composition de l'échantillon en quête de traitement plutôt que l'accès universel. Les consultations de contrôle ont nettement diminué après l'âge de 35 ans, tandis que les consultations d'urgence sont restées stables dans tous les groupes d'âge actif, une tendance qui concorde avec les soins préventifs différés.

03 CHARGE DE MORBIDITÉ

CARIES, TRAITEMENTS ET PERTE DE DENTS

Dents cariées moyennes 3,0

Dents manquantes moyennes 3,8

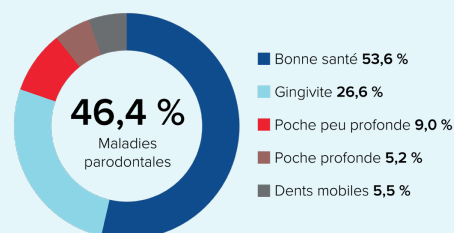
Dents obturées moyennes 2,8

Ratio d'écart de traitement : 1,1:1

Cela représente une quasi-parité, mais pas encore un écart comblé.

Le ratio presque égal de dents cariées par rapport aux dents obturées (3,0 contre 2,8) suggère que les services de restauration atteignent partiellement la population qui recherche un traitement. Cependant, l'écart n'est pas comblé : **un adulte sur neuf n'avait jamais consulté de dentiste.**

STATUT PARODONTAL



46,4 % des adultes présentaient une forme ou une autre de maladie parodontale : gingivite (26,6 %), poches peu profondes de 4 à 5 mm (9,0 %), poches profondes > 6 mm (5,2 %) et dents mobiles (5,5 %). 53,6 % présentaient une bonne santé parodontale. La prévalence de 5,5 % de dents mobiles est une constatation spécifique à l'Inde qui n'a pas été enregistrée dans d'autres pays de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

04 RÉSULTATS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE RAPPORTÉS PAR LE PATIENT

30,9 %

Douleurs bucco-dentaires

31,7 %

Difficulté à manger

17,2 %

Gêne pour sourire

14,3 %

Absence des adultes au travail (moyenne de 10 jours)

La difficulté à manger (31,7 %) et les douleurs bucco-dentaires (30,9 %) étaient les impacts fonctionnels les plus fréquemment rapportés. Environ 14 % des adultes actifs ont rapporté des absences au travail en raison de problèmes de santé bucco-dentaire.

05 COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE PROTECTION

85 %

Dentifrice fluoré

53,5 %

Brossage ≥ 2 fois par jour

62,5 %

Jamais bu d'alcool



EXPOSITIONS AUX RISQUES

30 %

Toute consommation de tabac

16,6 %

Fumeurs

2,7 %

Précancer/cancer de la bouche évalué par le médecin



Les pratiques d'hygiène bucco-dentaire sont raisonnablement bien établies, avec 85 % d'utilisation de dentifrice fluoré et 53,5 % de brossage deux fois par jour. Ces chiffres s'accompagnent d'une charge de morbidité élevée, ce qui renforce l'opinion selon laquelle le comportement individuel, bien que pertinent, n'est pas le principal déterminant des résultats de santé bucco-dentaire au sein de cette population. Le tabagisme est le facteur de risque modifiable le plus important. Tout type de tabagisme a été enregistré chez 30 % des adultes ; cela englobe la cigarette (16,6 %), mais aussi le tabac à chiquer et la noix d'arec (bétel). L'Inde est porteuse d'environ un tiers de la charge mondiale du cancer de la bouche, et la prévalence de 2,7 % du cancer de la bouche ou des lésions précancéreuses dans cet échantillon est directement associée au tabagisme sans fumée. L'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire est l'une des rares sources de données basées sur la pratique sur cette exposition dans le contexte indien.

06 PRINCIPALES CONCLUSIONS



1. LA SENSIBILISATION DÉPASSE L'ACCÈS

86,5 % des adultes reconnaissent que la santé bucco-dentaire impacte leur bien-être général. Pourtant, 11,1 % n'ont jamais consulté de dentiste, les consultations de contrôle diminuent après l'âge de 35 ans et la charge de morbidité reste élevée. L'écart est structurel, non comportemental.



2. LE TABAC EST UN RISQUE PARTICULIER ET URGENT

30 % de la consommation de tabac, y compris le tabac à chiquer et la noix d'arec, est à l'origine de la charge disproportionnée du cancer de la bouche en Inde (2,7 % de précancer/cancer dans cet échantillon). Les formes de tabac sans fumée sont considérablement sous-représentées dans la plupart des ensembles de données mondiaux.



3. L'ÉCART DE TRAITEMENT SE RÉTRÉCIT, MAIS N'EST PAS COMBLÉ

Le rapport entre les caries et les obturations de 1,1:1 suggère que le système atteint partiellement la population qui recherche un traitement. Les dents mobiles chez 5,5 % des adultes indiquent qu'un sous-ensemble présente une maladie évitable avancée.



4. PERTE DE PRODUCTIVITÉ

14,3 % des adultes actifs ont été absents au travail en raison de problèmes de santé bucco-dentaire, avec en moyenne 10 jours manqués par travailleur. Les maladies bucco-dentaires imposent un coût économique direct à la main-d'œuvre, un chiffre qui est lié à la charge des MNT en Inde et un argument économique pour l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les cadres des employeurs et des soins primaires.

07 COLLECTE DE DONNÉES ET EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION DENTAIRE INDIENNE

Valeur du programme

L'Association dentaire indienne considère l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comme une contribution significative à la base de données probantes sur la santé bucco-dentaire en Inde. L'ensemble de données a été présenté lors de forums politiques de haut niveau, notamment lors d'un atelier en février 2023, auquel ont participé le ministère de la Santé et du Bien-être familial, l'OMS Inde, le Conseil dentaire d'Inde ainsi que des partenaires universitaires, ce qui permet de placer les conclusions de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire directement devant les décideurs. Le programme a généré deux documents révisés par des pairs^{15,17} et fourni des données qui étayent le plaidoyer national sur le tabac, le sucre et l'accès aux soins.

