

# **AOI**

## **DESCRIPTION DU PROJET**

**APPUI AU DÉVELOPPEMENT  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE BUCCO-DENTAIRE  
EN HAITI**

**Septembre 2005**

# SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	3
I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ACTION .....	4
1.1-Contexte du projet.....	4
1.1.1- Présentation de l'environnement.....	4
1.1.2- Politique nationale dentaire .....	4
1.1.3- Complémentarité avec les programmes existants.....	5
1.1.4- Présentation des études préalables réalisées .....	5
1.2- Diagnostic et problèmes à résoudre par le projet.....	5
1.2.1- Analyse des problèmes à résoudre ou des progrès à réaliser .....	5
1.3- Bénéficiaires, participants et principaux acteurs impliqués dans le projet. ....	8
II- DESCRIPTION DE L'INTERVENTION .....	9
2.1- Objectifs généraux .....	9
2.2- Objectifs spécifiques .....	9
2.3- Résultats attendus.....	10
2.4 - Activités .....	11
III- HYPOTHÈSES ET RISQUES.....	12
IV- MISE EN ŒUVRE .....	12
4.1 - Organisation et procédure.....	13
4.2- Planification des ressources.....	14
V-FACTEURS DE QUALITÉ ET DE VIABILITÉ .....	15
5.1- Facteurs de qualité.....	15
5.2- Facteurs de viabilité et de pérennité .....	16
VI- SUIVI ET ÉVALUATION.....	17
6.1- Chronogramme des activités.....	17
6.2- Méthode de suivi .....	18
6.3- Évaluation.....	18
VII-DURÉE ET CALENDRIER DU PROJET .....	19
VIII- SCHÉMA DE FINANCEMENT .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## **LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

ADH : Association Dentaire Haïtienne

ART : méthode atraumatique de restauration, utilisant des instruments manuels et des ciments ionomères de verre pour obturer les dents de lait surtout.

DSS : dentiste en service social

IDH : indicateur de développement humain

IEC : Information-Education- Communication

MSP : Ministère de la Santé Publique et de la Population

MENJS : Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMS : Paquet Minimum de Services

PNSBD : politique nationale de santé bucco-dentaire

SBD : Santé bucco-dentaire

SOE : Service Oécuménique d'Entraide

SP : santé publique

# I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ACTION

## 1.1-Contexte du projet

### 1.1.1- Présentation de l'environnement

Grande comme un huitième de la France, Haïti est située à l'Ouest de l'île d'Hispaniola, avec pour unique frontière la République Dominicaine. Elle est dotée d'un climat tropical sur les côtes, semi-aride dans les montagnes. Le point culminant se situe à 2.680 m. dans la Chaîne de la Selle. Haïti est soumise chaque année aux tempêtes et aux ouragans, elle est aussi sporadiquement victime d'inondations, de tremblements de terre et de sécheresses.

D'un point de vue environnemental, Haïti souffre de déforestation intensive autant pour agrandir la surface agricole que pour se procurer des combustibles, en conséquence, les sols sont soumis à l'érosion. Enfin, l'eau potable est loin d'être partout disponible.

La capitale, Port au- Prince, est située au sud-ouest du pays, deux à trois millions d'Haïtiens y vivent.

Economie : quand chômage, inégalités et pauvreté riment...80 % de la population environ vit en dessous du seuil de pauvreté absolue, le PNB par habitant représentait 1.800 dollars US par personne et par an (en parité du pouvoir d'achat) en 2000.

L'IDH est le plus faible du continent américain, reflétant une situation socio-économique extrêmement précaire. L'argent de la diaspora- USA, Canada, Europe- contribue largement à l'entretien d'une bonne part de la population.

Sur 8 millions d'Haïtiens, plus de 40 % ont moins de 15 ans, 55,52% entre 15 et 64 ans. Avec un taux de natalité de 31,68 pour 1000 et un taux de mortalité de 15 pour mille, la population croit à un rythme de 1,4 % par an. La mortalité infantile est très élevée: 95 pour mille, et l'espérance de vie à la naissance reste parmi les plus faibles au monde: 52,4 ans. 60 % de la population n'a pas accès aux services de santé.

Le projet s'inscrit dans ce cadre ; la population qu'il cible est urbaine (Port-au-Prince) et rurale dans la mesure où d'autres ONG – autre que l'AOI dans le Nord-Ouest- peuvent intégrer le réseau d'institutions dentaires prévu.<sup>1</sup>

### 1.1.2- Politique nationale dentaire

La politique nationale dentaire n'est actuellement pas représentée par un document officiel, et ne fait pas l'objet d'une proposition de la part du MSPP ; cependant en juin 04, l'ADH<sup>2</sup> a soumis à ce dit Ministère un document de politique de soins bucco-dentaires, s'inspirant des termes de référence que l'on trouve dans le PMS.

