

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Semer des sourires

Projet d'intervention de santé dentaire publique dans un milieu rural du Guatemala.

Résultats de la première collecte de données

Docteur Martin Généreux

Docteur Jean-Marc Brodeur

Docteur Jacques Durocher

2010

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

notre monde

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Semer des sourires

Projet d'intervention de santé dentaire publique dans un milieu rural du Guatemala.

Résultats de la première collecte de données

Docteur Martin Généreux

Docteur Jean-Marc Brodeur

Docteur Jacques Durocher

2010

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Une réalisation des secteurs Tout-petits – Jeunes
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Nous tenons à remercier Évelyne Lefebvre, hygiéniste dentaire, pour avoir apporté sa précieuse collaboration à la collecte des données.

Nous remercions également madame Josée Tessier, technicienne de recherche, pour sa collaboration à la saisie des données, madame Martine Tremblay, agente administrative, pour la mise en forme du présent document, ainsi que le docteur Claude Leduc et madame Isabel Hererra, respectivement responsables du projet *Semer des sourires* à Montréal et au Guatemala, pour les nombreux échanges qui ont permis l'enrichissement du présent rapport.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-922-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-923-8 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : 5 \$

Mot du directeur

La *Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* (DSP) contribue à l'avancement des connaissances ainsi qu'au développement des compétences dans le domaine de la santé publique et ce, en participant à des projets internationaux dans des pays en voie de développement.

Semer des Sourires est un projet de promotion et de prévention qui vise à améliorer, grâce à l'éducation et la sensibilisation aux bienfaits d'une bonne santé buccodentaire, la qualité de vie des familles de 18 communautés autochtones du département de Chimaltenango au Guatemala. Le leadership de ce projet est assuré par l'*Association des Chirugiens Dentistes du Québec*, en collaboration avec *Terre sans Frontières* qui agit comme organisme mentor, *Dentistes sans Frontières* et la DSP. Le financement du projet est assuré par l'*Agence canadienne de développement international*.

Dès le début, une équipe de dentistes-conseils de la DSP a été associée à l'écriture du projet en vue de sa soumission à un organisme subventionnaire en plus de participer à l'évaluation de l'intervention. L'expertise régionale de ces dentistes au regard de l'implantation de programmes de santé dentaire publique et de l'intervention en contexte multiculturel a permis de bonifier substantiellement le contenu du projet. Comme il se déroule sur une période de trois ans, le projet devra bénéficier du soutien de la DSP lors de l'évaluation des effets de l'intervention au cours de l'année 2011.

Le présent rapport présente les résultats d'une première collecte de données réalisée au début des activités du projet *Semer des sourires*, ainsi que certaines observations et recommandations liées à l'implantation des interventions prévues. Il est destiné notamment aux organismes qui assure le leadership du projet, aux responsables de son implantation tant à Montréal qu'au Guatemala, au comité de pilotage guatémaltèque, aux intervenants ainsi qu'à l'organisme subventionnaire.

Je tiens à remercier toutes celles et ceux qui ont pris part à la collecte de données, ainsi qu'à l'analyse et à la production du présent rapport. Je souhaite que ce document contribue au rayonnement de l'expertise montréalaise en santé dentaire publique et soit utile à l'amélioration des actions de prévention et d'éducation pour la santé buccodentaire des populations les plus vulnérables.

Le directeur de santé publique,



Richard Lessard, M.D.

Table des matières

Introduction	1
Objectifs du projet Semer des sourires	1
Objectifs de la collecte de données	2
Méthodologie	3
1. Devis de recherche	3
2. Collecte de données	4
3. Données recueillies	4
Géographie, démographie, environnement	4
Hygiène dentaire et alimentation	4
Santé dentaire	5
Résultats et discussion	9
1. Description de l'échantillon	9
Élèves inscrits à l'école	9
Taux de participation	10
Distance de Tecpan (ville centre)	10
Population totale	11
Langue	11
Âge	11
Sexe	11
Nombre d'enfants par famille	12
2. Contexte d'implantation	12
Disponibilité des produits (brosse à dents, dentifrice, sel fluoruré)	12
Sucrieries en vente à l'école	13
Autres programmes de santé dentaire dispensés à l'école	13
3. Hygiène dentaire, alimentation	14
4. Carie dentaire	15
Douleur la nuit	17
Besoin évident de traitement	17
Conclusion	19
Annexe 1	21
Observation sur le terrain et recommandations	23
Intervention auprès des femmes des villages	26
Annexe 2	29

Liste des tableaux

Tableau 1. Devis prétest-posttest avec un seul groupe (suivi de cohorte), 3 ^e année en 2009, 5 ^e année en 2011.....	3
Tableau 2. Devis prétest-posttest avec groupes non équivalents (étude transversale), 3 ^e et 5 ^e année en 2009 et 2011.....	3
Tableau 3. Pourcentage d'enfants fréquentant l'école, par âge, sexe et zone de résidence, Guatemala 1998-1999.....	9
Tableau 4. Pourcentage d'enfants indemnes à la carie dentaire dans les villages où des sucreries sont en vente sur le terrain de l'école.....	13
Tableau 5. Pourcentage d'enfants indemnes à la carie dentaire dans les villages dont l'école bénéficie d'un autre programme d'éducation à la santé dentaire.	14

Liste des figures

Figure 1. Regroupement de surfaces de dents selon leur susceptibilité à la carie dentaire.....	6
Figure 2. Pourcentage d'élèves de troisième et de cinquième année possédant une brosse à dents, ayant brossé ses dents hier, ayant utilisé un dentifrice hier, ayant pris une collation cariogène au coucher, <i>Semer des sourires</i> 2010, Québec 1996, 1998.....	15
Figure 3. Pourcentage d'élèves de troisième année et de cinquième année selon le niveau de gravité de la carie dentaire, <i>Semer des sourires</i> 2010, Québec 1996, 1998.	16

Introduction

Semer des Sourires est un projet de promotion et de prévention qui vise à améliorer, grâce à l'éducation et la sensibilisation aux bienfaits d'une bonne santé buccodentaire, la qualité de vie des familles de 18 communautés autochtones du département de Chimaltenango au Guatemala,. Le leadership de ce projet est assuré par l'*Association des Chirurgiens Dentistes du Québec*, en collaboration avec *Terre sans Frontières* qui agit comme organisme mentor, *Dentistes sans Frontières* et la *Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*. Le financement du projet est assuré par l'*Agence canadienne de développement international*.

Sur place, au Guatemala, le projet *Semer des sourires* est mis en œuvre en collaboration avec la Fondation pour le développement intégral (FUDI), organisme non gouvernemental qui œuvre en région rurale guatémaltèque, dans le cadre de leur programme de santé.

En résumé, le projet, qui se déroule sur une période de trois ans, consiste en huit visites annuelles, de chacun des dix-huit villages retenus, effectuées par trois infirmières mayas (les habitants des villages communiquent en cakchiquel, un dialecte maya). Les visites consistent en des séances d'éducation à la santé dans toutes les classes des écoles, la distribution de brosses à dents, la promotion et le soutien au programme quotidien de brossage des dents à l'école avec du dentifrice fluoruré ainsi que l'organisation de rencontres avec les femmes des villages. Un programme de rince-dent fluoruré hebdomadaire est également mis en œuvre à l'intérieur de chacune des classes. De plus, des démarches sont entreprises afin de rendre disponible dans le commerce local, à un coût raisonnable, du sel fluoruré.

Le projet prévoit également le soutien de plusieurs missions cliniques visant à offrir des traitements dentaires de restaurations et de chirurgie pour la population des dix-huit villages.