Expérience de mise en œuvre

Le projet de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Inde a été mis en œuvre dans tous les cabinets membres de l'Association dentaire indienne au moyen d'une approche d'échantillonnage systématique modifiée. Chaque jour ouvrable, un patient était interrogé par ordre d'arrivée. La collecte des données a impliqué trois variantes de langue/instrument (patient anglais, anglais par défaut, hindi). L'ampleur de la géographie de l'Inde et la prédominance des cabinets privés ont créé des défis inhérents à l'atteinte d'une couverture géographique représentative, car l'ensemble de données est biaisé en faveur des milieux urbains, anglophones et du secteur privé.

Priorités de plaidoyer de l'Association dentaire indienne et alignement sur l'Observatoire de la santé bucco-dentaire

L'Association dentaire indienne fait avancer les principaux programmes de santé bucco-dentaire soutenus par des données probantes de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire : lutte contre le tabac et le sucre ; amélioration de la recherche de soins ; santé bucco-dentaire en gériatrie et fragilité ; santé bucco-dentaire en milieu scolaire ; et intégration des soins dentaires aux soins de santé primaires. Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont également éclairé la Déclaration de Mumbai sur les boissons sucrées et l'alimentation saine et soutenu les campagnes de réduction du sucre à la suite de l'atelier de 2023.²³

08 PERSPECTIVES DES DONNÉES

Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Inde décrivent une population où la sensibilisation à la santé bucco-dentaire est élevée, mais **l'accès reste une contrainte**. La charge de morbidité, en particulier les caries, les lésions liées au tabagisme et les dents mobiles indiquant une maladie parodontale avancée, reflète des lacunes structurelles plutôt qu'une défaillance comportementale. Les conclusions concordent avec un système de soins qui atteint partiellement les patients du secteur privé et urbain, mais qui laisse des parts importantes de la population, notamment les communautés rurales, les enfants, les groupes à faible revenu et les groupes défavorisés. Les priorités étayées par les données probantes comprennent **l'intégration de la santé bucco-dentaire aux soins primaires, les interventions ciblées sur le tabagisme sans fumée, les programmes de santé bucco-dentaire en milieu scolaire et l'utilisation de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en tant que plateforme continue de surveillance des écarts d'accès et d'équité dans le parcours de soins.**

Source : ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Inde tel qu'analysé par Triangulate Health,²⁷ validé par consultation de l'association dentaire nationale.³⁴ Sources publiées : Narang et al.,¹⁷ Taylor et al.,⁹ Broomhead et al.,¹¹ Singh et Purohit.^{32,33}



01 CONTEXTE NATIONAL ET EXEMPLE DE PROFIL

Le Liban a toujours eu un secteur dentaire privé solide ainsi qu'un accès relativement élevé aux soins de restauration, mais la crise économique de 2019 a gravement compromis l'accessibilité et la protection financière des soins dentaires.¹⁶ La collecte de données a été lancée en juin 2019 dans le cadre de l'association dentaire nationale libanaise, dans cinq provinces, avec la participation de 26 dentistes. L'ensemble de données (n = 798 adultes) saisit donc l'état de santé bucco-dentaire de la population recherchant un traitement au début de la crise économique.

02 INDICATEURS D'ACCÈS

1.3%

Jamais consulté de dentiste

65.5%

Dernière consultation < 1 an

63.9%

Patients réguliers

74.0%

Sans remboursement

10.2%

Déplacement > 1 h

Les indicateurs d'accès au Liban présentent une situation contrastée. D'une part, 63,9 % des patients étaient des patients réguliers et 65,5 % avaient consulté au cours de l'année dernière, ce qui reflète le fonctionnement historique du secteur dentaire privé au Liban. 53,2 % des patients ont obtenu un rendez-vous dans les 24 heures. En revanche, 74,0 % des patients ayant répondu à la question sur le remboursement ont déclaré ne recevoir aucun remboursement. Combiné au contexte plus large de la crise économique, ces données révèlent un système en difficulté financière : l'infrastructure restauratrice existe, mais son accès dépend de plus en plus du paiement direct effectué par le patient.

03 CHARGE DE MORBIDITÉ

CARIES, TRAITEMENTS ET PERTE DE DENTS (ADULTES)

Dents cariées moyennes

3,7

Dents manquantes moyennes

5,5

Dents obturées moyennes

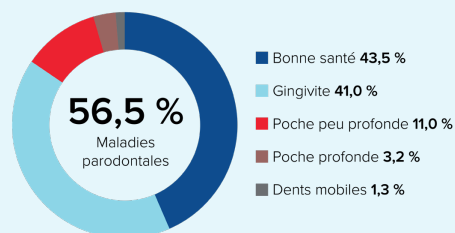
6,6

Écart de traitement inversé 0,56:1

Cela représente près de deux obturations pour chaque dent cariée.

Le Liban possède un ratio d'écart de traitement favorable, avec une moyenne de **6,6 dents obturées par patient contre 3,7 dents cariées**. **72,6 % des patients avaient au moins une dent cariée**, mais 85,3 % avaient au moins une obturation, ce qui indique un large accès préalable aux soins restaurateurs.

STATUT PARODONTAL (ADULTES)



Les maladies parodontales constituent le besoin non satisfait déterminant dans le système de santé bucco-dentaire du Liban. Malgré un secteur restaurateur fonctionnel, plus de la moitié des patients présentent une maladie parodontale active. Cette tendance concorde avec un modèle de soins orienté vers un traitement épisodique et restaurateur plutôt que vers la prise en charge continue des maladies chroniques.

04 RÉSULTATS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE RAPPORTÉS PAR LE PATIENT

46,6 %

Douleurs bucco-dentaires

35,2 %

Difficulté à manger

41,0 %

Saignement des gencives

6,2 %

Absence des adultes au travail (moyenne de 5,7 jours)

46,6 % des patients ont signalé des douleurs bucco-dentaires au cours des 12 derniers mois, et 35,2 % avaient des difficultés à manger. 33,4 % des patients ont ressenti une perte de bien-être en raison de problèmes de santé bucco-dentaire, et 11,3 % ont déclaré que leur aspect bucco-dentaire limitait leur capacité à passer des entretiens d'embauche. 6,2 % des adultes actifs ont rapporté des absences au travail en raison de problèmes de santé bucco-dentaire.