Dans le PMS, à tous les niveaux de soins, l'hygiène dentaire pour les enfants et adultes y apparaît ; au niveau des hôpitaux de référence, on parle de soins des

---

<sup>1</sup> cf. carte d'Haïti

<sup>2</sup> Nous aurons de cet organisme, une lettre d'appui.

urgences dentaires, de la douleur et des pathologies courantes. Les activités de soutien du PMS, mentionnent l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire.

Il nous paraît important d'essayer de combler ce « vide », car en Haïti, comme ailleurs, les pathologies dentaires existent et font partie des problèmes de santé. Le MSPP se devrait d'avoir un document de politique de santé dentaire, adaptée au contexte.

### 1.1.3- Complémentarité avec les programmes existants

De nombreuses ONG gèrent des programmes de santé, en appui à des structures existantes ou en développant leurs propres activités; dans le Nord-Ouest on peut citer Initiative Développement, qui a été partenaire de l'AOI pendant de nombreuses années.

Les programmes de santé ont différents volets, peu s'occupent de santé dentaire, mais on peut cependant en citer quelques-uns, en province comme en milieu urbain : Pignon (Plateau Central); au Cap ; Pilatte (Nord-Ouest); Christianville (Ouest); Fondation Max Cadet, SOE, Foyer Maurice Sixto (Port-au-Prince). Ces ONG ont des programmes de soins dentaires offrant un service de bon rapport qualité / prix à la population.

### 1.1.4- Présentation des études préalables réalisées

Hormis une étude nationale réalisée par des dentistes de la Faculté d'Odontologie en 1999, et pas encore publiée, les documents ou rapports concernant la santé dentaire sont le fruit du travail ponctuel et régional de certaines ONG (SOE, AOI).

Il en résulte le plus souvent, une prévalence de la carie élevée à partir de 12 ans, suite au manque d'hygiène, à l'accès aux soins difficiles, des problèmes parodontaux parfois précoces, des régions où la fluorose est importante.

Le quotidien en clinique, selon que ce soit une zone urbaine ou rurale, montre des affections similaires, dentaires et parodontales, parfois de moindre gravité en ville (dépendant encore du milieu social) car pouvant être soignées, autant chez les enfants que chez les adultes jeunes et moins jeunes. Il existe aussi des problèmes orthodontiques, difficilement traitables à cause du coût et de l'absence de spécialistes dans ce domaine.

La prévention des affections bucco-dentaires en milieu scolaire n'est pas très avancée. Mais il semble, référence à des études régionales, que la consommation de sucres cariogènes est moins élevée en Haïti (zones rurales) que dans les autres pays de la Caraïbe.

## 1.2- Diagnostic et problèmes à résoudre par le projet

### 1.2.1- Analyse des problèmes à résoudre ou des progrès à réaliser

Les problèmes à résoudre sont le plus souvent liés à l'absence de contrôle et de planification observés dans le domaine dentaire en Haïti, des lacunes existant au niveau des services et de la formation, et ce, par les autorités responsables. Les solutions à ces problèmes impliquent un engagement de toute la « communauté » dentaire.

En ce qui a trait au renforcement des capacités, les auxiliaires qui travaillent à différents endroits du pays et dans différentes structures ont été formés « sur le tas » ou suivant certains principes mais leurs formations sont hétéroclites, certains ont des lacunes. Il serait important de les combler et l'absence d'homogénéité du curriculum de formation reste un obstacle à la prise en considération de ce personnel par le MSPP.

Les dentistes ayant eu ou ayant la responsabilité de gérer des programmes dentaires communautaires ne sont pas aptes à ces tâches car ils n'ont pas de notions de santé publique dans le curriculum de formation, hormis s'ils sont partis à l'étranger. Dans ce cas, ils choisissent le plus souvent d'y rester ou de revenir travailler dans un contexte bureaucratique et non plus clinique, ce qui ne dessert pas les besoins de la promotion de la santé dentaire communautaire dans le pays.

Les programmes de santé scolaire sont déjà peu nombreux, mais rares sont ceux qui incluent l'éducation et l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire dans leur contenu. Il est important que des enfants acquièrent dès leur jeune âge ces notions préventives, car l'accès aux soins coûte cher, les gens n'ont que peu de moyens et des mesures simples d'hygiène empêchent certaines pathologies de s'installer de façon précoce. D'autre part, les scolaires sont faciles à cibler, et un groupe de choix pour la transmission des messages.

Si des programmes dentaires existent déjà à ce niveau, ils sont tous différents en terme de méthode et de matériel utilisé : la cellule du MSPP cherche encore à identifier les institutions en santé scolaire et voudrait choisir parmi ceux existants- ou fabriquer- un module unique pour les soins dentaires. Il faut aller effectivement dans ce sens pour avoir un minimum d'efficacité.

La maintenance des équipements représente un aspect essentiel d'un programme de soins dentaires, dans la mesure où les cliniques dentaires fonctionnent avec des installations indispensables aux soins dentaires, selon la norme admise en 2005 (ou alors on reste au stade de l'extraction). Les réparateurs locaux ont été formés sur le tas; ils en existe de compétents (pas plus de 3 pour le pays), mais aussi beaucoup d'amateurs.