Objectifs du projet *Semer des sourires*

Le projet *Semer des sourires* poursuit les trois objectifs principaux suivants :

1. Expérimenter et mettre au point dans les campagnes de Tecpan (ville importante du département de Chimaltenango) un programme public-privé d'interventions efficaces en santé buccodentaire publique.
2. Sensibiliser les autochtones ruraux de Tecpan à l'importance de la santé buccodentaire et susciter une prise en charge locale de cet aspect de leur santé.

3. Accroître l'offre de soins dentaires aux plus démunis et traiter les problèmes de santé buccodentaire les plus courants dans les campagnes de Tecpan chez les écoliers, les mères et les autres villageois.

Objectifs de la collecte de données

La collecte de données vise à :

1. Produire des données de base pour illustrer la problématique liée au projet (habitudes d'hygiène et alimentaire, sévérité de la carie dentaire).
2. Produire des données de base pour mesurer l'impact du projet (évaluation).
3. Dégager (s'il y a lieu) quelques facteurs explicatifs de la problématique.
4. Proposer (s'il y a lieu) :
 - Des activités à privilégier dans le programme.
 - Des ajustements aux activités du programme.

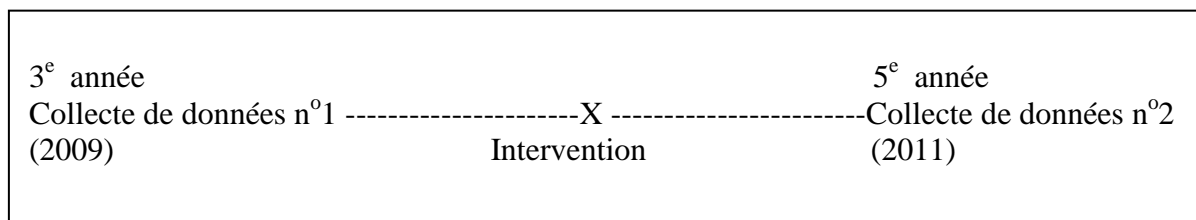
Méthodologie

1. Devis de recherche

Le devis de recherche retenu est de deux ordres.

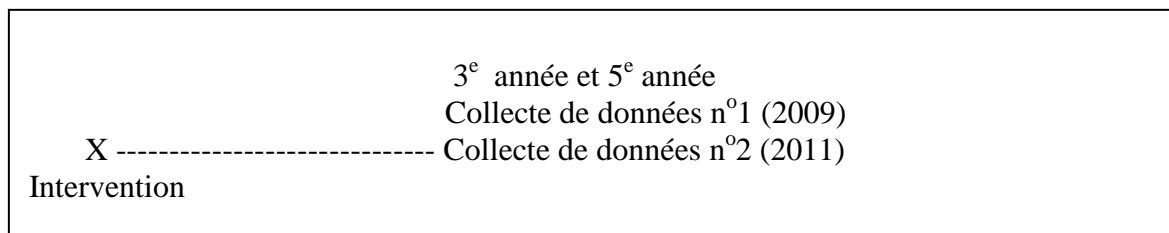
Dans un premier temps, il s'agit du suivi d'une cohorte d'enfants examinés d'abord en troisième année à l'été 2009, puis en cinquième année, à l'été 2011 (voir figure 1).

Tableau 1. Devis prétest-posttest avec un seul groupe (suivi de cohorte), 3^e année en 2009, 5^e année en 2011.



Dans un deuxième temps, il s'agit d'une étude transversale avant-après au même niveau pédagogique, mais avec deux groupes d'élèves différents. En effet, à l'été 2009, il y aura une collecte de données en troisième année et en cinquième année, ainsi qu'une autre à l'été 2011, également en troisième année et cinquième année, mais cette fois, avec un groupe d'élèves forcément différent (voir figure 2).

Tableau 2. Devis prétest-posttest avec groupes non équivalents (étude transversale), 3^e et 5^e année en 2009 et 2011.



2. Collecte de données

Une première collecte de données a été réalisée en juin et juillet 2009, et une deuxième le sera en juin et juillet 2011, auprès de tous les élèves de troisième et de cinquième année des écoles des dix-huit villages qui font partie du projet.

Une seule hygiéniste dentaire a procédé à la collecte de données. L'hygiéniste dentaire a participé à une rencontre de formation théorique avec le comité scientifique de Montréal au printemps 2009. Trois sources de données sont prévues :

- Documentation : données géographiques, démographiques, environnementales.
- Questions à l'enfant : âge, nombre d'enfants dans la famille, hygiène, alimentation, douleur la nuit.
- Clinique : inspection buccodentaire réalisée par l'hygiéniste avec lampe frontale et miroir, sans nettoyage préalable, sur les dents primaires et permanentes confondues.

3. Données recueillies

Géographie, démographie, environnement

- Distance de Tecpan, principale ville la plus proche des villages (km).
- Population totale du village.
- Langue parlée au village.
- Disponibilité des produits pour la prévention dans le commerce local (brosse à dents, dentifrice, sel fluoruré).
- Sucreries en vente à l'école.
- Autres programmes d'éducation à la santé buccodentaire dispensés à l'école.
- Âge de l'enfant.
- Sexe de l'enfant.
- Nombre d'enfants dans la famille.

Hygiène dentaire et alimentation

Proportion d'enfants ayant :

- Une brosse à dents.
- Brossé ses dents la veille.
- Utilisé un dentifrice la veille.
- Pris une collation cariogène la veille au coucher.

Santé dentaire

Le contexte d'implantation du projet dans les villages et la disponibilité de ressources limitées, tant financières qu'humaines, ne permettent pas le déploiement des mêmes indicateurs utilisés en situation d'enquête épidémiologique classique pour évaluer l'état de santé dentaire. Ainsi, la présente collecte de données a été faite à l'aide d'indicateurs dont les caractéristiques comprennent :

- Une facilité d'application.
- Un calibrage simplifié.
- Une rapidité d'application.
- Une bonne validité.

Les indicateurs retenus sont :

- Sévérité de la carie (indice hiérarchique).
- Nombre de faces de dents proximales atteintes.
- Douleur la nuit.
- Besoin évident de traitement.

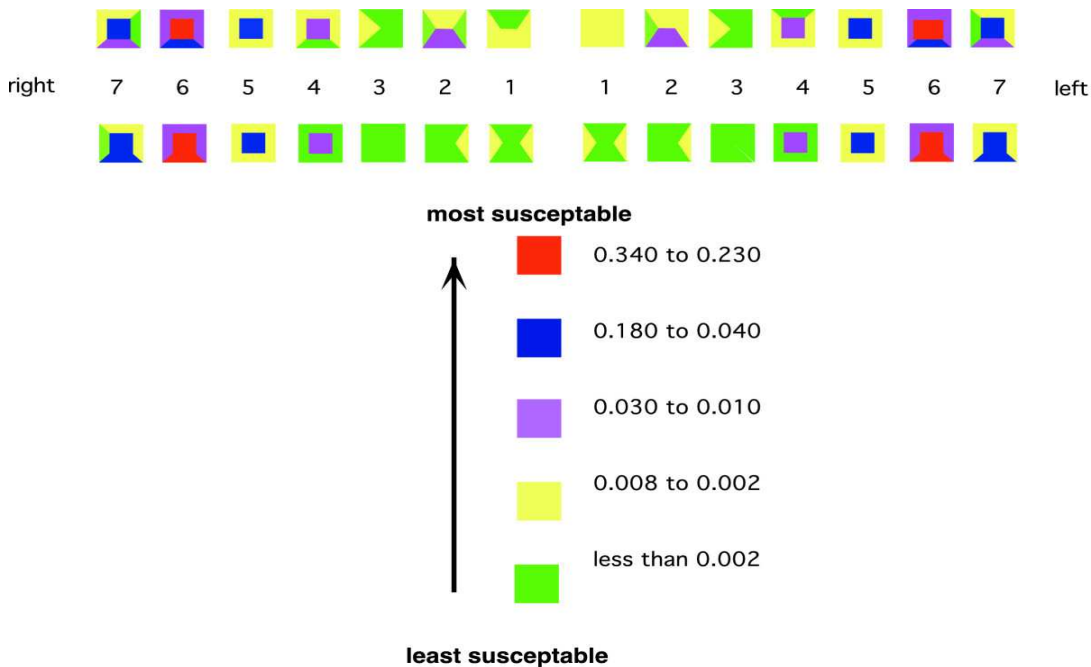
Principe de l'indice de sévérité de la carie