05 COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE PROTECTION

84,3 %

Dentifrice fluoré

89,7 %

Brossage ≥ 1 fois par jour

63,1 %

Brossage ≥ 2 fois par jour



EXPOSITIONS AUX RISQUES

45,2 %

Toute consommation de tabac

15,4 %

Consommateurs de narguilé

29,2 %

Fumeurs



Les pratiques d'hygiène bucco-dentaire sont bien établies : 84,3 % des patients utilisent du dentifrice fluoré et 63,1 % se brossent les dents au moins deux fois par jour. Ces habitudes n'ont cependant pas empêché la généralisation des maladies parodontales, ce qui souligne la nécessité d'une prise en charge parodontale professionnelle en complément des soins à domicile.

Le tabagisme est le facteur de risque modifiable le plus important. 45,2 % des patients consomment du tabac, ce qui inclut la cigarette (29,2 %) et le narguilé (15,4 %). La culture du narguilé au Liban est un trait distinctif du profil de risque qui n'est pas observé dans la plupart des autres pays de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ; le narguilé comporte des risques directs pour le parodonte et la muqueuse buccale et contribue probablement à la prévalence élevée de la gingivite.

06 PRINCIPALES CONCLUSIONS



1. LES SOINS RESTAURATEURS FONCTIONNENT

Le ratio d'écart de traitement inversé de 0,56:1 reflète un fort accès historique aux obturations. Cependant, 56,5 % des patients présentent une maladie parodontale active. La priorité clinique est une réorientation vers la prise en charge parodontale et la prévention des maladies chroniques plutôt que des soins restaurateurs épisodiques.



2. LE TABAC EST UN FACTEUR DE RISQUE MAJEUR ET DISTINCTIF

45,2 % des patients consomment du tabac, dont 15,4 % du narguilé. Le narguilé comporte des risques spécifiques pour le parodonte et la muqueuse buccale, tous deux étant directement associés à la charge parodontale observée.



3. LA PROTECTION FINANCIÈRE S'ÉRODE À UN MOMENT CRITIQUE

74,0 % des patients ayant répondu déclarent ne bénéficier d'aucun remboursement, et la crise économique a davantage réduit l'accès aux soins dentaires privés. Si la capacité de restauration n'est pas assortie d'une protection financière, le ratio d'écart de traitement favorable pourrait se détériorer lors des prochains cycles de collecte de données.



4. LES DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE TRADUITES DIRECTEMENT EN POLITIQUE NATIONALE

Le Liban représente le cas de traduction politique le plus solide du programme de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au moment de la rédaction du présent rapport. Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont été utilisées pour éclairer directement la Stratégie libanaise pour la santé bucco-dentaire, conclue en juin 2025 et approuvée par le Conseil de la FDI. Il s'agit d'un cas d'utilisation exemplaire des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

07 COLLECTE DE DONNÉES ET EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION DENTAIRE LIBANAISE

Valeur du programme

L'Association dentaire libanaise considère l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comme l'ensemble de données disponible sur la santé bucco-dentaire le plus complet au Liban à ce jour. Les résultats de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont été compilés dans un résumé national et utilisés pour animer un atelier de l'Association dentaire libanaise qui a directement éclairé la Stratégie libanaise pour la santé bucco-dentaire (2025), qui s'articule autour de cinq objectifs alignés sur le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire. L'association dentaire libanaise a également proposé la création d'un bureau de santé bucco-dentaire officiel au sein du ministère de la Santé publique afin de renforcer la coordination.

Expérience de mise en œuvre

La collecte de données a été menée dans cinq provinces entre juin 2019 et début 2020, avec une pause en début d'année 2020 en raison de la pandémie de COVID-19 et de l'apparition simultanée de la crise économique au Liban. L'ensemble de données reflète donc un moment historique spécifique, ce qui à la fois renforce et limite son interprétabilité. La publication de Daou et al.¹⁶ représente la première analyse révisée par des pairs des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au Liban et a utilisé la modélisation d'équations structurelles pour cartographier les voies entre les facteurs démographiques, les comportements et les résultats de santé bucco-dentaire et générale.

Priorités de plaidoyer de l'Association dentaire libanaise et alignement sur l'Observatoire de la santé bucco-dentaire

La Stratégie de santé bucco-dentaire 2025 du Liban est la traduction politique la plus claire des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, qui adopte explicitement son modèle de données numériques pour un système national. Les données probantes de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire soutiennent également les priorités de l'Association dentaire libanaise sur les maladies parodontales et le tabac, la réduction du sucre et la protection financière, et sous-tendent la proposition d'un bureau dentaire permanent au sein du ministère de la Santé publique.

08 PERSPECTIVES DES DONNÉES

Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au Liban montrent un système dentaire qui a toujours bien fonctionné, mais qui fait face à des menaces croissantes. Le modèle de soins restaurateurs est efficace là où il est accessible, mais **les maladies parodontales touchent plus de la moitié de la population recherchant un traitement**, notamment en raison de l'exposition au tabac et de l'insuffisance des soins préventifs. La crise économique ajoute une urgence, car les dépenses directes des patients augmentent et la couverture d'assurance reste limitée. La stratégie nationale fournit maintenant un cadre d'action, les priorités immédiates étant **l'intégration parodontale aux soins de routine, la politique sur le tabac et le sucre** ainsi que l'utilisation de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en tant que base de données pour le système national d'information sur la santé bucco-dentaire émergent au Liban.

Source : ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au Liban tel qu'analysé par Triangulate Health,²⁸ validé par consultation de l'association dentaire nationale.²⁸ Sources publiées : Taylor et al.,⁹ Broomhead et al.,¹¹ Daou et al.¹⁶



01 CONTEXTE NATIONAL ET EXEMPLE DE PROFIL

La Tanzanie est confrontée à une charge de maladies bucco-dentaires importante et principalement urbaine au sein d'une population en quête de traitement, caractérisée par des obstacles structurels majeurs, à savoir une couverture d'assurance limitée, une distance géographique pour accéder aux soins et des contraintes en matière de main-d'œuvre. Les caries dentaires et les maladies parodontales sont les principales affections, ce qui fait de l'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire l'une des sources de données disponibles en matière de soins les plus granulaires du pays. L'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Tanzanie (n = 875 adultes ; n = 150 enfants ; 2021-2022 ; 21 cliniques) est le premier exercice de collecte systématique de données sur la santé bucco-dentaire basées sur la pratique réalisé par l'Association dentaire tanzanienne.