Le problème se pose quand il s'agit de les envoyer en province : l'accès, le manque de pièces sur place, augmente le coût des prestations et les équipements restent souvent en panne trop longtemps pour pouvoir parler de viabilité des cliniques communautaires. Il serait donc justifié de former des techniciens en province, autant qu'à Port-au-Prince, et que ces derniers puissent avoir des outils spécifiques ainsi qu'un accès plus facile à des pièces détachées.

Plusieurs institutions ont des programmes ou des cliniques dentaires, en province et à Port-au-Prince, mais elles fonctionnent de façon isolée, avec du personnel formé et payé par leurs directeurs, développent des programmes de prévention, de soins, sans savoir si d'autres le font déjà, au risque de réplique inutile et qui n'apporte rien au niveau de la promotion nationale de la santé dentaire.

Il faudrait que ces institutions essaient de se rencontrer, regrouper dans la mesure de leurs possibilités afin de composer un groupe (de tendances diverses) représentatif de la profession, partageant des objectifs et des moyens communs pour l'avancée des techniques de soins en Haïti, l'introduction de projets concrets dont puisse bénéficier la population.

La constitution d'un réseau d'institutions pourrait avoir, comme objectif, de produire un document en réponse à une lacune : l'absence de politique de santé bucco-dentaire au Ministère de la santé, malgré que tous les éléments de sa légitimité soient présents au niveau du PMS<sup>3</sup>.

### 1.2.2- Analyse des options retenues pour aborder ces problèmes

Les auxiliaires déjà formés et qui fonctionnent au sein de structures de santé devront être recyclés; une évaluation de leur formation, des lacunes à combler précèdera un nouveau curriculum commun à tous les intéressés, condition initiale à de la formation continue régulière.

Ces activités peuvent avoir lieu dans des institutions existantes (Fondation Cadet) qui ont déjà des locaux appropriés; elles peuvent se réaliser avec des intervenants locaux et être coordonnées par un animateur du réseau d'institutions formé préalablement.

Un curriculum de formation commun à tous les auxiliaires dentaires appuierait la présentation d'acceptation d'une demande de diplôme au MSPP.

Quant à la formation des dentistes, elle peut être régie par le même principe : formation initiale ou continue- au sein du réseau, par des dentistes locaux ayant acquis une formation spécifique dans un domaine et étant capables de restituer leurs connaissances, préparer du matériel ou des cours. Si la demande en formation ne peut pas avoir de réponse locale, l'intervention d'un professionnel – ou d'une institution-étrangère serait plus accessible dans le cadre d'un réseau (plus de participants, coûts partagés) que d'institutions isolées.

Au niveau des programmes scolaires, l'identification d'un module pédagogique déjà existant, où à créer en collaboration avec les institutions intéressées et sous la houlette de la cellule scolaire du MSPP et MENJS reste indispensable pour avoir, au niveau national, une politique de prévention et d'information commune à toutes les écoles et aux institutions ayant des programmes scolaires.

La formation à la maintenance devra être réalisée par un intervenant étranger<sup>4</sup>, ayant connaissance du contexte et de ce qu'il peut y trouver en termes de pièces et outils. Les personnes qui seront sélectionnées –tant en province qu'à la capitale- devront avoir un profil déterminé par les demandeurs (ce choix a déjà été fait par certaines institutions comme SOE, Fondation Max Cadet, AOI). La formation pourrait avoir lieu à la Faculté d'Odontologie, qui possède une grande salle de pratique, avec au moins 10 à 20 fauteuils, ou à la Fondation Max Cadet.

---

<sup>3</sup> le PMS prévoit des interventions dentaires à tous les niveaux de soins.

<sup>4</sup> Il n'existe pas de formation de ce genre dans le pays.

Il serait important d'ouvrir cette formation aux personnes intéressées, moyennant finances, et de créer, à cette occasion, des contacts à l'étranger qui permettraient un réapprovisionnement plus facile en pièces de rechange.

La proposition d'une politique de santé bucco-dentaire et d'un programme national dentaire au MSPP reste l'ultime et importante étape de ce processus visant à promouvoir et améliorer ce qui a trait à la santé bucco-dentaire communautaire en Haïti.

Si le réseau se met en place et fonctionne avec quelques projets concrets, comme la fluoruration du sel iodé, l'accès à des pâtes dentifrices bon marché, la pratique de l'ART, il est possible de présenter un document collectif (fait par ces institutions représentatives de la profession : ADH, Faculté, ONG) montrant la préoccupation de tous, d'avoir en 2005, des ressources humaines et matérielles répondant aux principaux besoins de la population en matière de soins dentaires communautaires.

