

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE AOI

LIBOURNE
25 JUIN 2011

RAPPORT MORAL 2010

Le rapport moral 2010 que nous vous présentons a pour objectif de rendre compte des différentes activités de l'AOI au cours de l'année écoulée tant dans le cadre de la vie associative que des actions sur le terrain.

Grâce aux expériences acquises lors des périodes précédentes, et en fonction de l'évolution des objectifs que nous avons définis, nous souhaitons donner à nos actions des orientations conformes à ces décisions.

1- VIE ASSOCIATIVE

Le début de l'année 2010 a été marqué d'emblée par le tremblement de terre survenu en Haïti. Une cellule de crise AOI s'est réunie immédiatement afin de trouver des réponses rapides à la situation vécue par la population haïtienne. Françoise Ponticq, coordinatrice du projet Haïti, a fait le point jour après jour, régulièrement, malgré le désarroi qu'elle vivait avec ceux qui l'entouraient. Il a fallu d'urgence communiquer sur la gravité de la situation et les actions à mettre en place rapidement. Plusieurs courriers d'appel au don ont été rédigés. Les organisations professionnelles ont répondu favorablement, manifestant ainsi leur solidarité et leur volonté de participer à l'opération de recueil de dons. 25 000 € ont pu ainsi être réunis.

En 2010, le Conseil d'Administration s'est réuni 3 fois, le Bureau 9 fois. Pour faciliter le travail du Bureau, du CA et des responsables de projet, un serveur a été mis en place permettant la mise à disposition et la consultation facile de documents de travail.

Des bénévoles apportent un appui technique à l'association. Mme Benveniste assure la gestion et la comptabilité. Ousmane Dipama travaille, en tant que chargé de projet, sur la communication, la gestion et le suivi de terrain.

Compte-tenu de l'expérience acquise, des besoins identifiés et des demandes des partenaires, l'AOI doit augmenter ses ressources propres pour permettre un effet levier sur les actions menées.

Un diagnostic a mis en évidence un décalage existant entre cette expertise et les ressources humaines et financières de l'association. Il a porté sur le positionnement global de l'association, l'image de marque, et sur les partenariats qui peuvent être créés. Il a mis en évidence une potentialité de communication et de recherche de fonds reposant sur la profession dentaire (40 000 chirurgiens dentistes, associations professionnelles, sociétés scientifiques, entreprises, presse professionnelle). Si l'association bénéficie d'une image positive, sa démarche reste méconnue par bon nombre de chirurgiens dentistes. Seuls 2000 praticiens soutiennent les actions de l'AOI.

Il en est ressorti la nécessité de travailler sur la nouveauté, mais aussi sur la clarté du message à véhiculer à travers un positionnement fort, simple, facile à comprendre et porteur de sens. Avec l'agence OBLO et le concours de l'Institut du Management Associatif (IDMA) regroupant d'anciens élèves d'HEC, a été développée une démarche globale de communication en cohérence avec les valeurs, le potentiel et les actions menées par l'association. Cela s'est traduit par la mise en place de deux opérations « cabinet partenaire » et « entreprise partenaire »

Avec «Cabinet Partenaire» le praticien s'engage à faire un don à hauteur de la valeur d'un acte par mois. Cette opération invite le praticien à soutenir les actions de l'AOI pour améliorer la santé dentaire des plus démunis par la prévention et l'accès aux soins et partager son engagement avec les patients.

Avec « Entreprise partenaire » les entreprises, par une opération de produits partagés, s'engagent à reverser à l'AOI 10% des achats effectués par les praticiens via un catalogue de vente par correspondance.

Aujourd'hui, le positionnement de l'AOI est clair, la démarche et le message qui l'accompagne, simples et bien définis :

Les principales cibles pour la communication de l'AOI sont - sur le plan interne, les donateurs, les membres adhérents, et les bénévoles - sur le plan externe, les entreprises, les chirurgiens dentistes sensibilisés aux questions de développement.

En décembre 2010, 90 «cabinets partenaires» soutenaient l'association. Ils ont permis de valider l'efficacité de la nouvelle approche de communication et de recherche de fonds privés. Il faut 500 « cabinets partenaires » pour que l'association puisse augmenter sa capacité de réponse aux situations analysées sur le terrain et son savoir faire dans le domaine de la formation, de l'accès aux soins , de la prévention et de capitalisation d'expérience. La stratégie a été affinée, Le support de la presse professionnelle a été un élément important pour son lancement. Il ressort de cette première année que le contact de proximité est essentiel pour le développement de l'opération.

Les cartes de vœux et des cartons de rendez-vous dont les illustrations sont extraites des carnets de voyage de Kim Rouch, sont essentiels pour la collecte de fonds propres de l'AOI.

La mise en place, au début de l'année, de la boutique Internet sur le site de l'AOI permet aux confrères d'effectuer des commandes et de les régler en ligne. Les mises à jour du site Internet (www.aoi-fr.org) sont effectuées au Cambodge. La fréquentation était de 4500 visites au mois de décembre 2010.

PARTENARIATS

Avec les entreprises

• GACD

Depuis 5 ans le partenariat GACD/AOI a généré 80K€ de dons pour l'association. Des partenaires de plus en plus nombreux et réguliers participent aux offres faites aux praticiens mettant en avant 22 marques. En 2010, le partenariat s'est renforcé avec la motivation interne, des offres spécifiques AOI, des pages dans les offres mensuelles GACD, des campagnes d'asile-colis, une présence lors des évènements GACD (ADF, conférences). Une réunion avec les entreprises partenaires et les commerciaux a eu lieu en mai 2010.

Cette rencontre leur a permis de mieux connaître ce que fait l'AOI sur le terrain et ainsi d'être plus à même de présenter les opérations aux praticiens.

Les perspectives ont été examinées lors de la réunion qui s'est tenue lors du congrès de l'ADF. Les partenaires participants : 3M Espe, Alkapharm, Coltène Whaledent, Crosstex, Dento-Viractis R&S, GC, Hartmann, Heraeus, Itena, Ivoclar Vivadent, Kerr Hawe, Medibase, Micro Méga, Nichrominox, Roeko, Schulke, Unident, Sun Medical, Sultan.

Lors du congrès de l'ADF, les entreprises ont affiché le partenariat sur leur stand en disposant des chevalets « AOI Entreprise Partenaire ».