02 INDICATEURS D'ACCÈS

16,3 %

Jamais consulté de dentiste

45,7 %

Consultation d'urgence

23,0 %

Déplacement > 1 h

32,6 %

Dernière consultation < 1 an

6,5 %

Visite de contrôle uniquement

La situation de l'accès reflète un système de soins principalement réactif. Près de la moitié de l'ensemble des consultations (45,7 %) concernait un traitement d'urgence, et les visites de contrôle ne représentaient que 6,5 %. Seulement 30,1 % étaient des patients réguliers, 59,4 % n'avaient pas d'assurance dentaire et 23,0 % avaient plus d'une heure de trajet pour accéder aux soins. Enfin, 16,3 % n'avaient jamais consulté de dentiste auparavant.

03 CHARGE DE MORBIDITÉ

CARIES, TRAITEMENTS ET PERTE DE DENTS (ADULTES)

Dents cariées moyennes



3,6

Dents manquantes moyennes



4,4

Dents obturées moyennes



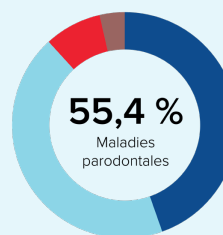
1,7

Ratio d'écart de traitement : 2,2:1

Pour chaque dent obturée, plus de deux dents cariées restent non soignées.

Le ratio d'écart de traitement de 2,2:1, avec une moyenne de seulement 1,7 dent obturée par patient, indique que le système de soins restaurateurs atteint une petite fraction des besoins de traitement. La moyenne élevée de dents manquantes (4,4) reflète en outre le cumul des maladies non traitées au fil du temps.

STATUT PARODONTAL (ADULTES)



■ Bonne santé 44,6 %

■ Gingivite 43,6 %

■ Poche peu profonde 8,2 %

■ Poche profonde 3,6 %

55,4 % des adultes présentaient une forme ou une autre de maladie parodontale : gingivite (43,6 %), poches peu profondes de 4 à 5 mm (8,2 %) et poches profondes > 6 mm (3,6 %). 44,6 % présentaient une bonne santé parodontale. La gingivite domine le profil parodontal (43,6 %), ce qui suggère qu'une proportion significative de la charge de la maladie peut être à un stade réversible ou gérable si les soins professionnels sont accessibles.

04 RÉSULTATS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE RAPPORTÉS PAR LE PATIENT

70,5 %

Douleurs bucco-dentaires

73,3 %

Difficulté à manger

64,6 %

Troubles du sommeil

28,7 %

Absence des adultes au travail (moyenne de 18 jours)

Dans l'ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Tanzanie, 70,5 % des patients ont signalé des douleurs bucco-dentaires et 73,3 % des difficultés à manger au cours des 12 derniers mois. Des troubles du sommeil ont été rapportés par 64,6 % des patients. De nombreux adultes actifs (environ 29 %) ont été absents au travail en raison de problèmes de santé bucco-dentaire.

05 COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE PROTECTION

95,1 %

Dentifrice fluoré

46,0 %

Brossage ≥ 2 fois par jour

75,8 %

Jamais bu d'alcool



EXPOSITIONS AUX RISQUES

6,4 %

Fumeurs

2,7 %

Autre consommation de tabac

70 %

Consommation quotidienne de sucre



Le profil comportemental de la Tanzanie présente ce qui peut être décrit comme un paradoxe de comportement protecteur : 95,1 % des adultes utilisent du dentifrice fluoré et le tabagisme est faible (6,4 % de fumeurs), mais les douleurs bucco-dentaires touchent 70,5 % des patients et le ratio d'écart de traitement est de 2,2:1. Cette tendance concorde avec les obstacles structurels à l'accès, tels que la pénurie de la main-d'œuvre, la distance géographique et l'absence de protection financière, plutôt qu'avec la défaillance comportementale individuelle, comme principal facteur de charge de morbidité. Les données sur la fréquence alimentaire suggèrent une forte exposition aux aliments et boissons sucrés (environ 70 % des adultes ont déclaré consommer quotidiennement des boissons sucrées et plus de 50 % ont déclaré consommer quotidiennement des aliments sucrés), bien que l'instrument ne permette pas de saisir les articles ou quantités spécifiques, ce qui limite la précision des estimations de la consommation de sucre.

06 PRINCIPALES CONCLUSIONS



1. LES OBSTACLES STRUCTURELS ALOURDISSENT LA CHARGE, PAS LE COMPORTEMENT

95,1 % des patients utilisent du dentifrice fluoré et le tabagisme est faible, mais 70,5 % souffrent de douleurs bucco-dentaires. Les contraintes sont la pénurie de la main-d'œuvre, la distance géographique et l'absence de protection financière plutôt que les pratiques d'hygiène personnelle.



2. LE SYSTÈME DE SOINS EST PRESQUE ENTIÈREMENT RÉACTIF

45,7 % sont des consultations d'urgence, 6,5 % des visites de contrôle, 30,1 % des patients réguliers. Cela reflète un système qui répond à des besoins aigus au lieu de prendre en charge les maladies de manière préventive.



3. LA CHARGE SUR LA QUALITÉ DE VIE EST ÉLEVÉE

70,5 % de douleurs bucco-dentaires, 73,3 % de difficultés à manger, 64,6 % de troubles du sommeil. Ces résultats représentent une charge fonctionnelle quotidienne mesurable qui mine la productivité et le bien-être.