Certaines dents et surfaces de dents sont plus susceptibles à la carie dentaire. À titre d'exemple, la carie dentaire se développera plus facilement sur les surfaces avec fosses et sillons (exemple : faces occlusales des molaires) que sur les surfaces lisses (exemple : face buccale des incisives). Partant de ce principe, lorsqu'on observe une attaque carieuse sur une surface lisse, les probabilités sont grandes qu'on en observe également sur les surfaces avec fosses et sillons.¹

¹ **Grainger RM.** (1967). Epidemiological data. In : Chilton NW, editor. *In Design and analysis in oral and dental research*. 1. Philadelphia and Toronto : Lippincott; p. 311–353.

La figure 3 illustre bien ce principe. Cette figure présente les 28 dents de la bouche (dents de sagesse exclues) avec la probabilité qu'elles ont de carier.

Figure 1. Regroupement de surfaces de dents selon leur susceptibilité à la carie dentaire²



En lien avec ces observations, un indice *hiérarchique* a été développé pour mesurer la sévérité de la carie dentaire.³ Le vocable hiérarchique est utilisé pour souligner le principe selon lequel certaines surfaces de dents sont plus susceptibles que d'autres à la carie dentaire. Dans un contexte de ressources limitées comme celui du projet *Semer des sourires*, cet indice comporte plusieurs avantages. Il est très rapide dans son application, simple en termes de formation et de calibrage, et présente une excellente validité. La sévérité de la carie dentaire d'une population peut ainsi être estimée rapidement sans beaucoup de ressources.

² Batchelor PA., Sheiham A (2004). Grouping of tooth surfaces by susceptibility to caries : a study in 5–16 year-old children. BMC Oral Health 2004, 4 (2). <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-4-2.pdf>

³ Viegas AR. (1969). Simplified indices for estimating the prevalence of dental caries experience in children seven to twelve years of age. *Journal of Public Health Dentistry*. 29 :76–91.

Poulsen S., Horowitz HS. (1974). An evaluation of a hierarchical method of describing the pattern of dental caries attack. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2 :7-11

Indice de sévérité de la carie dentaire :

3 = Carie sur les dents antérieures excluant les faces distales des canines.

2 = Carie sur les faces proximales des molaires et prémolaires incluant les faces distales des canines.

1 = Carie sur les faces occlusales des molaires et prémolaires.

0 = Aucune carie (faces cariées, absentes, obturées).

Autres aspects de l'état de santé dentaire

Trois autres indices simples et rapides permettent de préciser l'évaluation de l'état de santé dentaire de la population. Il s'agit :

- Du nombre de surfaces de dents proximales atteintes (dénombrement des faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie dentaire).
- De la douleur la nuit (question à l'enfant sur une douleur sévère au coucher ou durant la nuit à cause de problèmes dentaires au cours des 7 derniers jours).
- Du besoin évident de traitement (présence d'une ou plusieurs caries avec cavitation évidente nécessitant une obturation ou une extraction).

Résultats et discussion

1. Description de l'échantillon

Élèves inscrits à l'école

L'échantillon comporte seize écoles en troisième année, et dix-sept écoles en cinquième année. En effet, les données n'ont pas été recueillies en troisième année pour l'école Chichoy. De plus, les autorités locales de l'école Chirijuyu n'ont pas permis la mise en œuvre du projet sur leur territoire.

L'échantillon est composé de 495 élèves en troisième année et de 332 élèves en cinquième année.

Au Guatemala, le pourcentage de fréquentation scolaire en milieu rural se situe à 70,3 % pour les enfants de 6 à 10 ans, et de 64,5 % pour les enfants de 11 à 15 ans (voir tableau 1). Les villages ciblés par le projet sont non seulement en milieu rural, mais ils se situent en montagne, dont certains sont très éloignés de la ville centre (Tecpan). La proportion d'enfants fréquentant le milieu scolaire y est ainsi au moins équivalente à celle du milieu rural guatémaltèque, possiblement moindre.

Tableau 3. Pourcentage d'enfants fréquentant l'école, par âge, sexe et zone de résidence, Guatemala 1998-1999.⁴

Groupes d'âge	Garçons			Filles			Total		
	Zone urbaine	Zone rurale	Total	Zone urbaine	Zone rurale	Total	Zone urbaine	Zone rurale	Total
6-10	77,9	72,4	74,5	71,3	68,0	69,3	74,7	70,3	71,9
11-15	80,5	69,1	73,2	73,1	59,8	65,0	76,6	64,5	69,0
16-20	49,7	17,4	31,3	37,3	19,8	27,5	43,1	18,7	29,3
21-24	22,2	10,8	16,0	15,1	8,6	11,9	18,3	9,7	13,9

Les enfants ne sont donc pas tous à l'école, particulièrement en cinquième année. Les enfants qui ne fréquentent pas le milieu scolaire peuvent aussi présenter des différences avec les enfants qui fréquentent l'école pour ce qui est des variables sociodémographiques et dentaires. De plus, les enfants ne fréquentant pas l'école

⁴ Guatemala, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999 (1999). Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agencia para el Desarrollo Internacional, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa de Encuestas de Demografía y Salud / Macro International Inc.

pourraient présenter un profil socio-économique plus défavorable (travail au champ, la scolarité n'est pas une valeur, etc.) ce qui normalement influence à la hausse les indices de santé dentaire.

Cette situation particulière rappelle l'importance de l'intervention familiale conduite auprès des mères des villages. Ce genre d'activité permet possiblement de rejoindre des enfants qui, autrement, ne seraient pas touchés par les activités du projet.

Taux de participation

(Enfants examinés / enfants inscrits)

La collecte de données s'est faite auprès de 424 enfants en troisième année, et de 287 enfants en cinquième année, pour un taux de participation de 86 % dans les deux niveaux. Bien que ce taux de participation soit excellent, le fait que beaucoup d'enfants, possiblement les pires concernant la santé dentaire, soient absents de l'école, l'échantillon pourrait ne pas être représentatif de la population d'enfants.

Distance de Tecpan (ville centre)

Le village le plus proche se situe à 6 km de la ville centre (Tecpan), alors que le plus loin est à 38 km, pour une moyenne de 22 km. Il est important de souligner que, bien que les distances n'apparaissent pas comme très grandes, la géographie montagneuse et l'état des routes placent certains villages à près d'une heure et demie de Tecpan.

