

Déclaration d'Abuja pour une dentisterie sans mercure en Afrique:

Afrique sera le 1er Continent à éliminer l'amalgame dentaire

Le Sommet Ouest-Africain sur l'élimination progressive des amalgames dentaires s'est tenu à Abuja le 20 mai 2014, réunissant des dirigeants d'ONG des pays de la CEDEAO du Bénin, de la Côte d'Ivoire, du Ghana, du Nigeria et du Sénégal, avec en plus la Tanzanie. Ils ont adopté la Déclaration d'Abuja, puis ont invité les dirigeants d'ONG de toute l'Afrique à se joindre à eux en tant que signataires.

Conscients du fait que le mercure, qui est utilisé dans les amalgames dentaires, est un matériau de restauration constitué d'environ 50% de mercure élémentaire¹, et de façon notoire est un métal lourd de portée mondiale qui est connu pour être un poison puissant du système nerveux humain².

Consciente que le mercure dentaire compte pour 10% de la consommation mondiale annuelle de mercure³ et représente 260-340 tonnes métriques de pollution par le mercure dans le monde chaque année⁴.

Sachant que le mercure dentaire pénètre dans l'environnement par l'intermédiaire de nombreuses voies de rejet, notamment ; dans l'air par l'incinération, les rejets atmosphériques des cliniques dentaires, et l'incinération des boues d'épuration ; l'eau par les déchets humains des personnes portant des amalgames et les rejets des cabinets dentaires, de leurs fosses septiques dans les eaux municipales ; et le sol via les sites d'enfouissement, les enterrements et les engrangements.⁵

Comprenant qu'une fois le mercure dentaire dans l'environnement, les bactéries dans les sols et les sédiments peuvent le convertir en méthylmercure⁶, "une forme hautement毒ique qui s'accumule dans les poissons, les crustacés et les animaux qui se nourrissent de poissons, ce qui fait des poissons et des crustacés les principales sources d'exposition au méthylmercure pour les humains.

Conscient de l'existence d'une littérature importante qui montre que le méthylmercure peut endommager le cerveau des enfants en développement et de leur système nerveux avant même leur naissance⁷.

Reconnaissant que dans les cabinets dentaires, les vapeurs de mercure incontrôlées constituent un risque professionnel majeur, en particulier pour les jeunes femmes en âge de procréer⁸, et que l'amalgame n'est pas compatible avec la dentisterie moderne. Vu que contrairement aux matériaux d'obturation sans mercure moins invasifs, la pose d'amalgame exige le retrait d'une quantité importante de matériel dentaire sain, ce qui affaiblit la structure de la dent et peut conduire à des soins dentaires plus chers dans le futur⁹.

Rappelant que tout au long de négociations de la Convention de Minamata, la région Afrique a travaillé très dur pour s'assurer que la réduction de l'utilisation de l'amalgame dentaire en particulier est incluse dans le traité, en faisant valoir avec force les arguments nécessaires pour l'élimination de l'amalgame en général, et ceux pour la fin de l'amalgame dans les dents de lait spécifiquement.

Rappelant en outre que lors de la cruciale consultation régionale de Pretoria en Afrique du sud, le 9 mai 2012, la Région africaine a hardiment adopté un plan pour l'amalgame dentaire : « les étapes d'élimination progressive », qui couplé avec des modifications ultérieures a été inscrit dans le traité.

Saluant le fait que par la Convention de Minamata sur le mercure récemment adoptée, le monde reconnaît que l'amalgame dentaire est un polluant environnemental majeur et requiert de chaque pays participant "une élimination progressive de l'utilisation de l'amalgame dentaire."¹⁰

Compte tenu du fait que les matériaux de restauration dentaire sans mercure sont beaucoup moins chers que l'amalgame dentaire lorsque les coûts environnementaux et sociaux sont pris en compte¹¹.

Considérant en outre que, les coûts d'utilisation des ionomères de verre sans mercure pour le Traitement Atraumatique de Restauration ou ART (y compris le retraitement) sont d'environ la moitié du coût de l'amalgame sans retraitement, ce qui rend cette technique sans mercure nettement plus abordables dans les collectivités à faible revenu, en particulier dans les zones sans électricité ou certaines cliniques dentaires.¹²

Notant que les matériaux de restauration dentaire sans mercure sont efficaces selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé *Future Use of Materials for Dental Restoration*, qui stipule que «des données récentes suggèrent que les RVC [Les Résines de Verre Composites] se comportent aussi bien» que l'amalgame¹³, et offrent en plus d'autres avantages pour la santé buccale parce que "les matériaux adhésifs à résine" permettent une destruction moindre de la dent et, par conséquent, une plus longue survie de la dent elle-même.

Notant en outre que, cette Déclaration d'Abuja s'inscrit pleinement dans l'esprit de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique (Août 2008)¹⁴.