4. LES ENFANTS SONT CONFRONTÉS À DES OBSTACLES ENCORE PLUS GRANDS EN MATIÈRE D'ACCÈS

48,5 % des enfants n'avaient jamais consulté de dentiste, contre 16,3 % chez les adultes. La présence précoce d'un besoin non satisfait de cette ampleur correspond au profil des maladies chez les adultes et révèle la nécessité d'une prise en charge de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

07 COLLECTE DE DONNÉES ET EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION DENTAIRE TANZANIEENNE

Valeur du programme

L'Association dentaire tanzanienne considère l'Observatoire de la santé bucco-dentaire comme une initiative de grande valeur qui a permis de générer les données de santé bucco-dentaire les plus détaillées actuellement disponibles en Tanzanie. L'Association dentaire tanzanienne a proposé d'aligner les indicateurs cliniques de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire sur le système national DHIS2 pour la surveillance en temps réel, ce qui peut se présenter comme un modèle potentiel pour l'intégration de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à la surveillance nationale.

Expérience de mise en œuvre

La collecte de données a été menée dans 21 cabinets entre 2021 et 2022, pendant la période de reprise post-COVID en Tanzanie. L'Association dentaire tanzanienne a coordonné la collecte de données avec des ressources centrales limitées, en gérant le recrutement des cabinets, l'approbation éthique et la formation des praticiens. La base de cabinets principalement du secteur public reflète la structure des soins dentaires en Tanzanie, mais peut limiter la généralisabilité aux patients des cabinets privés. Le petit dénominateur pour les dents obturées (n = 340) reflète la réalité de l'absence d'obturations chez de nombreux patients, ce qui en soi représente plus un constat important sur l'accès aux soins restaurateurs qu'un problème de qualité des données.

Priorités de plaidoyer de l'Association dentaire tanzanienne et alignement sur l'Observatoire de la santé bucco-dentaire

Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire ont soutenu le plaidoyer de l'Association dentaire tanzanienne dans plusieurs domaines, à savoir la taxation des boissons sucrées (faisant le lien entre la charge élevée des caries et la nécessité d'une politique structurelle sur le sucre), la couverture dentaire étendue dans le cadre du régime d'assurance maladie universelle (données sur les écarts en matière d'accès et de traitement) ainsi que l'intégration de la santé bucco-dentaire aux soins primaires (démontrant la faisabilité de la collecte de données de routine et le besoin non satisfait). L'Association dentaire tanzanienne a également recommandé l'accréditation du développement professionnel continu pour la formation de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire, l'accès des cabinets aux données locales et les documents d'orientation en tant que priorités lors des prochains cycles.

08 PERSPECTIVES DES DONNÉES

Les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Tanzanie plaident en faveur non pas d'un changement de comportement, mais d'un **renforcement du système**. Les comportements protecteurs sont déjà forts au sein de l'échantillon, mais plus de 70 % présentent des douleurs bucco-dentaires. Les contraintes sont structurelles : pénurie de main-d'œuvre, distance géographique et absence de protection financière. L'action politique peut se concentrer sur **l'intégration de la santé bucco-dentaire aux soins primaires, l'élargissement de la protection financière dans le cadre de l'assurance maladie universelle** et l'utilisation des données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire pour ancrer la première politique nationale dédiée à la santé bucco-dentaire en Tanzanie. L'intégration du DHIS2 proposée par l'Association dentaire tanzanienne représente une voie pratique vers une surveillance nationale en temps réel.

Source : ensemble de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en Tanzanie tel qu'analysé par Triangulate Health,²⁹ validé par consultation de l'association dentaire nationale.³⁵ Document interne fourni par la FDI : Activités de plaidoyer par l'Association dentaire tanzanienne.²⁰



VI. ÉCHANGE ET IMPLICATIONS DES TRAVAUX DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

RESULTATS DES DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE SELON LES PAYS

Parmi les cinq profils de pays, une tendance cohérente se dégage. La charge des maladies bucco-dentaires est élevée dans tous les contextes, mais les systèmes qui répondent à cette charge diffèrent considérablement en termes de structure et d'efficacité.

Les conditions dominantes observées dans tous les pays (caries, maladies parodontales) sont de nature chronique, ce qui correspond aux données mondiales montrant que les caries non traitées et les maladies parodontales restent parmi les maladies non transmissibles les plus répandues au monde.¹ En outre, les résultats de santé bucco-dentaire rapportés par les patients indiquent que les affections bucco-dentaires ont des répercussions considérables sur la vie quotidienne. Cependant, **l'organisation des soins reflétée dans les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire reste largement épisodique et orientée vers le traitement, avec des données probantes limitées sur la prévention systématique ou la prise en charge structurée à long terme des maladies.** Cette tendance reflète ce qui a été décrit comme un modèle axé sur le traitement, qui n'a pas réussi à aborder les déterminants sous-jacents des maladies bucco-dentaires, notamment dans les contextes des PRFI.³⁶

Ce déséquilibre entre le profil des maladies et la réponse du système est visible sous différentes formes. En Tanzanie, les contraintes d'accès se traduisent par un système principalement réactif, caractérisé par des consultations d'urgence, de larges écarts de traitement et de fortes répercussions bucco-dentaires. L'Inde présente un système de transition, avec des données probantes de soins restaurateurs, mais des consultations toujours tardives et des besoins persistants. Le Liban montre un système historiquement fonctionnel soumis à une pression financière croissante, avec des obstacles émergents qui perturbent la continuité des soins. La Chine affiche de bonnes habitudes d'hygiène, mais les maladies parodontales restent importantes, ce qui indique que les facteurs comportementaux seuls sont insuffisants sans soins professionnels soutenus. La Colombie présente un cas contrasté où l'accès au secteur privé et les soins restaurateurs fonctionnent relativement bien, mais la comparaison avec des données d'enquête nationale met en évidence des inégalités importantes entre ceux qui ont accès aux soins et ceux qui n'y ont pas accès.^{16,19} Ensemble, ces résultats suggèrent que **les différences entre les pays résident moins dans le type et la charge des maladies bucco-dentaires que dans la manière dont les systèmes répondent à cette charge.**

Autre conclusion cohérente, **le comportement individuel n'est pas la principale contrainte** sur les résultats. Dans de nombreux pays, les pratiques et la sensibilisation en lien avec l'hygiène bucco-dentaire semblent relativement bien établies, mais la charge des maladies reste élevée. Cela confirme les données probantes plus larges selon lesquelles les résultats de santé bucco-dentaire sont façonnés non seulement par un bon comportement, mais aussi par des facteurs systémiques, notamment l'accès aux soins, la protection financière et la répartition de la main-d'œuvre.^{37,38} Un récent examen de la portée de l'utilisation des soins dentaires dans les PRFI a révélé que les obstacles structurels et économiques, et non les facteurs comportementaux, étaient les déterminants de l'accès les plus fréquemment signalés, le coût étant identifié comme le principal facteur des besoins non satisfaits.³⁷

TROIS CONCLUSIONS SYSTÉMIQUES

1

Il existe un écart entre la nature chronique des maladies bucco-dentaires et la façon d'assurer les soins.