La distance est une variable qui peut influencer l'accessibilité aux soins et services de santé dentaire, en ce sens que plus la distance est grande, plus l'accès est difficile.⁵ Cependant, bien qu'il ne semble pas y avoir d'évidence⁶, la proximité des villes pourrait favoriser l'accès à une alimentation à base de sucre raffiné. Les villages les plus éloignés semblent présenter les meilleures proportions d'élèves sans carie, l'accessibilité à une alimentation sucrée des villages les plus proches pourrait être le facteur qui influence le plus la santé dentaire des enfants. Plutôt que d'évaluer la distance de la ville centre, il y aurait peut-être lieu de colliger la distance séparant les villages de la route trans-américaine, puisque le transport par cette route est grandement facilité comparativement aux routes de montagne.

⁵ **Organisation mondiale de la santé** (1995). « Rapport sur la santé dans le monde, 1995 : Réduire les écarts » Genève : Organisation mondiale de la santé. www.who.int/whr/1995/fr/index.html

Gruen RL, Bailie RS, Wang Z, Heard S, O'Rourke IC (2006). "Specialist outreach to isolated and disadvantaged communities: A population-based study." *Lancet*; 368: 130-138.

George A, Menotti EP, Rivera D, Montes I, Reyes CM, Marsh DR (2009). Community case management of childhood illness in Nicaragua: transforming health systems in underserved rural areas. *Journal of Health Care Poor Underserved*; 20(4 Suppl):99-115.

⁶ **Enneman A, Hernández L, Campos R, Vossenaar M, Solomons NW** (2009). Dietary characteristics of complementary foods offered to Guatemalan infants vary between urban and rural settings. *Nutrition Research*; 29(7):470-9.

Population totale

La population totale des 16 villages est de 20 248 habitants. Le village le plus peuplé compte 2 960 habitants alors que le plus petit compte 500 habitants pour une moyenne de 1 266 habitants par village. Les villes ou villages avec une population plus importante sont souvent plus près des grands centres (accessibilité aux soins, accessibilité aux sucres). Cependant, quand on considère les quatre villages avec la population la plus nombreuse, ils sont à la même distance que ceux avec la population la moins nombreuse (respectivement 24,8 km et 24,5 km).

Langue

La langue cakchiquel est la plus parlée parmi les habitants des villages puisque 88 % d'entre eux s'expriment dans cette langue. Il va de soi que les intervenants du projet (infirmières mayas et chauffeur) sont en mesure de s'exprimer en cakchiquel. L'espagnol est parlé dans une proportion de 45 % alors que la langue quiché l'est dans une proportion de 11 %.

Âge

En troisième année, l'âge moyen est de 10 ans alors qu'il est de 12 ans en cinquième année. La distribution des âges s'étend tout de même de 8 à 12 ans en troisième année et de 10 à 14 ans en cinquième année.

Sexe

Il y a systématiquement plus de garçons que de filles parmi les enfants qui font partie de l'échantillon. En effet, en troisième année, 53 % des élèves de l'échantillon sont des garçons. Le phénomène s'accroît en cinquième année avec une proportion de 56 % de garçons. Ce résultat est fidèle aux données guatémaltèques sur la fréquentation scolaire.⁷ On peut se demander si les filles demeurent à la maison pour supporter la famille, qui est habituellement nombreuse, dans les tâches domestiques, ou si l'éducation des filles est une valeur importante dans la culture des villages.⁸

⁷ Guatemala, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999 (1999). Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agencia para el Desarrollo Internacional, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa de Encuestas de Demografía y Salud / Macro International Inc.

⁸ DeStephano J., Schuh Moore AM., Balwanz D., Hartwell A (2007). Reaching the underserved: complementary models of effective schooling, Guatemala *Pronade* program. United States Agency of International Development, Educational Quality Improvement Program, p. 107.

Nombre d'enfants par famille

Le nombre d'enfants par famille est très important dans les villages. Selon le village, les familles de 7 enfants et plus représentent de 18 % à 92 % des familles, avec une moyenne de 39 % à 42 %, selon que l'enfant est en troisième ou en cinquième année. L'intervention auprès des mères est d'autant plus pertinente qu'elle permet de rejoindre les nombreux enfants de ces familles.

2. Contexte d'implantation

Disponibilité des produits (brosse à dents, dentifrice, sel fluoruré)

Les brosses à dents et le dentifrice sont disponibles dans le commerce dans 75 % des villages inclus dans le projet. Cependant, ces produits ne sont pas disponibles dans toutes les *tiendas* (petits magasins) de ces villages. Quant au sel fluoruré, il n'est disponible que dans la ville centre, Tecpan.

La disponibilité des produits ne fait pas nécessairement d'eux des produits accessibles financièrement. Dans un contexte de grande pauvreté telle que celle des villages, l'accessibilité financière est un argument de taille. Une brosse à dents coûte environ 2 quetzales (0,25 \$) dans les *tiendas* des villages. En comparaison, deux litres de boisson gazeuse coûtent environ 10 quetzales (1,25 \$). Lorsqu'on visite les villages, on remarque facilement les caisses de boissons gazeuses derrière les maisons des villages. Si la population est en mesure de se procurer autant de boisson gazeuse, elle est certainement en mesure de se procurer des brosses à dents. Ça ne semble donc pas être une question d'accessibilité financière, mais d'éducation et de priorité.

Le dentifrice *Dentaline* est un dentifrice produit au Guatemala qui se vend la moitié du prix des dentifrices de marque américaine (*Colgate* ou *Crest*). Ce dentifrice est utilisé dans le cadre du projet *Semer des sourires*. Bien qu'il soit une alternative très intéressante (un produit guatémaltèque à moindre coût), ce dentifrice contient moins de fluor que les marques américaines. En effet, à la suite d'une analyse d'un échantillon de dentifrice *Dentaline* effectué dans un laboratoire de Montréal, il s'est avéré que sa concentration était d'environ 400 parties par million (ppm) de fluor alors que le dentifrice *Colgate* vendu au Guatemala présente une concentration d'environ 1 400 ppm. Il est généralement convenu qu'un dentifrice est efficace pour prévenir la carie dentaire à une concentration de 1 000 ppm et plus.⁹ Des démarches devraient être entreprises auprès de la compagnie *Dentaline* afin qu'elle rehausse sa concentration de fluor dans son dentifrice tout en gardant son prix de vente compétitif.

Le sel fluoruré n'est disponible qu'à Tecpan. Dans un contexte de grande vulnérabilité à la carie dentaire, la consommation de sel fluoruré est une mesure préventive indiquée. Il y aurait cependant lieu d'évaluer la faisabilité de rendre accessible ce produit, tant sur le

⁹ **Rasines G** (2010). Fluoride toothpaste prevents caries in children and adolescents at fluoride concentrations of 1000 ppm and above; *Evidenced Based Dentistry*; 11(1):6-7.

plan physique que financier. Une analyse de la teneur en fluorure de trois échantillons de sel vendu au Guatemala, effectué dans un laboratoire de Montréal, révèle que le sel de marque *Suli* présente une concentration de 143 ppm. Quant aux sels *Raidante* et *Sabemas*, ils présentent respectivement des concentrations de 77 et 45 ppm. Les concentrations normalement recommandées dans les programmes de distribution de sel fluoruré sont d'au moins 200 ppm, idéalement 250 ppm.¹⁰ La même recommandation formulée pour la compagnie *Dentaline* de hausser sa concentration de fluor s'applique donc également aux compagnies productrices de sel. De plus, de façon à conserver l'accessibilité financière, le prix de ces sels fluorurés devra demeurer compétitif par rapport aux sels conventionnels.

Sucreries en vente à l'école

Des sucreries (bonbons et boissons sucrées) sont en vente sur le terrain de trois écoles. Ces dernières présentent une proportion d'enfants indemnes à la carie inférieure à celle observée dans la moyenne des villages (voir tableau 2).