### 1.3- Bénéficiaires, participants et principaux acteurs impliqués dans le projet.

**Les bénéficiaires : la population desservie par les centres de santé impliqués dans ce projet (100.000 habitants sur le Nord ouest, une partie de la population de Port-au-Prince pouvant être évaluée à 500.000 personnes réparties sur les centres qui entreront dans le réseau), les élèves des écoles ciblées par les programmes scolaires (8 à 10.000) , les auxiliaires (25), les dentistes, les techniciens en maintenance (10).**

Les bénéficiaires ne seront impliqués dans la mise en œuvre de ce projet que par leur participation, leur présence active aux différentes activités proposées. Certains membres de la communauté peuvent avoir des postes ou fonctions administratives facilitant aux promoteurs de ce projet certaines tâches, offrant leurs services pour des opérations ponctuelles.

Les auxiliaires et dentistes constituent la base de l'offre de soins; si leurs compétences augmentent avec des formations adéquates, le service n'en sera que meilleur. Ils peuvent participer à l'évaluation de l'impact des méthodes IEC au niveau scolaire.

Quant aux techniciens en maintenance, ils sont déjà incontournables et ne le deviendront que plus s'ils apportent de meilleures réponses aux problèmes de matériel; ils interviendront dans la mise en œuvre de protocoles de réparation, le suivi régulier du matériel des institutions qui feront appel à eux.

**Les partenaires :** l'ADH, la Faculté, les ONG, le MSPP

Les premiers partenaires actifs tant au niveau de la conception que de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de ce projet restent l'ADH, la Faculté et deux ou trois ONG initialement actives qui seront peut-être suivies par d'autres une fois le processus enclenché. Il s'agit de la Fondation Max cadet, du SOE et de l'AOI (l'une de ces ONG pouvant être désignée sous le terme d'animateur de réseau).

Le MSPP ne sera que partenaire tardif, entrant en jeu lorsque sollicité pour légiférer, donner un label aux activités entreprises ou aux propositions du réseau.

Le MSPP reste l'autorité en matière de santé dans le pays, l'OMS peut être sollicité par ce dernier car travaillant directement avec lui; si un groupe soumet des propositions à l'une de ces deux entités, elles doivent être conformes à leurs procédures.

## II- DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

### 2.1- Objectifs généraux

Tous les objectifs de ce projet contribuent globalement à l'amélioration à l'accès, à la qualité des soins dentaires pour la population. L'augmentation de la compétence du personnel, auxiliaires et dentistes, garantit au public de meilleures prestations et peut-être une meilleure distribution géographique des soins si des dentistes s'installent en province suite à l'amélioration des conditions<sup>5</sup> offertes par le MSPP à ces derniers, ainsi que la définition d'une politique de soins dentaires adaptée à la réalité du pays.

L'introduction d'une composante dentaire dans les programmes scolaires réduirait les pathologies dentaires chez les jeunes; par la formation des professeurs aux méthodes IEC, on s'assurerait de la transmission, chaque année, de messages vecteurs d'informations utiles dans ce domaine. Lorsque le coût des soins dentaires est élevé, il vaut mieux prévenir les affections courantes.

Enfin, la mise en commun des expériences de chacun, au sein d'un réseau d'origines diverses<sup>6</sup>, permettrait de réaliser des activités communes (formation) en diminuant le coût, car partagé. Ce réseau créerait aussi des liens entre différentes institutions qui s'ignorent et qui pourtant sont souvent confrontées aux mêmes problèmes. Elles pourraient, par exemple, faire face à des achats de matériel onéreux (radio panoramique), impossibles à intégrer sur le budget d'une seule institution.

Le MSPP, pour sa part, a tout intérêt à pouvoir définir une politique de soins bucco-dentaires en 2005 ! Cela fait partie intégrante de la Santé partout dans le monde. Avec l'aide et la collaboration de ce réseau il lui serait plus facile de s'acquitter de ses tâches.

### 2.2- Objectifs spécifiques<sup>7</sup>

Objectifs spécifiques	Indicateurs (on effectuera une comparaison entre 2005/2006 et 2007)
Évaluer et renforcer la compétence des auxiliaires dentaires	- Contrôles des techniques utilisées par les auxiliaires pour des actes standard

<sup>5</sup> Le MSPP, dans une PNSBD, peut proposer de meilleures conditions d'installations à des dentistes-cadres, leur offrir des avantages matériels et en formation ce qui réduirait leur isolement en province et les inciteraient peut-être à s'y installer.