Dans tous les pays, les parcours de soins semblent être davantage dictés par des épisodes de besoins que par une prévention structurée ou une prise en charge à long terme. En Tanzanie, cela se manifeste par des niveaux élevés de soins d'urgence, en Inde par des traitements en phase avancée et au Liban par des perturbations de la continuité des soins. Même dans les contextes où l'accès est plus large, comme le secteur privé colombien, les soins restent principalement axés sur le traitement.^{35,37}

2

Les différences de résultats entre les pays semblent être davantage motivées par l'accès aux soins que par les différences de comportement. Bien que les comportements autodéclarés varient, ils ne correspondent pas systématiquement aux résultats. Les pays présentant des pratiques d'hygiène autodéclarées relativement solides n'affichent pas nécessairement une charge de morbidité plus faible, même s'il convient de noter que les données autodéclarées ne reflètent pas forcément pleinement les comportements réels. Malgré cela, les pays présentant des résultats plus mauvais sont sans doute caractérisés par des obstacles structurels, comme le coût, la disponibilité des services et la mauvaise répartition du personnel.³⁷⁻³⁹ Cela laisse entendre que l'amélioration des résultats de santé bucco-dentaire dépendra principalement du renforcement des systèmes de soins, tout en s'assurant que les comportements préventifs sont non seulement rapportés, mais aussi effectivement mis en pratique.

3

Les données mettent également en évidence l'impact plus large des affections bucco-dentaires au-delà du statut clinique, en particulier en termes de fonctionnement quotidien et de charge économique. Dans tous les pays, les douleurs, les difficultés à manger ainsi que les interruptions du travail et des activités quotidiennes qui ont été rapportées indiquent que les maladies bucco-dentaires sont à la fois prévalentes et fonctionnellement limitantes. Les cinq pays présentés dans les études de cas enregistrent des journées de travail manquées en raison de problèmes de santé bucco-dentaire, la prévalence et la gravité de ces absences étant étroitement associées aux obstacles structurels à l'accès. En Tanzanie, 28,7 % des adultes actifs ont rapporté des absences au travail, avec en moyenne 18 jours perdus par travailleur touché. En Inde, 14,3 % des travailleurs ont été absents au travail, avec en moyenne 10 jours perdus, tandis que la Chine a enregistré une prévalence de 18,8 % et une moyenne de 4,3 jours perdus. La Colombie (8,1 % et 3,5 jours) et le Liban (6,2 % et 5,7 jours) ont montré une prévalence plus faible, mais les effets sur la productivité restent considérables. Ces conclusions concordent avec les estimations mondiales de la charge économique totale élevée des affections bucco-dentaires (environ 710 milliards de dollars en coûts de traitement et pertes de productivité par an), dont près de la moitié impliquaient des pertes de productivité.⁴⁰⁻⁴² Des études menées à l'échelle de la population documentent également que les affections bucco-dentaires représentent une part importante des absences au travail à cause de maladies chez les adultes.⁴¹ Ensemble, ces conclusions affirment que la charge des maladies bucco-dentaires va bien au-delà des résultats cliniques pour englober les résultats économiques et sociaux.

IMPACT DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Dans l'ensemble du programme, la valeur de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire réside moins dans l'existence d'un ensemble de données que dans la façon dont cet ensemble de données se positionne au sein du système de santé bucco-dentaire.

Fondamentalement, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire démontre qu'il est possible de générer des données de santé bucco-dentaire normalisées et comparables à l'échelle internationale dans divers contextes nationaux à l'aide d'un cadre commun. L'alignement sur l'ensemble de normes de santé bucco-dentaire pour adultes de la FDI-ICHOM permet de saisir de manière cohérente le statut clinique, les facteurs de risque comportementaux et les résultats de santé bucco-dentaire rapportés par les patients, conformément à l'orientation énoncée dans le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire de l'OMS. Dans la pratique, cela crée un ensemble de données directement pertinent pour les priorités mondiales actuelles, en particulier la transition vers la prévention, les résultats centrés sur le patient et les systèmes d'information et de surveillance de la santé bucco-dentaire plus solides.

Le programme a également établi un modèle opérationnel pour la production et l'échange de connaissances. Dans tous les pays, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire a soutenu des recherches évaluées par des pairs, des analyses nationales et des ateliers structurés auxquels ont participé des associations dentaires nationales, des ministères de la Santé et des partenaires universitaires. Ces activités démontrent que le programme ne fonctionne pas de manière isolée, mais qu'il est déjà intégré aux réseaux professionnels et politiques. Pour l'avenir, la FDI prévoit de convoquer un Sommet de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à l'occasion du Congrès dentaire mondial 2027 à Mumbai, afin de réunir les pays participants, l'OMS, les décideurs politiques et les conseillers gouvernementaux en odontologie. En outre, un accès scientifique complet aux ensembles de données de

l'Observatoire de la santé bucco-dentaire est également en discussion. Cela indique un passage délibéré de la génération de données à l'action collective. En convoquant les décideurs sur une base de données probantes partagée, le Sommet crée une occasion structurée de traduire dix ans de conclusions de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire en engagements politiques coordonnés à l'échelle nationale et mondiale.