Encouragé par l'appel de l'OMS aux organismes de financement à prendre des initiatives et encourager le remplacement de l'amalgame comme le matériau de choix pour les dents postérieures par les systèmes adhésifs "¹⁵.

Regrettant le fait que les groupes de pression pro-amalgame voient la Convention de Minamata comme une chance de faire du profit en Afrique en faisant de l'élimination des amalgames une promotion de coûteux équipements maintenant l'usage de l'amalgame, tels que les séparateurs.

Conscient du fait que, séparateurs n'ont pas de valeur en Afrique puisqu'il n'existe aucune infrastructure pour recueillir et stocker le mercure provenant des cabinets dentaires.

Nous, les ONG qui se sont réunies à Abuja le 20 mai 2014, lançons cet appel aux Nations d'Afrique à:

1. Déclarer que les enfants d'Afrique - et tous les peuples d'Afrique - ont un droit fondamental à des soins dentaires sans mercure et un environnement sans mercure.
2. Travailler ensemble et faire de l'Afrique le premier continent avec une dentisterie sans mercure - considérant que la quantité actuelle d'amalgame dentaire utilisé en Afrique est beaucoup plus proche de zéro que dans n'importe quel autre continent. En 2010, la région de l'Afrique subsaharienne utilisé seulement six (6) tonnes de mercure dentaire¹⁶.
3. Adopter des stratégies efficientes de réduction progressive des amalgames qui ont fait leurs preuves dans les pays qui ont déjà éliminées ou considérablement réduit l'utilisation du mercure dentaire par:
 - a. La sensibilisation sur les effets du mercure dentaire en direction des parents, des consommateurs, des professionnels de la dentisterie, des professionnels de la santé et des enseignants.
 - b. Promotion des avantages des matériaux de restauration dentaire sans-mercure,
 - c. l'Encouragement des programmes gouvernementaux et des polices d'assurance qui favorisent les matériaux de restauration dentaire sans mercure,
 - d. La formation des professionnels de la dentisterie à utiliser des techniques et des matériaux de restauration dentaire sans mercure,
 - e. Décourager l'usage de l'amalgame dans les dents de lait (dents primaires),
 - f. Protéger les travailleurs de la dentisterie des vapeurs de mercure dans leur milieu de travail,
 - g. L'élaboration d'un plan national pour fixer des objectifs de réduction et d'élimination de l'utilisation de l'amalgame,
- h. Mise à jour des programmes d'enseignement dans les facultés de médecine dentaire en mettant l'accent sur la dentisterie sans mercure, et
 - i. Transformant les hôpitaux en des milieux offrant des services et des soins sans mercure.
4. Faire pression sur les pays exportateurs et les organismes de financement pour que cesse le commerce toxique du mercure dentaire en Afrique, et que cesse l'envoi des groupes d'intérêt en Afrique dont le but est n'est pas d'éliminer l'amalgame en Afrique.
5. S'opposer à ce que les fonds de la Convention de Minamata soient utilisés au profit de l'industrie des séparateurs d'amalgames ou des intérêts d'autres industriels étrangers qui cherchent à saper le processus d'élimination de l'amalgame en Afrique.
6. Rejeter la mentalité d'une double norme qui en déduit que les Africains doivent accepter les toxines que le reste du monde rejette.
7. Former un front uni pour la dentisterie sans mercure en Afrique avec tous les Gouvernements Africains et l'Union africaine.
8. Promouvoir et défendre, de par leurs Organisations de la Société Civile (OSC), la dentisterie sans mercure comme une voie d'expansion des soins de santé bucco-dentaire en particulier pour les enfants.

Signatories

GAPROFFA, Benin

JVE COTE D'IVOIRE, Côte d'Ivoire

Ecological Restorations, Ghana

SRADev Nigeria, Nigeria

PAN AFRICA, Sénégal

AGENDA for Environment and Responsible Development (AGENDA), Tanzania

Consumer Campaign Foundation, Nigeria

SEDI Nigeria, Nigeria

CREPD, Cameroun

Propreté, Environnement et Santé "P.E.S.", Burundi

Environment, Human Rights Care and Gender Organization (ENVIROCARE), Tanzanie

Pesticide Action Network (PANeM), Mauritius

Uganda Network on Toxic Free Malaria Control (UNETMAC), Uganda

Tanzania Association of Public, Occupational and Environmental Health Experts (TAPOHE), Tanzanie

ASP (T) Network, Tanzanie

The Movement for the Survival of the Ogoni People (MOSOP), Nigeria

Foundation HELP, Tanzanie

ECO-Ethics Kenya, Kenya

Tanzania Consumer Advocacy Society (TCAS), Tanzanie

Pesticide Action Nexus (PAN) Ethiopia, Ethiopia

Environment Youth Action Network (EYAN), Ghana

Gender and Environmental Right Initiative, Nigeria

Irrigation Training and Economic Empowerment Organization (IRTECO), Tanzanie

Friends of the Environment (FOTE), Nigeria

Earthlife Africa – Cape Town , South Africa

Institute for Zero Waste in Africa (IZWA), South Africa

PSR Kenya, Kenya

Association pour la protection de l'environnement et le développement durable de Bizerte (APEDDUB), Tunisie