<sup>6</sup> Différents secteurs y sont représentés : Faculté, Association socioprofessionnelle, ONG

<sup>7</sup> en rouge, objectifs espérés

	- Contrôle des connaissances (QCM)
Renforcer la compétence des dentistes en santé publique	- Nombre de programmes de santé dentaire mis en œuvre / an <b>2</b> - Nombre de dentistes par région <b>1</b> - Nombre de dentistes affectés à un poste/ nombre de postes dentaires existants <b>70%</b>
Favoriser la mise en place de programmes de soins de santé scolaire	- Nombre d'écoles du département où il existe un programme dentaire / nombre d'écoles du département <b>50 %</b> - Nombre de professeurs formés IEC/ nombre de professeurs <b>60 %</b>
Contribuer au bon fonctionnement des équipements et du matériel dentaire	- Moyenne annuelle de pannes de matériel important <sup>8</sup> / nombre de cliniques dentaires recensées <b>30%</b>
Augmenter la représentation de la profession dentaire	- nombre de messages diffusés par les médias concernant l'information, l'accès aux soins dentaires <b>43/an</b>
Contribuer à l'élaboration d'une politique de santé bucco-dentaire	- Nombre de postes de dentistes de communes et départementaux ouverts /an <b>1</b> - Nombres de centres dentaires ré-équipés / an <b>2</b>

## 2.3- Résultats attendus<sup>9</sup>

Résultats attendus	Indicateurs (à comparer entre 2005/06/07)
- Service dentaire de qualité - Curriculum de formation des auxiliaires	- Observations de cas cliniques <b>100</b> - QCM théoriques / 6 mois <b>1</b> - Examen pratique des actes courants (détartrage) <b>1</b> - Nombre de détartrages/ mois dans les cliniques <b>60</b> - Indice DCAO <b>3</b>
- Gestion de programmes dentaires - Planification des programmes en place ou créés - Diminution du nombre de pratiques parallèles	- Nombre de dentistes / région <b>1</b> - Fréquentation des cliniques <b>250/mois</b> - Recettes moyennes des cliniques <b>1500 \$h</b> - Nombre d'extractions dentaires / mois <b>65</b> - Nombre de charlatans identifiés comme tels <b>30</b>
- Existence de programmes de santé	- Nombre de professeurs formés à une

<sup>8</sup> De plus de 15 jours de panne

<sup>9</sup> en rouge les indicateurs attendus

dentaire scolaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- méthode IEC / an 1500</li> <li>- Nombre d'enfants du primaire vus /an 3000</li> <li>- Indice dcao et DCAO 3</li> </ul>
- Présence de réparateurs efficaces	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de réparateurs formés 10</li> <li>- Durée moyenne des pannes 2j</li> </ul>
- Création d'un réseau dentaire	- Nombre d'institutions dentaires en réseau/ nombre d'institutions dentaires répertoriées 50 %
- Rédaction d'un document de politique nationale bucco-dentaire	- Nombre ateliers de discussion de la politique dentaire au niveau national/ an 10

## 2.4 - Activités

Résultats attendus	Activités
- Curriculum des cours d'auxiliaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation des 25 auxiliaires en activité</li> <li>- Recyclage de ces 25 auxiliaires</li> <li>- Formation : de 15 nouveaux auxiliaires et / ou apprentissage de nouvelles techniques pour les autres</li> </ul>
- Diplôme en santé publique pour les dentistes (20 diplômés par an)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de leurs connaissances en SP au cours du service social</li> <li>- Apprentissage de la gestion et planification de programmes dentaires communautaires</li> </ul>
- Programmes scolaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix d'un modèle de matériel pédagogique</li> <li>- Formation et / ou recyclage des professeurs du primaire chaque année (environ 60)</li> <li>- Relevé de données utiles à l'implantation et au suivi de ce genre de programme</li> </ul>
- Techniciens en maintenance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation d'un groupe de 10 techniciens</li> <li>- Préparation de protocoles de réparation et d'outillage</li> </ul>
- Réseau	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nomination d'un animateur de réseau (<b>lié à la gestion de ce projet</b>)</li> <li>- Diffusion des activités du réseau</li> <li>- Rencontres mensuelles des organismes membres</li> <li>- Mise en place de projets concrets communs (achats matériel dentaire, diffusion pâtes dentifrices fluorées, sel</li> </ul>

	iodé..)
- Dialogue avec MSPP	- Production d`un document de proposition de politique de soins bucco-dentaires nationale

### III- HYPOTHÈSES ET RISQUES

Les conditions générales : politiques, économiques et sociales influencent certainement le déroulement du projet, peuvent le retarder mais non pas le rendre impossible. En effet, des expériences préalables nous ont montré que la situation du pays agit sur toutes les activités humaines, à raison celles prévues dans un projet prévu sur 3 ans.

- L`insécurité politique qui peut régner en Haïti peut empêcher les déplacements, les activités de groupe; cela affecterait les différentes formations<sup>10</sup> et la fréquentation des cliniques, la mise en place de programmes scolaires si les écoles sont fermées.
- La situation économique faible peut diminuer les recettes enregistrées par les cliniques et garantes d`une partie du budget de ces dernières.
- Le climat : la saison des pluies dans un pays où les voies de communication sont déjà précaires peut ralentir la prévision des activités.
- L`absence de gouvernement élu et définitif ne favorise pas la mise ne place de politiques sectorielles : jusqu`en décembre 2005, le gouvernement est provisoire; si les élections prévues ont lieu, le gouvernement entrera en fonction en février 2006, et il lui faudra au moins 6 mois pour commencer à agir concrètement.