LA VOIE À SUIVRE : OPPORTUNITÉS POUR LA DEUXIÈME DÉCENNIE DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Ensemble, ces tendances suggèrent que l'Observatoire de la santé bucco-dentaire a établi un modèle opérationnel pour générer et exploiter des données sur la santé bucco-dentaire dans tous les pays, mais que son plein potentiel dépend maintenant de la façon dont il se positionne au sein des processus politiques et des systèmes de santé. Certaines opportunités sont illustrées dans le tableau 7.

Tableau 7 : Opportunités pour l'Observatoire de la santé bucco-dentaire.

Domaine	Opportunité	Justification
Intégration mondiale	Renforcer l'alignement sur le cadre de suivi du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire et le Rapport de situation sur la santé bucco-dentaire dans le monde de l'OMS.	Les domaines de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire correspondent aux priorités du Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire ; l'intégration formelle comblerait les lacunes en matière de surveillance dans les PRFI qui manquent d'enquêtes nationales.
Engagement politique	Systématiser l'engagement entre les associations dentaires nationales et les ministères de la Santé et produire des résultats orientés vers l'élaboration de politiques pour chaque pays.	Le Liban montre que le modèle fonctionne ; l'Inde et la Colombie montrent une dynamique ; la Tanzanie et la Chine ont les données, mais n'ont pas encore la voie politique.
Représentation de la population	Étendre la collecte de données au-delà des cliniques dentaires aux contextes communautaires et aux établissements de soins primaires.	Les échantillons actuels qui recherchent un traitement excluent les populations les plus touchées ; des modules communautaires permettraient d'aborder ce point.
Intégration systémique	Relier les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire aux systèmes nationaux d'information sur la santé (p. ex. DHIS2).	Cela permettrait d'intégrer les indicateurs de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à la surveillance de routine et de renforcer le leadership institutionnel.
Développement analytique	Soutenir la modélisation avancée à plusieurs niveaux ainsi que des analyses d'équité au sein des pays.	Broomhead et al. ¹¹ ont démontré que cela était faisable et que l'extension à d'autres pays approfondirait la base de données probantes.



VII. CONCLUSION

Au cours de la dernière décennie, l'Observatoire de la santé bucco-dentaire a démontré que la collecte de données de santé bucco-dentaire normalisées et axées sur la pratique est réalisable dans divers contextes nationaux.

Le programme est passé d'un mécanisme de collecte de données à une plateforme de recherche et d'apprentissage entre pairs. Les profils de pays présentés dans ce rapport démontrent la profondeur des connaissances que les données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire peuvent apporter. La prochaine étape du développement dépendra de la capacité de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire à passer d'une plateforme de génération de données à un outil systématiquement intégré et politiquement pertinent. Y parvenir requiert un alignement plus étroit sur les cadres de l'OMS, un engagement politique plus cohérent à l'échelle des pays, des efforts accrus pour combler les lacunes en matière de représentativité et d'équité ainsi qu'un investissement soutenu dans l'infrastructure analytique et institutionnelle pour transformer les données en actions.

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire est bien placé pour contribuer de manière significative à ce programme en tant que source solide de données complémentaires et fondées sur la pratique, qui fait le lien entre la base de données probantes mondiale et les réalités des cabinets dentaires, en temps réel, dans le monde entier.

L'Observatoire de la santé bucco-dentaire a le potentiel de jouer un rôle majeur et distinctif dans le renforcement des systèmes de santé bucco-dentaire et le progrès des priorités de santé bucco-dentaire mondiales au cours de la décennie à venir.



VIII. REMERCIEMENTS

« Dix ans de données de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire : données, impact et perspective » a été élaboré selon les recommandations et la révision de l'équipe opérationnelle de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire de la FDI : D^r Michael Sereny, Prof. David Williams, Prof. Sarah Baker et Prof. Georgios Tsakos.

Nous tenons également à remercier D^r Steve Mason pour son soutien de longue date et ses précieuses contributions au développement de l'initiative de l'Observatoire de la santé bucco-dentaire au cours de son mandat chez Haleon.

Ce rapport n'aurait pas été possible sans les contributions inestimables des associations dentaires nationales des pays participants : **l'Association stomatologique chinoise, la Fédération odontologique colombienne, l'Association dentaire indienne, l'Association dentaire libanaise (Beyrouth et Tripoli) et l'Association dentaire tanzanienne.**



Nous exprimons notre sincère reconnaissance aux cabinets dentaires impliqués dans tous les pays participants, dont les praticiens et les patients ont généreusement contribué aux données qui sous-tendent ce rapport.

Ce rapport a été rendu possible grâce aux fonds d'**Haleon**.

HALEON

DÉCLARATIONS

Triangulate Health Ltd. a été mandaté par la FDI pour mener la recherche, les entretiens avec les parties prenantes ainsi que l'élaboration stratégique et la rédaction du présent rapport. La conception et la mise en page ont été réalisées par le consultant indépendant, **Array**.