Tableau 4. Pourcentage d'enfants indemnes à la carie dentaire dans les villages où des sucreries sont en vente sur le terrain de l'école.

Villages	Indemnes à la carie	
	3e année (moyenne : 10 %)	5e année (moyenne : 17 %)
Chuachali	0 %	8 %
Panabajal	9 %	13 %
Cruz de Santiago	4 %	8 %

Autres programmes de santé dentaire dispensés à l'école

Quatre écoles bénéficient d'un autre programme d'éducation à la santé dentaire sur leur territoire. Ces programmes se déroulent une seule fois par année et consistent habituellement en une séance d'éducation avec distribution de brosses à dents et de dentifrice. Ces programmes ne semblent pas avoir un impact important sur la santé dentaire des élèves. En effet, dans ces villages, la proportion d'enfants indemnes à la carie dentaire n'apparaît pas plus grande que dans les autres villages (voir tableau 3).

¹⁰ Gillespie GM, Baez R (2005). Development of salt fluoridation in the Americas. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.*; 115(8):663-9.

Marthaler TM, Petersen PE (2006). Salt fluoridation--an alternative in automatic prevention of dental caries. *International Dental Journal*; 55(6):351-8.

Tableau 5. Pourcentage d'enfants indemnes à la carie dentaire dans les villages dont l'école bénéficie d'un autre programme d'éducation à la santé dentaire.

	Sans carie	
	3e année (moyenne : 10 %)	5e année (moyenne : 17 %)
El Tesoro	21 %	41 %
Chuachali	0 %	8 %
Caliaj	5 %	6 %
El Tablon	0 %	30 %

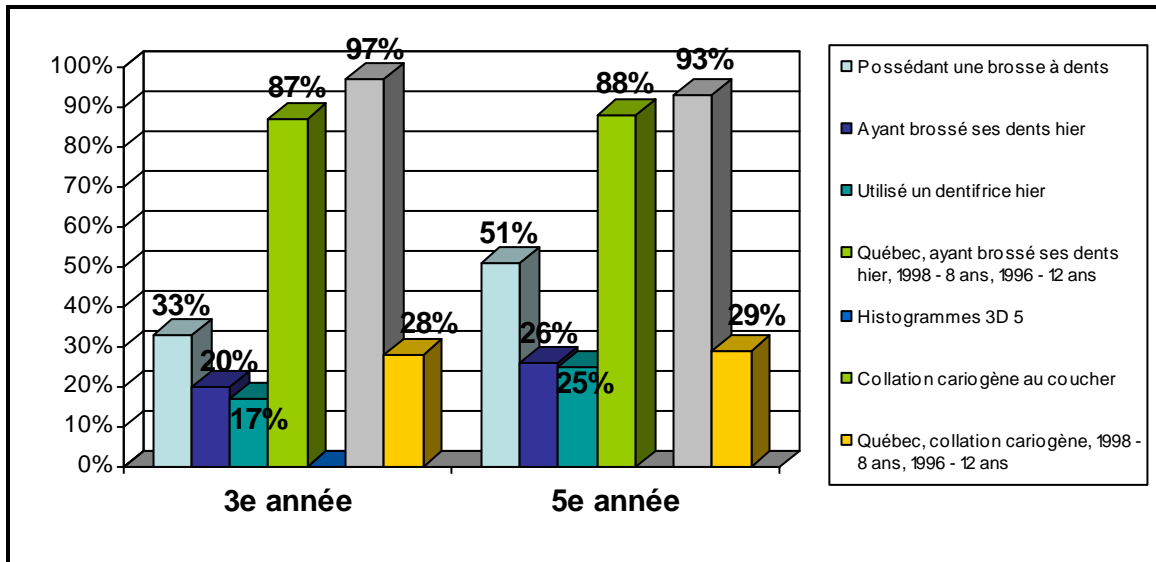
3. Hygiène dentaire, alimentation

Puisque 33 % et 51 % des élèves de troisième année et cinquième année possèdent une brosse à dents (voir figure 4), la distribution de brosses à dents à tous les enfants prévue dans les activités du projet est très pertinente. De plus, étant donné que 20 % et 26 % des élèves se sont brossés les dents la veille, le programme quotidien de brossage des dents avec du dentifrice à l'école s'avère aussi très approprié. En comparaison, des données québécoises montrent que respectivement 87 % et 88 % des enfants de 8 ans et de 12 ans se sont brossés les dents la veille.¹¹ L'achat de brosses à dents par les familles des villages, et de ce fait, la prise en charge de leur propre santé dentaire, demeure cependant un enjeu important d'éducation.

¹¹ Brodeur, J.M., Olivier, M., Benigeri, M., Bedos, C., Williamson, S (2001). Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et 7-8 ans. Collection analyses et surveillance, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.

Brodeur, J.M., Olivier, M., Payette, M., Benigeri, M., Williamson, S., Bedos, C (1999). Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans. Collection analyses et surveillance, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.

Figure 2. Pourcentage d'élèves de troisième et de cinquième année possédant une brosse à dents, ayant brossé ses dents hier, ayant utilisé un dentifrice hier, ayant pris une collation cariogène au coucher, *Semer des sourires* 2010, Québec 1996, 1998.



On observe que la prise de collations cariogènes au coucher est pratiquement généralisée. Il s'agit là d'un facteur de risque important de la carie dentaire.¹² Il y aurait lieu de mieux comprendre les raisons de ce comportement de façon à en diminuer la prévalence ou de favoriser la prise d'une collation de remplacement non cariogène. La promotion d'un brossage des dents avec dentifrice juste avant le coucher demeure un comportement très favorable à acquérir et aiderait à diminuer l'impact de la prise des collations cariogènes au coucher.

4. Carie dentaire

Sévérité de la carie dentaire

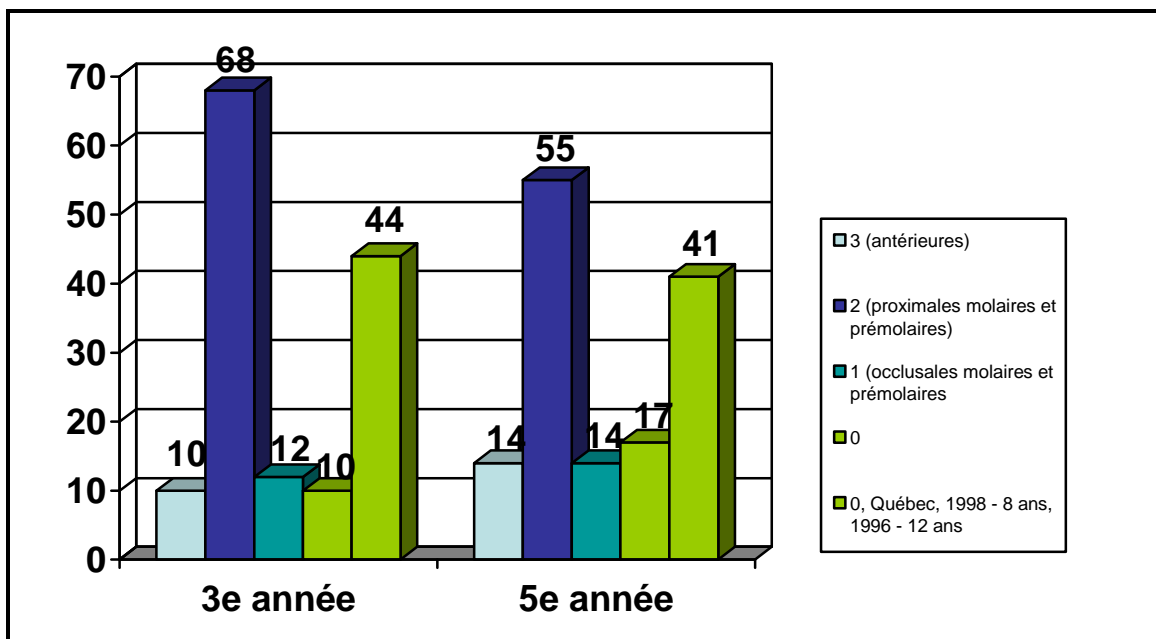
Au regard du dépistage dentaire des élèves effectué par l'hygiéniste dentaire et visant à apprécier la sévérité de la carie dentaire, les dents ont été considérées globalement, sans égard à ce que ce soient des dents primaires ou permanentes. Cette remarque est importante puisque, dans la population rurale d'Amérique centrale, il semble que la prévalence de la carie dentaire soit plus importante sur les dents primaires que sur les