- **Unident**

Le partenariat ouvre des perspectives sur le long terme. Unident contribue, avec des moyens techniques et financiers, à améliorer la maîtrise des infections au cours de soins dentaires dans les universités, les services dentaires et centres de santé. Un film et des supports pédagogiques sont en cours de réalisation et seront finalisés en juin 2011. Unident contribue aussi à la mise en place des formations.

- le **groupe Salins**, le partenariat original technique et financier se poursuit au bénéfice du projet Laos. Toute l'expérience et le soutien du groupe est un apport essentiel pour la mise en place du 1^{er} programme de fluoration du sel en Asie du sud est. En 2010, il a aussi contribué à l'impression de la plaquette « Cabinet Partenaire ». L'opération marketing avec le sel La Baleine est reportée en 2011 ou 2012.

- **Ortho-Clean international** propose la récupération des brackets et des bagues d'orthodontie.

Pour chaque bracket ou bague reçu, un don est fait "au nom du praticien" de 0.10 EUR par pièce par la société Ortho-clean. Ceci jusqu'à concurrence de 50 000 pièces reçues. Soit un maximum de 5 000 euros. En fin d'année, un justificatif de déduction fiscale est envoyé par l'AOI à chaque praticien.

- **Air-France**, un accord privilégié destiné à certaines ONG définit les offres tarifaires.

- **Coltène**

Une réunion a eu lieu avec le personnel commercial pour présenter l'AOI. Les commerciaux Coltène devaient présenter l'AOI aux praticiens au moment de leurs visites et donner la plaquette de l'AOI. 1000 plaquettes devaient être distribuées.

Avec les bailleurs de fonds institutionnels

L'AFD soutient les projets Haïti, Cambodge et Laos.

Une réunion s'est déroulée à l'AFD pour faire le point sur les projets Laos et Cambodge. La possibilité d'une convention programme a été évoquée. L'AFD a proposé à l'AOI de rédiger une note d'intention sur les axes de travail que l'AOI avait l'intention de développer. La première étape est le renforcement des fonds propres.

L'Agence Régionale de santé (ARS) soutient l'action dans le Val de Marne.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a sollicité un appui technique dans le cadre du programme de fluoration du sel au Vietnam et au Laos.

La Direction Générale de la Santé a contribué à la réalisation du site Internet sur l'accès aux soins dentaires.

Avec les associations professionnelles

Le **Conseil National de l'Ordre** des chirurgiens dentistes et les conseils départementaux apportent un soutien financier et contribuent à la diffusion de l'information.

Avec les universités

L'AOI entretient des relations de partenariat avec les universités René Descartes (Paris V), Denis Diderot (Paris VII), d'Auvergne et de Niègue (Pays Bas), la Conférence Internationale des Doyens des facultés de Chirurgie Dentaire d'expression Française.

Avec la presse professionnelle

La diffusion des informations sur l'AOI se fait avec la publication dans les journaux professionnels la Lettre du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, la revue de la CARCDF-SF, le Chirurgien Dentiste de France, l'Information Dentaire, les Cahiers de Prothèse, Clinic, l'Annuaire Dentaire, l'Orthodontiste, la Revue de l'Orthopédie Dento Faciale.

Avec les collectifs d'Organisations de Solidarité Internationale

L'AOI est membre de l'ADF, du CRID, de Coordination Sud et du F3E.

MANIFESTATIONS

L'Assemblée Générale 2010

L'AG 2010 s'est tenue à Toulouse, le 19 juin 2010. Elle était organisée par Jean-François Bouyssie et Souad El Hachami avec la participation du Pr Michel Sixou.

13^{ème} journées de l'orthodontie du 5 au 7 novembre 2010

Les organisateurs ont mis un stand à la disposition de l'AOI pendant les Journées qui se sont tenues au Palais des Congrès de la Porte Maillot à Paris. Christine Boehm Hurez, responsable du comité d'organisation, a présenté l'opération « Cabinet Partenaire » lors de la séance inaugurale. Des plaquettes « cabinet partenaire » ont été distribuées à l'entrée de la séance.

Congrès de l'ADF 2010

Une réunion « Cabinet partenaire » a eu lieu sur le thème : « quelle stratégie pour convaincre ? » pourquoi adhérer ? » Le téléphone, les réseaux, la proximité, l'exploitation du fichier, la lettre de rentrée ou les vœux, les newsletters, la distribution de plaquettes dans les congrès et manifestations scientifiques, sont autant d'occasions de formuler l'offre.

Séance AOI au Congrès de l'ADF

Cette année, compte-tenu de l'actualité en Haïti, Françoise Ponticq et Jean Marc Brissau (responsable, du programme de lutte contre la filariose par la supplémentation en DEC du sel) nous ont fait partager la manière dont ils ont vécu les événements, la façon dont leur travail a été perturbé et comment ils ont cherché des réponses pour faire face à cette situation. Le second thème abordé, a été le lancement du site Internet : « accès aux soins bucco-dentaires. droits pour les personnes les plus démunies » en présence du Dr Paul Karsenty (DGS) et d'Isabelle Thiébot.

La séance a été présidée par le Dr Roland L'Herron (Président de la CNSD).

2- ACTIONS SUR LE TERRAIN

CAMBODGE

Entre 2008 et 2010, les financements sont restés limités pour le projet Cambodge, car une demande de cofinancement a été déposée début 2008 au Ministère des Affaires Etrangères. Avec la réorganisation administrative du MAE et notamment le transfert des financements aux ONG à l'AFD, l'instruction du dossier a été retardée et c'est uniquement fin 2009 que le dossier de cofinancement AOI Cambodge a été accepté avec le versement de la première tranche en mars 2010.

Le projet est prévu pour une durée de 3 ans : 2010, 2011, 2012.

Les deux partenaires cambodgiens du projet sont : le Ministère de la Santé du Cambodge - Département de la médecine préventive - Bureau pour la santé bucco-dentaire et la faculté dentaire de Phnom Penh.

Ils sont responsables de la mise en œuvre des activités et de leur évaluation avec l'appui de l'AOI.

L'objectif principal de ce projet est d'appuyer la mise en place du programme national de santé bucco-dentaire au Cambodge (mise en place d'un projet pilote de fluoration du sel, formation à l'hygiène de tous les dentistes du Cambodge, appui à 14 hôpitaux publics, 10 centres de santé, amélioration de la qualité du dentifrice fluoré, appui au programme hygiène de la faculté dentaire de Phnom Penh, et à l'enseignement en endodontie/restauratrice).