Une des conditions importantes reste la franche collaboration et le réel dialogue qui peuvent exister au sein d`un réseau, voir des institutions citées dans ce document. Il est difficile de le prévoir à l`avance : les responsabilités sont placées entre les mains d`individus de tempéraments différents, de charisme différent, de motivation différente et cela influence le déroulement des projets communs.

Il existe parfois, au sein de groupes nouvellement constitués des rivalités et enjeux (pour des avantages financiers ou de pouvoir) auxquels on ne pense pas au départ et qui se dévoilent pendant le parcours.

Nous ne devons pas négliger ces risques, mais ils sont aussi inhérents à toute entreprise dans un pays politiquement instable où dans un groupe d`intérêts divers. La connaissance du terrain, donc des stratégies à mettre en œuvre, la patience et le renforcement des acquis devraient limiter ces risques ou ne pas les rendre « obstacles » pour ce projet.

### IV- MISE EN ŒUVRE

<sup>10</sup> Danger de regroupement, de circuler, peur de formateurs étrangers sollicités..

## 4.1 - Organisation et procédure

### ■ Constitution formelle du réseau

- Réunir les institutions citées dans ce document et qui constitueront le premier noyau de ce réseau, appelé à se développer.
- Définir un statut et un animateur de ce réseau.
- Déterminer quelles seront les premières activités ou premiers projets mis en œuvre au sein de ce réseau (sel iodé, pâtes fluorées, matériel, formation)
- Décider de l'utilité de se réunir régulièrement, pour faire le point.

### ■ La formation des auxiliaires

Qu'il s'agisse de formation initiale ou continue, la méthode utilisée sera la même; on choisira un lieu de formation parmi les institutions du réseau.

- Déterminer les lacunes (référence à un curriculum standard accepté par les institutions du réseau) des auxiliaires.
- Comblar ces lacunes avec un enseignement réalisé par des dentistes ou hygiénistes haïtiens ayant plusieurs années de pratique.
- Formation dans l'institution qui propose une infrastructure et du matériel adéquat, selon un calendrier établi au préalable.
- Remise d'un certificat aux auxiliaires ayant suivi la – ou les- formation (s).

### ■ Formation des dentistes à la santé publique

Cette formation spécifique requiert une étude préalable, avec les intéressés-individus ou groupes- de façon à définir le contenu de cette formation, où et comment l'organiser et avec l'aide de quels partenaires locaux et étrangers.

La stratégie utilisée sera basée sur les éléments de santé publique indispensables aux dentistes qui voudraient gérer des programmes de santé publique dentaire, pour l'état ou d'autres institutions. Les formations proposées à l'étranger, de moyenne ou longue durée, ne correspondent pas à ces besoins spécifiques - hormis un DU santé dentaire, mais la répartition des heures de ce DU ne peut pas justifier l'envoi d'un dentiste pendant un an à l'étranger- et de part le fait que ces dentistes ont aussi des cliniques privées à gérer, ils ne peuvent pas s'absenter trop longtemps au risque de perdre leur clientèle.

Pour cela, nous avons imaginé des modules de formation de 2 à 3 mois, à l'étranger et dans un cadre de réseau de formation qui est en train de se concrétiser avec des pays francophones. Mais toutes les opportunités autres sont à étudier à partir du moment où le curriculum de cette formation sera établie entre partenaires locaux.

Il existe – à travers l'AOI- un réseau francophone de formation, qui n'est pas encore fonctionnel, mais dans lequel sont inclus plusieurs pays africains confrontés au même problème. Haïti est également un pays francophone et cela peut être une piste à exploiter.

La méthodologie de cette formation – qui est à créer pour être plus efficace que les traditionnelles formations en santé publique offertes aux médecins haïtiens- ne peut pas être définie dès maintenant, mais en cours de route.

▣ Formation à la maintenance

- Trouver un technicien de maintenance étranger (francophone) qui puisse séjourner 15 jours en Haïti pour cette formation.
- Le contenu de cette formation a déjà été définie par un technicien français en 2002; il s'agit seulement d'organiser le séjour de cette personne et de proposer la clinique de la faculté dentaire comme lieu de formation pratique (environ 20 fauteuils).
- Réunir les techniciens qui exercent et 2 autres- au moins- pour des services en province.
- Le technicien –formateur laissera un manuel de formation, une boîte d' outils, un circuit pour les pièces de rechange.

▣ Production d'un document de politique de santé bucco-dentaire et proposition de ce dernier au MSPP.

Cette dernière démarche représente l'aboutissement d'un processus : à travers un réseau représentatif de la profession, d'actions menées ensemble et considérées comme « utiles » et « intégrées » dans le PMS, le MSPP, à travers ses responsables, peut être intéressé à établir un dialogue avec un partenaire (collectif) qui puisse l'aider à définir son plan national bucco-dentaire.