RÉFÉRENCES

1. WHO. Oral Health. Accessed April 9, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. WHO. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. World Health Organization. Published online 2024:1-104.
3. GBD 2021 Oral Disorders Collaborators. Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025;405(10482):897-910. doi:10.1016/S0140-6736(24)02811-3
4. Sugars and dental caries. Accessed May 7, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sugars-and-dental-caries>
5. Political declaration of the fourth high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being. Accessed June 17, 2026. <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-fourth-high-level-meeting-of-the-general-assembly-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-and-the-promotion-of-mental-health-and-well-being>
6. Glick M, Williams DM. FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. *Int Dent J*. 2021;71(1):3-4. doi:10.1016/j.identj.2020.12.026
7. FDI, World Dental Federation. FDI and ICHOM develop baselines and indicators to measure oral health outcomes globally. FDI World Dental Federation. 2020. <https://www.fdiworlddental.org/fdi-and-ichom-develop-baselines-and-indicators-measure-oral-health-outcomes-globally>
8. FDI, World Dental Federation. Oral Health Observatory Project: Research Protocol. FDI World Dental Federation; 2019.
9. Taylor S, Baker SR, Broomhead T, et al. Standardised Practice-Based Oral Health Data Collection: A Pilot Study in Different Countries. *Int Dent J*. 2023;73(4):566-573. doi:10.1016/j.identj.2023.02.002
10. Riordain RN, Glick M, Mashhadani SSA AI, et al. Developing a Standard Set of Patient-centred Outcomes for Adult Oral Health – An International, Cross-disciplinary Consensus. *Int Dent J*. 2021;71(1):40-52. doi:10.1111/idj.12604
11. Broomhead T, England R, Mason S, et al. Using Standardised International Oral Health-Related Datasets in 6 Countries. *Int Dent J*. 2024;74(3):647-655. doi:10.1016/j.identj.2024.01.001
12. Den Boer JCL, Van Dijk W, Horn V, Hescot P, Bruers JJM. Collecting standardised oral health data via mobile application: A proof of concept study in the Netherlands. *PLoS One*. 2018;13(2). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0191385
13. Broomhead T, Kettle J, Mason S, Baker S. Exploring Patient-Reported Gingival Health in Adults Using Standardised International FDI Oral Health Observatory Data. *Int Dent J*. 2026;76(1):109320. doi:10.1016/J.IDENTJ.2025.109320
14. Tamura K, Ogawa H. Japanese Version of the Oral Health Observatory Project Using a Mobile Application [モバイルアプリを用いた日本版口腔衛生調査プロジェクトについて]. 2021. Accessed May 7, 2026. <https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2024-01/Japan%20Dental%20Association%20publication.pdf>
15. Balraj L, Oswal KC, Reddy RBV, Kunjan PD, Chandu VC, Mathur MR. Assessment of Oral Health Status, Care Seeking Behaviours, and Oral Health Related Quality of Life among Indian Adults Using the World Dental Federation's Digital Application. *Indian Journal of Dental Research*. 2024;35(4):390-394. doi:10.4103/IJDR.IJDR_423_24
16. Daou D, Choufani A, Mashmouchi M, Doumit M. Patient- and Clinician-Reported Oral Health Data in Primary Dental Care Practices in Lebanon. *Cureus*. 2025;17(6):e86434. doi:10.7759/CUREUS.86434
17. Narang P, Dhoble A, Mathur M, Rana S, Mason S, Ali A. India's oral health outlook: challenges, economic impact and need for preventative strategies. *Frontiers in Dental Medicine*. 2025;6:1544899. doi:10.3389/fdmed.2025.1544899
18. Pinto Morales JS, Peñaloza-Quintero RE. Factors Associated with the Perception of Oral Health in Colombia: An Analysis Using Ordinal Logistic Models. Internal document shared by FDI. Colombian Dental Federation. Preprint posted online 2024.
19. Pinto Morales JS, Peñaloza-Quintero RE. Comparison of Oral Health Habits and Conditions in Colombia: Evidence from ENSAB IV and the OHO Survey. Internal document shared by FDI.
20. Tanzania Dental Association. Socio-Demographic Variables and Oral Health Habits as Predictors of the Oral Health Impact Score (OIS) among dental attendees, Tanzania. Internal document shared by FDI.
21. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with China NDA. 2026.
22. Oral Health Observatory. Oral Health Observatory Workshop – World Dental Congress 2025 - Minutes. Internal document shared by FDI. Preprint posted online 2025.
23. Oral Health Observatory. Workshop on Oral Health Observatory held for analysis of the collected data. Internal document shared by FDI. Preprint posted online 2023.
24. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with Lebanon NDA. 2026.
25. FDI World Dental Federation, China Stomatological Association. OHO matched patient-provider dataset: China. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
26. FDI World Dental Federation, Colombia National Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: Colombia. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
27. FDI World Dental Federation, Indian Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: India. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
28. FDI World Dental Federation, Lebanese Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: Lebanon. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.

29. FDI World Dental Federation, Tanzania Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: Tanzania. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
30. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Second internal conversation with China NDA.
31. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with Colombia NDA. 2026.
32. Singh A, Purohit BM. Addressing oral health disparities in rural India. *Int Dent J*. 2015;65(2):135-141.
33. Singh A, Purohit BM. Addressing oral health disparities, inequity in access and workforce issues in a developing country. *Int Dent J*. 2013;63(5):225. doi:10.1111/IDJ.12035
34. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with India NDA. 2026.
35. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with Tanzania NDA. 2026.
36. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. The Lancet Oral Health Series: Implications for Oral and Dental Research. *J Dent Res*. 2020;99(1):8-10. doi:10.1177/0022034519889050
37. Shrivastava PK, Mehta A, Deka BP, Mathur MR. Barriers and facilitators in utilisation of dental health services across low- and middle-income countries: a scoping review. *Evid Based Dent*. 2026;27(1):19-19. doi:10.1038/s41432-025-01200-0
38. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019;394(10194):249-260. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
39. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*. 2019;394(10194):261-272. doi:10.1016/S0140-6736(19)31133-X
40. Jevdjevic M, Listl S. Global, Regional, and Country-Level Economic Impacts of Oral Conditions in 2019. *J Dent Res*. 2025;104(1):17-21. doi:10.1177/00220345241281698
41. Listl S, Moeller J, Manski R. A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(1):62-69. doi:10.1111/EOS.12096;JOURNAL:JOURNAL:16000722;ISSUE:ISSUE:DOI
42. World Economic Forum. The Economic Rationale for a Global Commitment to Invest in Oral Health. 2024. Accessed June 17, 2026. https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economic_Rationale_for_a_Global_Commitment_to_Invest_in_Oral_Health_2024.pdf



FDI World Dental Federation

Chemin des Coquelicots 16 • 1214 Vernier - Genève • Suisse

Tél. +41 22 560 81 50 • info@fdiworlddental.org

Soutien stratégique et éditorial :

D^{re} Charanjit Jagait, directrice de santé publique, plaidoyer et communication

M. Masaki Fujita, chef de projet de santé publique

fdiworlddental.org

©2026 FDI World Dental Federation

Suivez-nous



[FDIWorldDentalFederation](https://www.facebook.com/FDIWorldDentalFederation)



[fdiworlddental](https://twitter.com/fdiworlddental)



[fdiworlddental](https://www.youtube.com/fdiworlddental)



[FDI World Dental Federation](https://www.linkedin.com/company/fdi-world-dental-federation)