L'année 2010 a surtout été une année de préparation et d'évaluation initiales pour la mise en place des activités du projet.

1 Appui au ministère de la santé

Sel fluoré

Au Cambodge, le ministère de la santé avait la volonté de mettre en place un programme de fluoration du sel depuis 2007. Le programme d'iodation du sel initié par l'UNICEF touchait plus de 75% de la population, constituant un contexte favorable pour le lancement de la fluoration du sel.

De 2007 à 2008 avaient été effectués, avec le soutien de l'AOI, les analyses préalables nécessaires (analyse de la teneur des eaux de boisson en fluor, analyse des dentifrices, évaluation de la production de sel, identification du site pilote, étude de faisabilité...).

Nos partenaires avaient donc la volonté de mettre en place un programme de fluoration du sel et demandé à l'AOI une assistance technique et financière pour mener à bien leur projet.

Au début 2010, lors du déblocage du cofinancement, l'AOI et l'équipe du bureau dentaire du ministère de la santé ont souhaité faire une nouvelle analyse de situation concernant le projet pilote de fluoration du sel afin de mieux préparer le lancement du projet et de comprendre ce qui avait évolué depuis 2008, période à laquelle le dossier avait été conçu. Diverses rencontres et visites sur site ont eu lieu avec les principaux protagonistes du projet (Association des producteurs de sel, UNICEF, Bouilleurs de sel, Département de Médecine préventive).

Ces diverses rencontres nous ont permis de faire un bilan des facteurs négatifs et positifs pour le démarrage du projet pilote de fluoration du sel.

En 2010, le marché du sel a été fortement déstabilisé par une mauvaise année de récolte en 2009 due à des pluies trop importantes. L'association des producteurs de sel est le principal interlocuteur en matière de production de sel iodé ; elle contrôle presque tout le marché du sel au Cambodge.

La rencontre avec cette association a mis en évidence des risques et facteurs négatifs dus à cette nouvelle donne sur le marché du sel (extrait du compte rendu de la réunion) :

« Il y a une réticence de l'association des producteurs de sel à continuer l'iodation du sel, l'UNICEF prévoit de cesser de soutenir des producteurs en arrêtant de fournir de l'iode en 2011. L'association des producteurs de sel pense à arrêter l'iodation du sel parce qu'il n'y a aucun avantage pour eux à ioder le sel. A Phnom Penh, le prix du sel est le même, qu'il soit iodé ou non et les producteurs doivent faire face à la concurrence de la Chine et de la Thaïlande de sel importé non iodé. Dû à de fortes précipitations en 2009, la production a été faible, et il a fallu recourir à du sel venant de l'étranger. Beaucoup d'importations se sont faites illégalement ; le gouvernement ne contrôle pas bien le marché. Ainsi l'association des producteurs de sel n'est pas disposée à commencer la fluoration de sel. ».

Les rencontres et visites sur les sites de bouilleurs de sels nous ont également montré que la production du sel iodé restait très artisanale. Les bouilleurs de sel utilisent encore une technique manuelle pour mélanger l'iode avec le sel (des mixeurs mécaniques sont normalement utilisés), ne permettant pas de garantir une qualité acceptable pour le fluor. L'UNICEF n'a pas prévu de modifier la technique de mélange des bouilleurs et considère que la situation est acceptable. Il n'y a donc pas de perspectives de changement dans l'immédiat. De plus, le contrôle de qualité sur site reste très limité : inexistence de laboratoire au niveau des bouilleurs de sel (pas d'électrode fournie par l'UNICEF, pas de laboratoire d'analyse et pas de personnel, seuls les tests rapides sont utilisés). Cela pose des questions concernant le contrôle de qualité. C'est un facteur négatif concernant l'intégration de la fluoration du sel.

Les éléments recueillis dans la nouvelle analyse de situation en 2010 ont fait pencher la balance en défaveur du projet pilote de fluoration du sel en raison de facteurs négatifs trop importants : pas de volonté de l'association des producteurs de sel de commencer la fluoration du sel, l'iodation du sel paraissait encore fragile et les techniques de mélange trop artisanales, ne permettant pas de garantir une qualité de mélange et de produits suffisantes, système d'approvisionnement en iode non établi... La décision a été conjointement prise entre le ministère de la santé et l'AOI de suspendre ce volet tant que le contexte n'était pas plus favorable au démarrage de cette expérience. Les risques paraissaient trop importants. L'expérience positive au Laos (où l'AOI a participé à la mise en place d'un projet pilote de fluoration du sel depuis 2006) nous a fait prendre conscience des conditions minimales requises afin de lancer un projet de ce type. Elles étaient réunies au Laos, mais ne le sont pas encore au Cambodge.

L'AOI a donc décidé d'attribuer les budgets programmés pour le volet sel fluoré au soutien d'autres activités et demandes de nos partenaires :

Appui à la faculté dentaire pour la formation des enseignants (endodontie/restauratrice),

Appui au Ministère de la santé pour la réalisation d'une enquête nationale.

Amélioration de la qualité des dentifrices

Actuellement le dentifrice fluoré est la première source d'accès au fluor mais sa qualité est variable et une partie de la population n'y a pas accès (une enquête en milieu rural réalisée en 2008 a montré que 44% des enfants de 6 ans ne s'étaient jamais brossé les dents). Les dentifrices disponibles sur le marché présentent des problèmes de qualité (30% des dentifrices fluorés disponibles sur le marché ne sont pas conformes aux standards de qualité).

Il est prévu, dans le projet, de mettre en place des contrôles de qualité des dentifrices et de soutenir un travail de lobbying auprès des principales sociétés importatrices de dentifrice pour améliorer le respect des standards concernant les teneurs en fluor.

En 2010, une réunion de lobbying avec les principales entreprises importantes du dentifrice au Cambodge, a eu lieu pour les informer des nouvelles dispositions du ministère de la santé concernant le dentifrice fluoré (contrôle renforcé).

En 2011 il est prévu qu'un contrôle de qualité des dentifrices soit effectué avec une publication officielle des résultats.

Amélioration des services de soins

La grande majorité des hôpitaux et centres de santé du secteur public est sous-équipé et ne peut proposer une qualité de service acceptable.

La demande initiale du ministère de la santé était d'appuyer 60 centres de santé afin d'améliorer la qualité des soins dans les services.