Earthsavers Movement Uganda Chapter, Uganda

L'Association d'Education Environnementale et de Protection des Oiseaux au Maroc (SEEPOM), Moroc

Development Indian Ocean Network (DION), Mauritius

Association de l'Education Environnementale pour les Futures Génération (AEEFG), Tunisie

Pro-biodiversity Conservation in Uganda (PROBICOU), Uganda

groundWork, South Africa

ADEC, Sénégal

Action pour la Conservation de l'Environnement Et le Développement Durable (ACEDD), Mali

AVD Kowa Murna, Niger

RNDD Niger, Niger

Organisation Pour l'Environnement et le Développement Durable OPED-TOGO, Togo

Centre Optionnel pour la Promotion et la Régénération Economique et Sociale Secteur Afrique (COPRESSA), Cameroun

¹ U.S. FDA, *Final Rule for Dental Amalgam*,

<http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/DentalProducts/DentalAmalgam/UCM174024.pdf>, p.86

² UNEP, <http://www.unep.org/chemicalsandwaste/Mercury/tabid/434/Default.aspx> (“Mercury is a notorious heavy metal of global concern and known to be a potent poison of the human nervous system since Greek and Roman times.”)

³ UNEP/AMAP, *Technical Background Report to the Global Atmospheric Mercury Assessment* (2008), p.20

⁴ Données provenant du PNUE

⁵ Concorde East West, *The Real Cost of Dental Mercury* (March 2012),

http://www.zeromercury.org/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=158%3Athe-real-cost-of-dental-mercury&Itemid=70

⁶ <http://www.epa.gov/hg/exposure.htm>

⁷ United States Environmental Protection

Administration, <http://yosemite.epa.gov/opa/admpress.nsf/d0cf6618525a9efb85257359003fb69d/a640db2ebad201cd852577ab00634848!OpenDocument> (2010).

⁸ Mahmood A. Khwaja and Maryum Shabir Abbasi, *Mercury Poisoning Dentistry: High level indoor air mercury contamination at selected dental sites*. REVIEWS OF ENVIRONMENTAL HEALTH (New York Academy of Sciences, April 2014)

⁹ American Academy of Pediatric Dentistry, *Guideline on Pediatric Restorative Dentistry* (revised 2008) (“Amalgam restorations often require removal of healthy tooth structure to achieve adequate resistance and retention.”); World Health Organization, FUTURE USE OF MATERIALS FOR DENTAL RESTORATION (2011), http://www.who.int/oral_health/publications/dental_material_2011.pdf, p.16 (“Adhesive resin materials allow for less tooth destruction and, as a result, a longer survival of the tooth itself. Funding agencies should take the initiative and encourage the replacement of amalgam as the material of choice for posterior teeth with adhesive systems.”)

¹⁰ Minamata Convention (2013)

¹¹ Lars D. Hylander & Michael E. Goodsite, *Environmental Costs of Mercury Pollution*, SCIENCE OF THE TOTAL ENVIRONMENT 368 (2006) 352-370; Concorde East West, *The Real Cost of Dental Mercury* (March 2012), pp.3-4

¹² Pan American Health Organization, *Oral Health of Low Income Children: Procedures for Atraumatic Restorative Treatment (PRAT)* (2006), http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_top_PT_low06.pdf, p.xii. (“The costs of employing the PRAT approach for dental caries treatment, including retreatment, are roughly half the cost of amalgam without retreatment. PRAT as a best practice model provides a framework to implement oral health services on a large scale, and it can reduce the inequities for access to care services.”); S. Mickenautsch, I. Munshi, & E.S. Grossman, *Comparative cost of ART and conventional treatment within a dental school clinic*, JOURNAL OF MINIMUM INTERVENTION IN DENTISTRY (2009), <http://www.miseeq.com/e-2-2-8.pdf> (“ART is also a cost-effective means of oral health care within a modern dental clinic. The ART approach can be undertaken at approximately 50% of the capital costs of conventional restorative dentistry.”)

¹³ World Health Organization, FUTURE USE OF MATERIALS FOR DENTAL RESTORATION

(2011), http://www.who.int/oral_health/publications/dental_material_2011.pdf, p.11

¹⁴ http://www.afro.who.int/fr/downloads/doc_download/2224-declaration-de-libreville-sur-la-sante-et-lenvironnement-en-africelibreville-le-29-aout-2008.html

¹⁵ World Health Organization, FUTURE USE OF MATERIALS FOR DENTAL RESTORATION

(2011), http://www.who.int/oral_health/publications/dental_material_2011.pdf, p.16

¹⁶ AMAP/UNEP Technical Report for the Global Mercury Assessment” (2013),

<http://www.amap.no/documents/doc/technical-background-report-for-the-global-mercury-assessment-2013/848>, at p. 103