Une approche devra s'établir progressivement, au long de la première année et surtout dès qu'un nouveau gouvernement- et Ministre de la Santé- sera choisi à la suite des élections de décembre 2005.

Le document produit devra être adapté au contexte et répondre aux besoins, aux normes du PMS.

## 4.2- Planification des ressources

▣ Moyens humains

- Un animateur de réseau : responsable du projet pour l'organisme le présentant
- Un logisticien ou coursier du réseau ou de plusieurs institutions
- Un administrateur-comptable, faisant déjà partie d'une institution partenaire
- Des dentistes-formateurs
- Un technicien de maintenance étranger
- Des formateurs étrangers (selon besoin)

▣ Moyens matériels

- Des lieux de formation (existent)
- Matériel de formation
- Moyens informatiques et internet
- Matériel dentaire et audio-visuel pour formation auxiliaires

- Pièces de rechange pour les équipements dentaires-outils
- Enregistrement du réseau selon la juridiction haïtienne
- Location de véhicule
- Hébergement

#### ▣ Moyens financiers

- Budget matériel dentaire et équipement
- Budget formation / voyages (formation dentistes, formateurs étrangers)
- Salaires de l'animateur, logisticien, administrateur
- Salaires des formateurs locaux et étrangers

## V-FACTEURS DE QUALITÉ ET DE VIABILITÉ

### 5.1- Facteurs de qualité

#### ▣ Politique de soutien

Le cadre dans lequel se développeront la plupart des activités prévues est celui des institutions regroupées en réseau, à Port-au-Prince ou en province, selon les besoins. La formation des auxiliaires a déjà eu lieu à la Fondation Max Cadet (2002), la Faculté dentaire offre une infrastructure correcte pour la formation à la maintenance, des cours théoriques ou pratiques pour des dentistes.

L'esprit de collaboration qui pourra s'établir entre les partenaires devrait faciliter les initiatives et permettre une certaine efficacité.

#### ▣ Réduction de la pauvreté

S'il ne s'agit pas de réduire directement la pauvreté, on peut parler d'amélioration des conditions de vie en général et à différents niveaux :

- Emploi et salaires pour des auxiliaires formés sur place
- Emploi de dentistes
- Qualité et quantité de soins dentaires en augmentation au sein de la population-cible, et diminution de leur coût pour les institutions et la population ciblée.
- Prévention des affections dentaires courantes à travers les scolaires, ce qui évite des dépenses ultérieures dans le budget des ménages.
- Apport de nouvelles connaissances (maintenance) à des personnes susceptibles de les utiliser comme leurs propres connaissances et pour une large clientèle de dentistes.

#### ▣ Technologies appropriées

Les techniques utilisées sont reproductibles à long terme : la technique de soins préventifs (hygiène et détartrage) apprise par les auxiliaires ne demande que le renouvellement du matériel (curettes) pour durer, et la fonction d'auxiliaire tend à se répandre en Haïti, du fait du manque de dentistes dans les régions isolées.

Les techniques de réparation du matériel seront acquises par des individus formés, reproductibles avec d'autres personnes et permettent une continuité au niveau du service dentaire, donc des apports financiers réguliers. Si plusieurs techniciens sont formés, ils garantissent un « staff », une « pépinière » de réparateurs de matériel pour tous les praticiens en exercice du pays.

Si des projets concrets, comme l'adjonction de Fluor dans le sel iodé, l'accès à des pâtes dentifrices abordables, se réalisent, ils ne feront qu'améliorer l'état dentaire de la population touchée par ces mesures et diminueront le coût<sup>11</sup>- quantité- des soins nécessaires.

#### ■ Égalité hommes/ femmes

Les hommes et les femmes représentent des groupes soumis aux mêmes atteintes pathologiques dentaires, ont le même potentiel de réponse et auront, face aux divers volets de ce projet, les mêmes facilités ou d'accès.

Le statut d'auxiliaire dentaire concerne les hommes comme les femmes, mais par expérience, en province, les femmes affectées à ces postes sont plus régulières et respectent davantage les limitations du curriculum. Les hommes dépassent parfois leurs compétences et cela peut poser des problèmes à différent niveau : erreurs thérapeutiques, assimilation des auxiliaires à des charlatans par le MSPP (dans ce cas et s'il se répète, le MSPP risque de ne jamais vouloir reconnaître ce diplôme).

Les hommes en Haïti, ont plus de responsabilités économiques et familiales que les femmes, car ils ont souvent plusieurs enfants avec des femmes différentes; s'ils les prennent tous en charge, cela augmente leur « budget » et ils essaient de gagner plus d'argent. Se trouvant parfois responsables d'une clinique dentaire – expériences vécues au SOE et AOI- ils dépassent leurs compétences pour recevoir les honoraires des patients.