Une évaluation de 4 centres de santé, ayant bénéficié d'un appui en 2005-2006, a été réalisée en juin 2010, elle a permis de recueillir des informations concernant le fonctionnement de ces centres considérés comme pilotes et d'en tirer des recommandations pour les nouveaux centres de santé à appuyer.

Les résultats principaux de l'évaluation étaient les suivants :

- *Les principaux points positifs*

On peut observer une meilleure hygiène et une activité plus importante dans les centres soutenus en 2005-2006.

- *Les points négatifs*

Il n'y a pas d'harmonisation ni intégration des procédures d'hygiène et de stérilisation au niveau des centres de santé.

Le personnel est très mobile et le niveau d'entretien de certains centres de santé est faible.

- *Recommandations :*

- Organisation de lieux de démonstration pour la mise en place de la réforme du système de santé, concernant l'hygiène,
- Nécessité d'appuyer les centres de santé dans leur globalité concernant le domaine de l'hygiène et de la stérilisation en appuyant également les actes de petite chirurgie et de maternité effectués au niveau du centre,
- Nécessité de former tout le personnel des centres à l'hygiène,
- Choix des centres selon des critères stricts permettant de développer des centres modèles dans le cadre de la réforme des pratiques en hygiène au niveau du système de soins au Cambodge. Ces centres modèles doivent servir de site de démonstration pour les autres centres et leur personnel pourra venir faire des formations pratiques sur ces sites,

Afin de pouvoir mettre en place ces recommandations, le ministère de la santé et l'AOI souhaitent diminuer le nombre de centres initialement programmés dans la demande de cofinancement en 2008 : Il s'agit de passer d'une approche quantitative à une approche qualitative. Pour éviter une approche verticale entre spécialités médicales, il faut agir de façon plus intégrée et repenser l'organisation des centres de santé dans leur ensemble.

La recommandation est de se concentrer sur 10 centres de santé qui seront développés comme centres « modèles » en appuyant toutes les activités médicales des centres (petite chirurgie, maternité, dentaire,...).

En 2010, trois hôpitaux de référence ont été sélectionnés dans les provinces de Kompong Cham, Kompong Chnang, et Takeo et sont en cours de rénovation.

En 2011, trois hôpitaux supplémentaires et deux centres de santé seront soutenus.

Hygiène dans les services

Une expérience pilote a été menée en 2007 et 2008 dans 4 hôpitaux publics (formation théorique, pratique et appui matériel pour réhabilitation). Les résultats ont montré une diminution des pratiques à risques dans les services ayant été réhabilités et où le personnel avait été formé. L'équipe du Ministère souhaite étendre ce programme à 14 hôpitaux de référence, au secteur privé (400 dentistes) et aux infirmiers dentaires.

En 2010, les pratiques en hygiène dans 4 hôpitaux de référence ont été évaluées. De nouveaux formulaires d'évaluation en hygiène ont été élaborés, ils serviront de référence pour toute la durée du projet (2010-2013) afin d'évaluer les résultats des actions mises en place. Des supports éducatifs sont en cours d'élaboration et seront finalisés en 2011 (posters et films éducatifs).

En 2011, un film sur les protocoles d'hygiène dans les structures sanitaires sera réalisé au Cambodge et au Laos avec le soutien de l'AFD et d'UNIDENT. Ces films seront ensuite diffusés à toute la profession.

Appui à la réalisation d'une enquête nationale

L'équipe partenaire (bureau pour la santé bucco-dentaire) souhaitait depuis longtemps réaliser une enquête épidémiologique au niveau national, mais n'en avait jamais eu les moyens.

En 1990/1991, une première enquête nationale avait été réalisée au Cambodge afin de mesurer la prévalence des pathologies dentaires touchant la population et de programmer les actions de santé à mettre en œuvre pour résoudre ces problèmes. Depuis cette date aucune enquête nationale n'avait été conduite. Les données épidémiologiques sont importantes pour la planification des actions de santé et permettent de mieux comprendre l'évolution de l'état de santé des populations.

L'équipe du ministère de la santé va recevoir un budget du ministère pour la réalisation d'une nouvelle enquête nationale, mais ce budget n'est pas suffisant pour couvrir les besoins. L'AOI va appuyer la réalisation de cette enquête en complétant le budget nécessaire pour sa réalisation et apporter son expertise pour sa mise en place.

2 Appui à la faculté dentaire de Phnom Penh

Hygiène à la faculté

En 2010, la faculté a effectué une demande à l'AOI d'appui pour réaliser des investissements complémentaires permettant d'anticiper l'évolution de la faculté : rénovation de la stérilisation centrale, achat d'un deuxième autoclave, installation de vestiaires pour les étudiants, aide à la réalisation et à l'affichage de protocoles.

En 2011, une évaluation du programme d'hygiène à la faculté (avec la participation l'hôpital de Longjumeau - Guillemette Clapeau) et un appui à la réorganisation du programme de formation sont programmés.

Formation des enseignants en endodontie/restauratrice:

La faculté dentaire de Phnom Penh s'est beaucoup restructuré depuis la sa réouverture suite à la période des Khmers rouges. Mais elle garde encore des marques liées à cette période, notamment concernant la formation des enseignants. Car une grande partie des enseignants exerçant à la faculté n'ont jamais pu suivre un cursus de formation pour devenir enseignant, beaucoup n'ont même pas passé de mémoire de fin d'études. Des partenariats et projets de formation des enseignants ont été mis en place dans diverses disciplines pour compenser ces manques.

Le secteur de la restauratrice/endodontie est le seul à ne pas avoir bénéficié de la coopération internationale pour renforcer les compétences des enseignants. Les pratiques et techniques enseignées sont obsolètes. Depuis 2007, le doyen conscient de cette situation demande à l'AOI de l'aider à trouver des partenaires universitaires francophones afin de mettre en place une formation d'enseignants. En 2008, au moment de la rédaction de la demande de cofinancement à l'AFD, l'université, partenaire en France, n'avait pas encore été trouvée et il était trop tôt pour s'engager sur ce volet.

En 2010, la situation a changé, et l'Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand) était prête à détacher des enseignants pour assurer des missions de formation de leurs homologues cambodgiens. La coopération française a longtemps été présente au sein de l'université des sciences de la santé de Phnom Penh avec le mise en place d'un FSP, elle a également souhaité appuyer la formation des enseignants dans ce domaine.