¹² Thitasomakul S, Piwat S, Thearmontree A, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Madyusoh S (2009). Risks for early childhood caries analyzed by negative binomial models. *Journal of Dental Research*; 88(2):137-4.
 Llana C, Forner L (2008). Dietary habits in a child population in relation to caries experience. *Caries Research*; 42(5):387-93.

dents permanentes.¹³ Cette observation apparaît comme étant corroborée par les nombreuses observations cliniques réalisées dans les villages du projet au cours des dernières années par les dentistes des missions de soins dentaires réalisées sous l'égide de *Dentistes Sans Frontières*.

La proportion d'élèves atteints par la carie est de 90 % en troisième année et de 83 % en cinquième année (voir figure 5). Devant de telles proportions, indiquant que presque tous les enfants sont atteints par la carie dentaire, la mise en œuvre des mesures universelles visant à prévenir la carie dentaire qui sont prévues dans les activités du projet (brossage quotidien des dents, rince dents hebdomadaire) est très pertinente.

Figure 3. Pourcentage d'élèves de troisième année et de cinquième année selon le niveau de gravité de la carie dentaire, *Semer des sourires* 2010, Québec 1996, 1998.



La proportion d'enfants présentant une gravité 0 au dépistage, c'est-à-dire sans aucune expérience de carie apparente, s'élève à 10 % en troisième année et à 17 % en cinquième année (voir figure 5). En comparaison, les élèves québécois de 8 ans et de 12 ans sans carie dentaire présentent respectivement des proportions de 44 % et de 41 %.¹⁴ De plus,

¹³ **Infante PF** (1976). Dental Caries Experience in the Deciduous Dentition of Rural Guatemalan Children Ages 6 Months to 7 Years. *Journal of Dental Research*; 55(6), 951-957.

¹⁴ **Brodeur, JM., Olivier, M., Benigeri, M., Bedos, C., Williamson, S** (2001). Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et 7-8 ans. Collection analyses et surveillance, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.

Brodeur, JM., Olivier, M., Payette, M., Benigeri, M., Williamson, S., Bedos, C (1999). Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans. Collection analyses et surveillance, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.

les données des élèves guatémaltèques sont probablement surestimées par rapport aux données québécoises, et ce, pour trois raisons :

- Il y a beaucoup d'enfants non inscrits à l'école; il est possible que ces enfants présentent une moins bonne santé dentaire que ceux inscrits à l'école.
- Les données québécoises sont issues d'un examen complet réalisé par des dentistes formés et calibrés; ce genre d'examen est susceptible de déceler plus de carie qu'un simple dépistage.
- L'expérience de carie dentaire rapportée dans les enquêtes québécoises consiste surtout en des restaurations puisque le niveau de traitement de la carie est très élevé au Québec (autour de 90 %), ce qui n'est pas le cas des élèves des villages; ce genre d'expérience de carie (restaurations) est plus facilement décelable qu'une cavitation, particulièrement à l'inter-proximal des dents postérieures.

Il est donc vraisemblable de faire l'hypothèse que, dans les mêmes conditions d'enquête que celles du Québec, il y aurait moins d'élèves indemnes observés dans les villages touchés par le projet.

On observe également des proportions importantes de caries proximales et sur les surfaces lisses (78 % en troisième année, 69 % en cinquième année). Ces résultats viennent supporter la pertinence du brossage quotidien des dents avec un dentifrice et du programme hebdomadaire de rince dents, l'action topique du fluor étant particulièrement efficace sur les surfaces lisses des dents.

Douleur la nuit

Lorsqu'on questionne les enfants sur la présence de douleur aux dents pendant la nuit, 38 % en troisième année (de 7 % à 83 % des enfants selon les villages) et 35 % en cinquième année (de 0 % à 77 % des enfants selon les villages) rapportent avoir de la douleur. C'est donc dire que plus d'un enfant sur trois se réveille la nuit parce qu'il a mal aux dents.

Ce résultat est conséquent avec la proportion très importante d'enfants atteints par la carie dentaire et, pour la plupart d'entre eux, sinon tous, non traités. Il souligne l'importance d'intervenir non seulement en prévention, mais également en traitements curatifs de façon à soulager ces enfants et leur permettre de vivre sans douleur constante, spécialement la nuit. Le projet *Semer des sourires* mène ces deux types d'intervention.

Besoin évident de traitement

Le besoin évident de traitement se définit comme la présence évidente de cavitation (carie dentaire) nécessitant une obturation ou une extraction. Parmi les élèves de troisième année et de cinquième année, respectivement 58 % et 45 % d'entre eux présentent un besoin évident de traitement (de 13 % à 100 % selon les villages).

Dans un tel contexte, il serait difficile de mettre en œuvre un projet visant la prévention et la promotion de la santé dentaire sans lui adjoindre un soutien clinique en matière de traitement des affections dentaires. Le projet *Semer des sourires* prévoit ainsi l'organisation de services curatifs en parallèle des actions de promotion d'une bonne santé dentaire et de prévention de la carie.

Conclusion

La collecte de données prévoyait quatre objectifs :

1. Produire des données de base pour illustrer la problématique liée au projet (habitudes d'hygiène et alimentaire, sévérité de la carie dentaire).
2. Produire des données de base pour mesurer l'impact du projet (évaluation).
3. Dégager (s'il y a lieu) quelques facteurs explicatifs de la problématique.
4. Proposer (s'il y a lieu) :
 - Des activités à privilégier dans le programme.
 - Des ajustements aux activités du programme.

Les résultats de la collecte de données, notamment au regard de la prévalence et de la sévérité de la carie dentaire, soulignent la pertinence de poursuivre l'ensemble des activités prévues dans le cadre du projet *Semer des sourires*. Les données de base issues de cette collecte permettront de mesurer l'impact des interventions mises en œuvre. Déjà, certains résultats ont mené à des propositions visant à améliorer l'efficacité des interventions (démarches auprès des compagnies de dentifrice et de sel notamment).

Une série d'observations des interventions réalisées dans trois des villages retenus dans le projet *Semer des sourires* a permis d'émettre certaines recommandations susceptibles d'améliorer la mise en œuvre des activités prévues. Ces observations et recommandations sont jointes à l'annexe 1 du présent document.

Enfin, une rencontre du comité de pilotage composé de représentants du Collège des dentistes du Guatemala, du Ministère de la santé du Guatemala et de l'université San Carlos du Guatemala a permis de dégager certaines pistes qui pourraient contribuer à l'amélioration de l'efficacité des interventions. Un compte rendu sommaire de cette rencontre est joint à l'annexe 2.