#### ■ Protection de l'environnement

Mis à part sur l'environnement « dentaire » (qu'il améliore), ce projet n'a pas de conséquences positives ou négatives dans ce domaine

## 5.2- Facteurs de viabilité et de pérennité

La viabilité économique de ce projet à plusieurs volets existe déjà car les institutions citées et regroupées- ou à regrouper- au sein d'un réseau, ont des cliniques dentaires en fonction, emploient des auxiliaires et des dentistes, ainsi que 2 techniciens de maintenance. Elles ont donc un budget issu des recettes cliniques, parfois insuffisant et renforcé par des subventions qu'elles cherchent activement.

Certaines ont des programmes scolaires, des programmes de formation continue, de formation des professeurs d'école, d'autres du matériel pédagogique évalué par la cellule santé scolaire de l'état.

---

<sup>11</sup> Il est admis que ces mesures diminuent l'atteinte carieuse de 20 à 30 % dans les populations où elles sont appliquées.

Techniquement, si des résumés techniques et des protocoles sont écrits et laissés aux protagonistes après chaque formation, si des recyclages sont réalisés chaque 1 ou 2 ans, le potentiel technique et clinique restera correct à long terme.

Au niveau juridique, les ONG citées sont enregistrées officiellement et avec des statuts différents, ce qui leur permet de recevoir des dons, avoir des exonérations fiscales. Le réseau à mettre en place peut avoir son propre statut (longue procédure) ou rester plus souple et utiliser les avantages des uns et des autres, de façon ponctuelle, selon les besoins. Cette formule- à décider en consensus- a l'avantage de durer autant que les institutions haïtiennes qui y sont regroupées.

Le recrutement de nouveaux professionnels se fera tout au long du projet, selon le besoin des institutions privées et celui des institutions d'état, guidées par la mise en œuvre progressive de sa politique de soins bucco-dentaires de concert avec les acteurs de ce projet. L'introduction de personnel d'état, diplômé garantit la durée des prestations, le remplacement des professionnels et un service continu à la population.

## VI- SUIVI ET ÉVALUATION

### 6.1- Chronogramme des activités

Activités	Année 1	Année 2	Année 3
Évaluation et recyclage des auxiliaires-formation	x		
Formation des dentistes à un volet santé communautaire dentaire		x	x
Formation à la maintenance	x		x
Choix d'un matériel pédagogique	x	x	x
Formation des professeurs du primaire	x	x	x
Mise en place de programmes de soins dentaires scolaires		x	x
Sel iodé et fluoré		x	
Accès à une pâte fluorée bon marché		x	
Étude de système de prépaiement des soins			x
Document de politique bucco-dentaire avec le MSPP		x	x
Application de cette politique			x
Analyse des statistiques dentaires collectées dans	x	x	x

les cliniques			
---------------	--	--	--

## 6.2- Méthode de suivi

Activités	Suivi
Évaluation et recyclage des auxiliaires-formation	Contrôles de connaissances et de pratique réguliers par les dentistes employés.
Formation des dentistes à un volet santé communautaire dentaire	Contrôle des projets en cours, de leur planification par le MSPP.
Formation à la maintenance	Supervision des nouvelles personnes formées par les techniciens déjà sur le marché.
Choix d'un matériel pédagogique	Supervision des professeurs formés par les inspecteurs du Ministère.
Formation des professeurs du primaire	Suivi par les auxiliaires en poste.
Mise en place de programmes de soins dentaires scolaires	Suivi par la cellule santé scolaire de l'état.
Sel iodé et fluoré	Distribution et vente
Accès à une pâte fluorée bon marché	Distribution et vente
Document de politique bucco-dentaire avec le MSPP	Suivi de l'avancement des discussions par un groupe nommé par le réseau comme représentant.
Analyse des statistiques dentaires collectées dans les cliniques	Suivi par les auxiliaires (recueil) et les dentistes (analyse)

## 6.3- Évaluation

L'évaluation prendra plusieurs formes et sera faite selon un calendrier établi au fur et à mesure de l'avancée du projet, difficile à déterminer actuellement.

On pourra évaluer :

- La pertinence des objectifs de départ.
- Le taux de réalisation des activités prévues et les raisons qui en ont rendues certaines impossibles.
- Le degré atteint, l'efficacité de la formation des auxiliaires et dentistes et l'impact sur le service offert à la population.
- L'utilité des techniques utilisées (ART).
- Le degré de satisfaction des acteurs du projet.
- L'impact du dialogue établi avec le MSPP et le degré de crédibilité du secteur dentaire au sein du MSPP (un des enjeux importants du projet pour les dentistes).

Pour chaque item cité, nous pouvons reprendre les indicateurs d'objectifs et de résultats cités dans les paragraphes précédents. Il sera cependant indispensable de les discuter ensemble au moment de l'évaluation interne au projet, faite par les acteurs (auxiliaires, dentistes, MSPP). D'autres indicateurs, ponctuellement importants ou de

conjoncture, pourront toujours être indiqués dans le processus de compte-rendu du projet.

## **VII-DURÉE ET CALENDRIER DU PROJET**

Durée : 3 ans de septembre 2005 à août 2008  
Cf chronogramme au paragraphe 6.1