C'est au total 8 missions de deux semaines d'enseignement qui ont été programmées en 2011 et 2012. Cinq enseignants cambodgiens ont été identifiés pour participer à la formation. Le budget attribué par le FSP couvre 5 missions d'enseignement, nous souhaitons pouvoir utiliser le budget initialement attribué au sel fluoré pour financer 3 missions et le matériel complémentaire à acquérir pour mettre en place la formation pratique en clinique. Des partenariats avec des sociétés privées en France sont en préparation pour les associer à ce projet.

FRANCE

Le contexte

L'accès aux soins dentaires en France est toujours aussi difficile. Le secteur dentaire reste le plus touché par le renoncement aux soins.

Les principaux obstacles financiers sont levés pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, mais il persiste des obstacles culturels et parfois des difficultés d'accès à l'offre de soins.

Les personnes qui ont des revenus très légèrement supérieurs au barème de la CMU (634 euros par mois pour une personne) cumulent tous les obstacles.

L'expérience de terrain auprès de public très défavorisé a montré que :

- l'un des problèmes très prégnants est la méconnaissance des dispositifs sociaux facilitant l'accès aux soins dentaires. Ces dispositifs sont complexes puisqu'ils croisent des informations sociales et médicales. Ce problème concerne le public mais aussi les professionnels sociaux et les praticiens qui ont mission, les uns par fonction et les autres par devoir (art 28 du code de déontologie), d'informer le public ou au moins de l'orienter vers des structures susceptibles de l'aider.
- dans la lutte directe, auprès de la population, contre le renoncement aux soins, l'accompagnement médico-social individuel est une des rares méthodes efficace. Elle nécessite l'intervention complémentaire de professionnels sanitaires et sociaux. Le praticien détermine les besoins de soins et la problématique financière qui lui est liée compte-tenu de la protection sociale, le travailleur social pourra faire l'accompagnement pour l'accès aux droits.

Objectif du programme

Faciliter l'accès aux soins dentaires des personnes en difficultés, en apportant des informations au public et aux partenaires médicaux et sociaux.

Actions

1 - Mise à disposition des professionnels d'outils d'information

Deux outils ont été réalisés en 2010 et mis à disposition des publics-cibles..

Ils visent à rendre accessible aux professionnels sanitaires et sociaux toutes les informations nécessaires à l'accès aux soins dentaires.

→ Un site Internet : www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org

Il regroupe les informations sur

- les dispositifs d'accès aux soins dentaires,
- les prestations que chaque dispositif finance,
- les services sociaux qui peuvent intervenir pour l'accès aux droits,
- l'offre de soins dentaires,
- les droits et les devoirs des praticiens et des patients

Il est en ligne depuis novembre 2010 et vise, en priorité les professionnels sanitaires et sociaux

Nombre de visite du site en avril 20.

Il a été réalisé en partenariat avec la Direction Générale de la Santé (Ministère de la santé) et validé par le fonds CMU.

→ Le guide médico-social de l'accès aux soins dentaires du Val de Marne a été réédité avec une actualisation des informations (1^{ère} édition en 2005).

Il comprend toutes les informations générales sur les dispositifs sociaux, la description de deux dispositifs spécifiques au Val de Marne et un répertoire des structures locales.

Il a été adressé à la totalité des chirurgiens-dentistes du département (environ 850) et aux travailleurs sociaux.

Il a été réalisé en partenariat avec la CPAM et le Conseil Général du Val de Marne.

2 - Accompagnement médico-social individualisé

Deux types d'actions ont été réalisés, dans le Val de Marne, visant directement le public en renoncement aux soins dentaires.

→ Action dans des foyers de travailleurs migrants de l'ADEF.

Cinq permanences ont été réalisées dans chacun des foyers de Bonneuil sur Marne et de Créteil.

Elles sont organisées par le médiateur social qui identifie les personnes ayant des besoins ou qui annonce une permanence aux résidents.

Une soixantaine de personnes en renoncement aux soins ont été reçues en entretien individuel. Elles ont toutes des ressources faibles. La plupart ont une couverture sociale. Moins de 10 % ont une mutuelle.

Elles ont besoin de soins et/ou de prothèse.

Les obstacles aux soins sont identifiés. Ils sont croisés avec le type de besoin de soins et avec la couverture sociale. Des solutions sont proposées. La personne est orientée vers une structure de soins adaptée (praticien libéral de proximité, centre de santé, service hospitalier).

Si besoin, un accompagnement pour l'accès aux droits et à l'offre de soins est réalisé par le médiateur social du foyer.

Pour 90 % des personnes reçues, une solution est identifiée.

Le partenariat avec l'ADEF est de très bonne qualité.

L'action bénéficie d'un financement de la délégation territoriale du Val de Marne de l'ARS.

→ Bilan-orientation dans le cadre du service d'odontologie hospitalo-universitaire de Charles Foix (Ivry-sur-Seine).

Tous les jeudis, un praticien effectue une vacation de 2 heures et reçoit des personnes en situation de précarité et en renoncement aux soins fréquentant des structures sociales d'Ivry sur Seine ou de Vitry sur Seine. Une personne du Réseau social dentaire 94 (RSD 94) qui effectue des permanences dans ces structures, propose au public un rendez-vous pour un bilan médico-social. Elle vérifie que les droits sociaux sont bien ouverts.

Le rendez-vous, qui dure en moyenne une heure, permet :

- d'identifier les besoins de traitements dentaires
- de motiver la personne au recours aux soins
- de la rassurer quant aux problématiques financières
- de faire une séance d'éducation à l'hygiène
- de proposer une orientation vers une structure de soins adaptée.

58 personnes ont bénéficié de l'action en 2010.

Le réseau social dentaire 94 suit le parcours de soins ultérieur et intervient si besoin.

Les orientations sont faites vers :

- le service d'odontologie de Charles Foix
- les chirurgiens-dentistes du réseau
- les centres de santé d'Ivry et de Vitry
- la PASS dentaire de la Salpêtrière.

Les partenariats avec le RSD 94, avec le service d'odontologie de Charles Foix, avec la Pass dentaire de la Salpêtrière sont très satisfaisants.

L'action bénéficie d'un financement de la délégation territoriale (Val de Marne) de l'ARS.