Annexe 1

Observations des interventions dans trois des villages retenus dans le cadre des activités du projet *Semer des sourires*, et recommandations.

Observation sur le terrain et recommandations

- Les intervenants (infirmières mayas et chauffeur) sont les vrais experts au regard de l'expertise de mise en œuvre de l'intervention en termes de :
 - Culture maya (rôles sociaux, relation à la santé, valeurs familiales, etc.).
 - Culture des villages (organisation sociale, pauvreté, valeurs religieuses, etc.).
 - Connaissance du milieu scolaire des villages.
- L'expertise des intervenants doit être mise à contribution dans tous les aspects du projet touchant à la mise en œuvre :
 - Développement d'outils d'éducation à la santé dentaire.
 - Évaluation d'outils déjà développés.
 - Approche des populations (enfants, femmes).
 - Autres aspects.
- Pour illustrer l'importance de l'expertise des intervenants, le film présenté lors de la rencontre des femmes était inapproprié en regard de la distance culturelle; une validation auprès des intervenants aurait permis d'éclairer la pertinence de l'utilisation d'un tel outil et d'apporter des solutions susceptibles d'améliorer sa pertinence et son efficacité comme outil d'éducation à la santé.
- Les intervenants semblent avoir de la difficulté à exprimer leur point de vue quant à la pertinence des outils; par exemple, le film produit par *Colgate* présenté aux femmes était culturellement inapproprié; les intervenants n'ont eu des réserves sur ce film que lorsqu'on leur a presque suggéré certaines difficultés du film avec la distance culturelle; les intervenants ont besoin d'être encouragés à partager leur avis; ce sont eux les experts au regard de l'expertise de mise en œuvre de l'intervention.
- Les intervenants semblent éprouver de la difficulté à rapporter les difficultés vécues lors des interventions en milieu scolaire lorsque la coordination du projet s'en informe; il est important de leur rappeler qu'ils sont les experts sur le plan de la mise en œuvre et qu'une juste évaluation des interventions est primordiale à l'amélioration des activités du projet; ils doivent donc sans crainte exprimer leur juste point de vue, même si celui-ci est critique; il en va de l'amélioration de l'efficacité des interventions.
- Remarque : il semble y avoir une distance culturelle et hiérarchique entre les intervenants et la coordination du projet; cette distance pourrait ne pas être étrangère à la position ethnologique que semblent occuper les indigènes au Guatemala (citoyens de seconde classe), ainsi qu'aux problématiques d'ordre racial que connaît ce pays (tension entre les blancs – métis et les indigènes).

- Les thèmes abordés doivent être en lien avec l'objectif principal qui est que les enfants se brossent les dents avec du dentifrice deux fois par jour; par exemple, la pertinence du thème : « Comment prendre soin de sa brosse à dents ? » pourrait être questionnée en lien avec l'objectif principal.
- D'autres thèmes abordés lors des rencontres des femmes pourraient être également questionnés; par exemple, « L'utilisation des services d'un cabinet dentaire - la chaise du cabinet, la lampe, etc »; ces familles ne fréquenteront probablement jamais un cabinet dentaire (accessibilité géographique et financière).
- Puisque l'homme semble jouer un rôle important pour ce qui est de l'autorité dans la culture cakchiquel, le chauffeur devrait pouvoir s'impliquer dans les aspects suivants :
 - Animation des rencontres avec les jeunes (film notamment).
 - Rencontres régulières informelles des enseignants et du directeur de l'école pour faire la promotion du projet (aller se présenter, s'informer des améliorations qu'on pourrait apporter au projet, encourager le personnel de l'école, etc.).
- L'efficacité du brossage des dents à prévenir la carie dentaire est liée à l'utilisation du dentifrice avec fluor plus qu'à la technique de brossage; ainsi, les intervenants doivent insister sur l'utilisation du dentifrice lors des démonstrations de brossage des dents en classe.
- Afin de maximiser l'efficacité des interventions, le rôle des enseignants en tant qu'agents multiplicateurs des interventions déployées est important; deux principes de base en éducation étant la continuité et l'intensité, l'enseignant peut poursuivre l'intervention d'éducation à la santé dentaire sans que l'intervenant y soit (soutien au brossage quotidien des dents, soutien à une saine alimentation, intégration au curriculum de messages d'éducation à la santé, etc.); ce faisant, on assure une continuité à l'intervention et l'on maintient une certaine intensité.
- Il serait intéressant de profiter du moment de la collation en classe pour adapter la séance d'éducation en intégrant, pendant que les enfants mangent leur collation, un enseignement sur l'importance d'une bonne collation santé non cariogène comme le melon : elle favorise la santé et n'est pas dommageable pour les dents puisqu'elle est sans sucre raffiné (peut donner des exemples de collations dommageables pour les dents : sucettes, sac de sucre, bonbons, boissons gazeuses, etc.).
- Lors des rencontres de femmes, il y a beaucoup d'enfants qui accompagnent les femmes : une moyenne de deux enfants par femme; beaucoup d'enfants ont une sucette qu'ils trempent dans un sac de sucre; les intervenantes pourraient profiter de ce moment pour renseigner les femmes sur l'importance d'une alimentation non cariogène.
- Lors des rencontres de femmes, la classe est parfois beaucoup trop petite pour le nombre de femmes et d'enfants présents : une quarantaine de femmes, certainement autant d'enfants, un total de plus de 80 personnes; chaleur de la classe, cinq à six

femmes sont debout dans la classe, d'autres sont dans l'entrée de la classe; il faudrait prévoir un local plus grand ou faire deux classes, chacune animée par une intervenante.

- En éducation à la santé, les approches ou interventions qui visent le développement global et qui intègrent plusieurs thématiques différentes sont susceptibles d'être plus efficaces sur le plan du temps et du changement de comportement¹⁵; ainsi, l'intégration de messages d'éducation à la santé au curriculum scolaire permet de faire d'une pierre deux coups; par exemple, tant qu'à faire une dictée en classe, pourquoi ne pas faire une dictée sur l'importance du brossage des dents deux fois par jour avec du dentifrice.
- Les intervenants sont ainsi appelés à développer des outils utiles pour les enseignants dans le cadre de leurs responsabilités académiques et contenant des messages favorisant une bonne santé dentaire.
- Puisqu'il semble y avoir une proportion importante d'enfants qui ne fréquentent pas le milieu scolaire, l'intervention auprès des familles des villages, via des rencontres de femmes, est une voie à privilégier. Cependant, la proportion de femmes qui se présente à ces rencontres apparaît comme étant faible; certaines pistes pour améliorer la fréquentation sont discutées avec les intervenants :
 - Variable géographique : examiner la possibilité de tenir la rencontre des femmes plus près de leur résidence, les bâtiments d'église semblent nombreux, pourquoi ne pas tenir les rencontres dans ces bâtiments ? Autres bâtiments ?
 - Variables ressources humaines : il y a trois intervenantes qui animent une seule rencontre; pourquoi ne pas tenir trois rencontres dans des endroits différents, au même moment, chacune animée par une seule intervenante ?
 - Variable culturelle : faire la promotion des rencontres, d'une bonne santé dentaire et d'une bonne santé générale au travers des communautés chrétiennes de chacune des églises; la santé est une valeur évangélique (Dieu a créé le corps de l'homme et lui demande d'en prendre soin; prendre soin de sa santé, c'est prendre soin de la création de Dieu).
- Afin de nourrir la réflexion quant à l'amélioration des rencontres de femmes et aux raisons possibles d'une faible participation des femmes à ces rencontres, deux focus groups sont organisés tout de suite après la rencontre avec une dizaine de femmes; le résultat de ces rencontres est joint ci-après.