HAÏTI

De Port-au-Prince jusqu'à Léogane (ouest) et Jacmel (sud-est), en moins de 35 secondes, le tremblement de terre du 12 janvier 2010, le "*goudoup goudoup*" comme l'ont baptisé les haïtiens, a détruit les maisons de béton dont les dalles, mal ou trop vite construites, se sont effondrées totalement ou partiellement, créant dévastation, douleur, décès, blessés et handicapés. Tout a été bouleversé et beaucoup de personnes sont encore aujourd'hui en proie à de nombreux problèmes.

Le séisme a touché des institutions partenaires. Par exemple, l'institut de géodésie (CNIGS), qui préparait les cartes dont nous avons besoin pour l'enquête sur la quantité de fluor dans l'eau de boisson a été détruit et 4 personnes – cadres - décédées, dont la directrice. Tout le monde a été psychologiquement atteint, d'une façon ou d'une autre, insécurité. La Fondation Max Cadet - l'une des institutions les plus importantes en terme d'offre de soins de santé dentaires communautaires - a été détruite (Port-au-Prince).

Pour toutes ces raisons, la réalisation de ce qui avait été planifié a été poursuivie mais avec perturbations. La durée du projet est prolongée jusqu'à fin juin 2011 et fait l'objet d'un avenant avec l'AFD.

La formation à la maintenance des équipements dentaires.

La maintenance et l'installation d'équipements dentaires n'est pas une discipline enseignée en Haïti. Il existe environ 350 dentistes qui se trouvent bien souvent confrontés à des problèmes techniques et sont dérangés dans leur pratique quotidienne par des pannes.

La maintenance des équipements dentaires, comme la prothèse, font partie de l'environnement de la pratique des soins dentaires qu'on est en droit d'exiger en 2010 en Haïti, d'où son importance.

Troisième session de formation

Les stagiaires formés en 2008, ont été évalués en 2009, les quatre plus performants et motivés ont reçu une formation en 2010. Deux d'entre eux ont assuré la maintenance de plusieurs équipements dentaires de la capitale.

Cette troisième session, animée par Pierre Jahan, a eu lieu du 25 mars au 2 avril 2010, malgré les perturbations liées au séisme. Elle comportait deux parties, l'une théorique l'autre pratique. La formation s'est déroulée dans différentes cliniques dentaires à Port-au-Prince et à Christianville.

Le programme était le suivant :

- Tests de connaissance
- Révision des sujets traités en 2008 et 2009
- Pratique dans le cabinet de Dr Adrienne André
- Etude en détail des circuits avec les codes couleur des unités Adec,
- Réparations à Christianville
- Pratique de l'intégration d'un moteur électrique à l'équipement pneumatique (SOE) avec convertisseur pneumo-électrique et autres interrupteurs à commande pneumatique
- Étude approfondie des détarteurs électriques par piézo-électricité et par magnétostriction

Des progrès ont été accomplis et les quatre personnes formées devraient être en mesure de résoudre la majorité des problèmes rencontrés.

Pour que la formation puisse être appliquée, du matériel a été laissé sur place (pièces à main, turbines, contre angle, détartreur) ainsi qu'un unit.

Quelles sont les perspectives ? En mars 2011, une formation achèvera ce cycle. Pierre Jahan estime qu'en 4 ans, le personnel formé pourra répondre aux besoins dans ce domaine.

Le recyclage des auxiliaires travaillant dans les institutions partenaires.

Il s'agit de renforcer les compétences du personnel intermédiaire travaillant dans des projets de santé bucco-dentaire et d'intégrer la composante santé dentaire dans les programmes scolaires si besoin est (dépendant des vellétés du Ministère de l'Éducation).

Un programme de formation continue pour les auxiliaires est nécessaire après le recyclage.

Les institutions partenaires sont actuellement : le SOE, Christianville, la Fondation Pédodontique.

Ce recyclage dans 4 ou 5 cliniques de Port-au-Prince, prévu début 2010, est reporté, compte tenu des évènements.

La perspective est d'évaluer ces formations et de mettre en place, avec les institutions concernées (partenaires et MSPP), un programme de formation continue.

Accès au Fluor

- 1- L'enquête sur la teneur en fluor des eaux de boisson a été réalisée sur 8 départements,
- 2- Appui aux producteurs de sel : Il existe un gros projet d'aménagement de la zone saline située au Nord-ouest des Gonaïves avec Oxfam USA, en partenariat avec le gouvernement. Des études sont en cour, par des experts étrangers et locaux. Des propositions seront faites par Oxfam aux ministères concernés.
- 3- La collaboration avec le Bureau de Nutrition est en attente, compte tenu des évènements.

Commentaires

La situation d'urgence ne doit pas empêcher le déroulement des actions inscrites sur le moyen ou le long terme :

- Évaluation de la compétence des auxiliaires dentaires qui travaillent déjà sur des programmes dentaires et définition, avec les partenaires, d'un curriculum commun pour ce type de personnel (à présenter dans un deuxième temps au MSPP).
- Contribution au maintien des activités cliniques dans toutes les zones avec maintenance des équipements. Si plusieurs techniciens sont formés, cela garantit un « staff », une « pépinière » pour la réparation des équipements en exercice dans le pays.
- Prévention par l'accès au sel fluoré avec le soutien à une activité économique durable en améliorant les méthodes de production en Haïti. La fluoration du sel est une mesure de santé publique efficace qui a fait ses preuves pour la prévention de la carie dentaire dans de nombreux pays.

LAOS

En 2010, le projet s'est poursuivi dans le domaine de la formation, de l'accès aux soins en zone rurale, de la maîtrise des infections dans les services dentaires et de la fluoration du sel.

1. Appui a la mise en place de l'association des dentistes lao

L'association des dentistes lao a été créée le 15 mars 2010. Le Président Khamhoung Phommavongsa, chef du service dentaire de l'hôpital Mahosot.

La première rencontre nationale en mars 2010 a permis de faire le point sur les stratégies à adopter dans le secteur et de programmer les activités.

2. Fluoration du sel

Pour la fluoration, le sel solaire est préalablement iodé, avec une concentration de 45ppm en iode (KIO₃) et de 250 ppm en fluorure de Potassium en solution (KF).

Le projet pilote de fluoration de sel humide a été validé suite aux essais réalisés en mai 2009.

Un dossier complet présenté au Ministère de la Santé intitulé « Essai de commercialisation du sel iodé et fluoré dans 3 districts pilote en RDP Laos- juin 2010 » décrit le déroulement de la phase de lancement du produit sur le marché (production, distribution, contrôle qualité, tarification, communication et évaluation) – traduit en 3 langues (Français, Anglais, Lao).

- Production

En février 2010, l'autorisation de mise sur le marché a été donnée par le département hygiène et prévention (Ministère de Santé).

En juin 2010, le ministère de la santé Lao donne son aval pour l'Essai de commercialisation dans 3 districts pilotes (2010-2011). L'autorisation de production est donnée par le département Alimentation et Médicaments sous le No 5192/10/FDD datée du 15 juin 2010. Un plan d'activité de production a été élaboré à partir de d'août 2010. La mise sur le marché du sel fluoré a démarré en octobre 2010.

- Contrôle Qualité

En mai 2010, une convention a été signée entre le producteur de sel, l'AOI et FDQCC (Foods and Drugs Quality Control Center) sur le contrôle qualité des produits fabriqués.

Un arrêté ministériel définit les normes qualité du sel iodé et fluoré à respecter pour tout produit labellisé sel iodé/fluoré, produit, distribué et importé en RDP Laos ainsi que les certifications du produit et le système de sanctions prévu en cas de fraude.

- Enquêtes complémentaires

- Analyse du fluor dans l'eau

Afin de compléter la cartographie du fluor dans les eaux de boisson au Laos, une équipe du NEW Center a effectué en décembre 2009 une enquête au niveau national sous la supervision du Pr Prathip Phantumvanit (Thammasat university, Thaïlande).

Le personnel du NEW Center ont reçu une formation de 2 jours en avril 2010 sur la méthode d'analyse du fluor dans l'eau de boisson.

L'analyse a eu lieu en mai 2010 et les résultats confirment ceux de la première enquête, à savoir un niveau inférieur à 0,5ppm.

- Enquête épidémiologique

Une enquête a été réalisée de janvier à mars 2010 dans 5 provinces. Les résultats seront publiés en 2011.

- Commercialisation dans 3 districts pilotes de la province de la municipalité de Vientiane

En juillet 2010, une convention a été signée entre le producteur de sel, l'AOI, la faculté dentaire et l'hôpital Mahosot sur la commercialisation, la tarification et la communication.

Les autorisations concernant les campagnes de communication et la diffusion de supports promotionnels au niveau provincial et de district sont données. Les supports de communication : diffusion de spot sur la radio, distribution de brochures (ciblés selon le groupe de population visé), haut-parleurs dans les marchés, suivi des grossistes dans leur circuit de distribution.

Des supports supplémentaires sont en cours de développement dont la création d'une mascotte.

3. Appui à la faculté dentaire

L'appui à la faculté dentaire a comporté une amélioration du plateau technique et une formation des enseignants et du personnel.

- Formation de formateurs

Les séances de formation de formateurs ont permis d'aborder les principaux thèmes concernant le nouveau système de traitement de l'instrumentation : fonctionnement d'une stérilisation centrale, système de sets d'instruments et organisation des services. Une formation continue pratique et complémentaire a été mise en place et suivie en début 2010. Un monitoring a été assuré tous les mois. Avec la ré-ouverture de la faculté et la réorganisation des services de soins, l'appui à la gestion des services et à l'organisation du système de stérilisation de la faculté a été renforcé.

- Formations des personnels de la faculté

Les responsables du contrôle de l'infection croisée de la faculté préalablement formés ont organisé des séminaires en hygiène hospitalière destinés à tout le personnel de la faculté dentaire et des sessions de formation en hygiène destinées aux étudiants dentaires puis intégrées dans leur cursus (200 étudiants, 60 enseignants).

- Equipements complémentaires fournis

Les derniers aménagements ont eu lieu en juillet 2010 ainsi qu'une dératisation complète de la faculté.

- Audit en hygiène – mars 2010 par Guillemette Clapeau et François Courtel

L'audit a eu lieu en trois temps avec une évaluation sur les différents services de la faculté dentaire, une évaluation de la stérilisation centrale mise en place et des formations de formateurs.

Les conditions d'hygiène s'améliorent mais un suivi et des évaluations régulières sont nécessaires pour améliorer les procédures et maintenir les acquis.

- Appui à l'enseignement

Une évaluation du programme des études dentaires a été menée par la conférence internationale des doyens des facultés de chirurgie dentaire francophones (CID-CDF). L'objectif était d'identifier les besoins de formation des enseignants concernant la pédagogie et la révision du curriculum. Un premier séminaire de formation sur la pédagogie dans l'enseignement supérieur a eu lieu en décembre 2010,

4. Contrôle des infections et amélioration de l'offre de soins dans des services dentaires de référence

En 2010, l'amélioration de l'hygiène hospitalière et de l'offre de soins dentaires a concerné quatre hôpitaux de référence au niveau district : Hôpital de Hom, Hôpital de Vangvieng, Hôpital de Sangthong, Hôpital de Bolikhan.

Les districts sanitaires choisis sont ceux dans lesquels la coopération Technique Belge (BTC-CTB) travaillaient depuis une dizaine d'années afin d'avoir un environnement plus favorable à la mise en place du contrôle de l'infection.

Les dentistes au niveau du district ont suivi une formation de décembre 2009 à juin 2010 sur le rôle de superviseur et un accompagnement sur le terrain a été apporté.

5. Amélioration de l'accès aux soins dentaires en zone rurale dans les centres de santé

Une extension du projet pilote à 5 centres de santé supplémentaires a été poursuivie en suivant les recommandations de l'évaluation de Pascaline Durand et d'Isabelle Thiébot. Les districts identifiés ont bénéficié d'un programme d'appui au secteur médical (Coopération Technique Belge - BTC) :

District de Vang-Vieng : Centres de santé de Phathang et Namouang (Province de Vientiane)

District de Hom : Centres de santé de Xieng My et Phalaveck (Province de Vientiane):

District of Bolikhan : Centre de santé de Phameuang. (Province de Bolikhamxay)

La mise en place s'est faite en deux temps :

- Etape 1 Maîtrise du contrôle de l'infection
- Etape 2 Soulagement de la douleur

Le groupe de travail de la faculté a suivi en 2010 les 5 nouveaux centres de santé pour apporter la formation complémentaire dans le domaine du contrôle de l'infection et de la conduite des actes.

Les protocoles d'hygiène, les prescriptions, la tarification, avec réalisation de fiches plastifiées à afficher dans les centres sont en cours de finalisation.

A stade, il est nécessaire d'assurer un suivi.