¹⁵ **Organisation mondiale de la santé** (2003). The physical school environment : An essential component of a Health-Promoting School. 1-57.

Veugeliers, P.J., Fitzgerald, A.L (2005). Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: A multilevel comparison. *American Journal of Public Health*; 95 (3), 432-35.

Center for disease and Control and Prevention (2003). *Chronic Disease Prevention: Promising Practices: Opportunities for prevention*. Atlanta.

Howell, W., Devereaux, R.D., Davis, M., Collins, J (2000). Using the school Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating Preventive Medicine. *Preventive Medicine*; 31 (2), S121-S137.

Semer des Sourires

Intervention auprès des femmes des villages

Focus group

Sondage fait dans 2 écoles :

- Paraxquín : 10 femmes
- Pamezul : 15 femmes

1.- Est-ce la première fois que vous assistez à cette présentation ? Oui Non

2.- Si non, à combien de présentations avez-vous participé ?

Aldea Paraxquín	Aldea Pamezul
3 femmes 2 fois 7 femmes 1 fois	5 femmes 1 fois 5 femmes 2 fois 5 femmes 3 fois

3.- Allez-vous assister à la prochaine présentation ? Oui, non, pourquoi ?

Toutes les femmes ont répondu oui, elles vont assister à la prochaine présentation.

Aldea Paraxquín	Aldea Pamezul
Pour apprendre à me brosser les dents et ne pas arriver à avoir douleur.	C'est très important pour la santé.
C'est la première fois qu'un projet vient pour nous montrer comment se brosser les dents.	C'est pour le bien-être de toute la famille, un exemple pour les enfants.
Pour mettre en pratique à la maison la classe d'aujourd'hui.	Ça me plaît d'entendre comment se brosser mes dents.
	J'aime la façon dont vous nous montrez comment on se brosser les dents.

4.- Retenez –vous quelque chose de la présentation d'aujourd'hui ? Oui, non, laquelle ?

Aldea Paraxquín	Aldea Pamezul
Comment me brosser les dents.	J'ai appris comme me brosser les dents.
C'est pour éviter les maladies.	Brosser mes dents 3 fois par jour.
Avoir une brosse à dents est très important et aussi le dentifrice.	J'ai appris que je dois aussi laver ma langue.
On apprend que les maladies de la bouche peuvent s'éviter si je me brosse les dents.	Me brosser les dents pour ne pas avoir des caries.

5.- À la suite des présentations auxquelles vous avez assisté, vos habitudes de brossage des dents ont-elles changées (avez-vous commencé ou vous vous brossez les dents plus souvent ?)

Aldea Paraxquín	Aldea Pamezul
Oui, quand on assiste à la formation on apprend à comment se brosser les dents.	Oui, j'ai appris à me brosser les dents.
Oui, on apprend que se brosser les dents est important pour se protéger les dents.	Je n'avais jamais brossé mes dents, maintenant je le fais.
Oui, j'aime venir parce que le thème change.	J'ai appris que je dois laver mes dents 3 fois par jour.
Quand je suis venue la première fois, je n'avais pas compris l'importance de se brosser les dents. Maintenant je me brosse les dents plus souvent.	

6.- Pourquoi pensez-vous que les autres femmes n'assistent pas aux présentations ?

Aldea Paraxquín	Aldea Pamezul
Il faut faire d'autres activités pour intéresser aux femmes de venir.	Il y a beaucoup de femmes qui travaillent.
C'est l'intérêt de chacune, mais il faut penser au travail que vous faites pour nous.	Parfois, les femmes ont un petit commerce dans le village.
Les femmes n'ont pas compris encore l'importance de venir aux réunions.	Elles n'ont pas reçu l'avis pour assister.
Chacune est responsable de venir et on ne peut pas les obliger.	Ça ne les intéresse pas de venir.
	Les femmes doivent laver leur linge et faire le tissu.

7.- Afin d'améliorer nos interventions, auriez-vous des suggestions à nous faire ?

Aldea Paraxquín	Aldea Pamezul
Prier à Dieu pour qu'elles viennent.	Il faut faire de petits groupes, ensuite plus de personnes viendront.
Il faut faire confiance, peu à peu les femmes vont venir.	Nous serons un exemple pour les autres femmes.
Si les enfants ne viennent pas à l'école, on ne peut pas savoir la date de l'intervention.	Prévenir un jour à l'avance. Des fois, on reçoit le message la journée même.

Annexe 2

Compte rendu sommaire de la rencontre du Comité de pilotage du projet *Semer des sourires* tenue le 23 mars 2010 à Guatemala Ciudad.

Mardi 23 mars 2010, Guatemala Ciudad

Rencontre du comité de pilotage

- Docteur Fernando Ancheta, professeur, Université de San Carlos
 - Docteur Samuel Cohen, Ministère de la Santé, programme de santé buccodentaire
 - Docteur Martin Généreux, consultant, Direction de santé publique de Montréal
 - Isabel Herrera, responsable du projet *Semer des sourires* au Guatemala
 - Docteur Claude Leduc, responsable du projet *Semer des sourires* à Montréal
 - Docteur Axel Popol, président du Collège des dentistes du Guatemala
 - Docteur Jose Manuel Lopez, professeur, Université de San Carlos
-
- Présente des résultats de la première collecte de données; questions et commentaires des participants.
 - Compte tenu des résultats, certaines interventions sont présentées comme étant prioritaires :
 1. Le brossage quotidien des dents à l'école avec le dentifrice guatémaltèque *Dentaline*.
 2. Le rince dent fluoruré hebdomadaire à l'école (ou un brossage hebdomadaire des dents avec du gel fluoruré; à cet effet, voir le programme déjà implanté par l'université San Carlos dans le village de Panimacoc).
 - Ces activités sont déjà implantées dans la plupart des écoles des villages.
 - Il est important de rappeler que, dans un contexte de raréfaction des ressources, les enseignants peuvent agir comme agents multiplicateurs des interventions prévues au projet *Semer des sourires*.
 - Une autre activité prioritaire du projet demeure les rencontres des femmes du village; ces rencontres permettent, entre autres de faire évoluer, s'il se peut, certains aspects de la culture de ces femmes, notamment au regard de l'alimentation (collations cariogènes, boissons gazeuses) et de l'importance de prendre soin de sa santé (valeur chrétienne, éducation via les communautés chrétiennes des églises des villages).
 - D'après une analyse d'un laboratoire montréalais, la teneur en fluorure du dentifrice *Dentaline*, ainsi que de trois sels vendus dans le commerce guatémaltèque (*Suli*, *Raidante*, *Sabemas*) est en deçà des normes reconnues comme étant efficaces pour prévenir la carie dentaire.
 - Les participants émettent l'idée d'un sceau d'approbation émanant du Collège des dentistes du Guatemala et de l'université San Carlos visant à reconnaître les produits favorisant la prévention de la carie dentaire; à cet effet, ils suggèrent de faire des démarches auprès de la compagnie *Dentaline* afin de hausser son contenu en fluor à des concentrations reconnues efficaces pour prévenir la carie dentaire et d'ainsi, pouvoir bénéficier d'un sceau d'approbation.
 - Les participants émettent également l'idée de faire des représentations dans le même sens auprès des compagnies productrices de sel.

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Semer des sourires Projet d'intervention de santé dentaire publique dans un milieu rural du Guatemala. Résultats de la première collecte de données	5 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) 978-2-89494-922-1		

Nom _____

Adresse _____

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone _____

Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 