MADAGASCAR

Formation des médecins de campagne au traitement de l'urgence dentaire et à la prévention des infections liées aux soins

Une mission a été réalisée du 23 avril au 8 mai 2010. Elle avait 3 objectifs :

- Former 16 médecins généralistes communautaires au traitement d'urgence dentaire
- Animer un stage de perfectionnement pour 7 médecins formés en mai 2009.
- Evaluer 7 cabinets dentaires de référence.

Cette mission est venue renforcer le partenariat de l'AOI avec Santé Sud initié en 2004 pour un programme de soins d'urgence dentaire et d'hygiène désinfection intégré au programme d'installation de médecins de campagne à Madagascar. Une première phase du programme

Santé Sud financé par l'Union Européenne a vu l'installation, le suivi et la formation continue de 43 médecins généralistes communautaires.

De décembre 2006 à 2009, 30 autres médecins ont été installés avec un cofinancement du Ministère des Affaires Etrangères. C'est à la demande des médecins confrontés aux douleurs dentaires de leurs patients que l'AOI a engagé un partenariat afin de trouver des solutions adaptées. En effet, à Madagascar, l'état dentaire de la population est caractérisé par des indices carieux très élevés (CAO de 13 entre 35-44 ans). Il en résulte des infections sévères et des douleurs récurrentes qui perturbent le quotidien de la population. Les services de référence sont en moyenne à 50 kilomètres des villages, ce qui implique un prix très élevé de l'extraction: 4,5 euros. En délocalisant l'offre de soins d'urgence par les médecins, l'AOI permet un accès géographique et économique plus facile: l'extraction revient à 1 euro et le service à la population est réel.

Cette activité chirurgicale a amené à intégrer un programme de prévention des infections liées aux soins. Ce volet du programme favorise la qualité des soins, leur sécurité, l'accueil du patient et participe donc à la pérennité de l'installation des médecins. Les soins d'urgence dentaire génèrent des revenus complémentaires qui eux aussi contribuent à la pérennité de l'installation.

La formation en hygiène désinfection intervient en début d'installation :

> degré 1 : elle est théorique, interactive avec étude de coût, comporte 2 travaux pratiques sur le traitement de l'instrumentation et l'asepsie des soins: elle dure 2 jours. La formation au traitement d'urgence dentaire est réservée aux médecins confirmés qui ont remplis leurs objectifs.

> degré 2 : C'est une formation théorique et surtout clinique que nous organisons à la campagne, dans le cabinet d'un des médecins: elle dure 5 jours. Elle est suivie d'une supervision formative 4 mois plus tard.

> degré 3 : il s'agit d'un stage de perfectionnement de 2 jours avec un nombre réduit de médecins où sont évaluées les pratiques et les connaissances.

> degré 4 : Quelques mois plus tard, une formation complémentaire est organisée où se réunissent entre eux les médecins d'une même région, pour traiter des patients.

Orientations et actualité du programme

- **Volet accès aux soins.** Lors de la prochaine mission du mois de mai 2011, une partie de l'équipe organisera une session complémentaire pour la 4^{ème} promotion de médecins formés au traitement des urgences dentaires l'an dernier. Ce stage sera organisé en partenariat avec Santé Sud,
- **Volet prévention des infections liées aux soins.** Dans les mêmes régions de l'Itasy et du Bongolava, le projet de formation des personnels et de réhabilitation de la stérilisation de 3 hôpitaux de districts sera mis en place en 2011. Ce sont de petites structures de références qui comportent en général un service de médecine, une maternité et un cabinet dentaire.

Le travail d'audit a été réalisé en 2010 : il a permis de se rendre compte des besoins en formation théorique, d'adapter au mieux des méthodes de désinfection pérennes, d'envisager l'achat des matériels et l'aménagement des locaux. C'est un défi à relever : le contrôle des infections liées aux soins est exigeant, demande rigueur et constance. L'utilité et la pertinence de cette activité ne fait pas de doute quand on connaît les chiffres des infections nosocomiales dans les pays en développement.

Pour ce projet, le service de santé bucco dentaire du Ministère de la santé est partenaire de l'AOI ainsi que localement, les directeurs d'hôpitaux et les médecins chefs de district.

- **Volet accès au fluor**

En 2010, une étude pour un projet pilote de fluoration du sel a démarré. Nous avons déjà eu un entretien en 2009 avec le directeur de la Compagnie Salinière de Madagascar, principal producteur.

Il est nécessaire de connaître les réseaux de distribution et de commercialisation du sel ainsi que les habitudes de consommation.

Pour arriver à ces objectifs, un dossier de financement sera déposé en 2011 à l'Agence Française du Développement.

3- LES ENJEUX ACTUELS

Que se soit en termes de morbidité ou d'accès aux soins, la situation bucco-dentaire se dégrade dans les pays en développement (PED). Au même titre que les autres pathologies non transmissibles tels les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires, les affections bucco-dentaires (carie dentaire, parodontopathies, traumatismes dentaires, cancers de la bouche et manifestations buccales du VIH/SIDA) ne sont plus des maladies réservées aux couches aisées de la population mais concernent aussi les groupes vulnérables des sociétés en développement.

Les maladies bucco-dentaires sont un problème de santé publique significatif et leur impact sur les individus et les communautés en termes de douleur, de perte de fonctions et plus généralement de réduction de la qualité de la vie est considérable. D'un point de vue épidémiologique, les changements de modes de vie et de consommation (alimentation et tabac), le vieillissement des populations et l'urbanisation rapide contribuent à une exposition accrue aux facteurs de risque associés aux affections bucco-dentaires. Par ailleurs, l'accès à des moyens de prévention efficaces (fluor) ou le recours à des soins dentaires demeurent quasi inexistantes. Le constat étant aussi bien valable en milieu rural qu'en milieu urbain. Outre le facteur économique, la très faible disponibilité en produits d'hygiène bucco-dentaire et en services de soins dentaires expliquent cette situation. Une autre dimension à prendre en compte est celle liée aux très faibles niveaux de connaissances et de pratiques en santé bucco-dentaire des populations.

Dans un contexte de restriction budgétaire et de priorités axées sur des problèmes hautement prioritaires, les actions de santé publique dentaire doivent répondre à des critères d'efficacité, de faisabilité et de pérennité. Outre les actions à mener en faveur des populations vulnérables, le renforcement des capacités en santé publique dentaire des cadres de santé est incontournable.

Depuis quelques années en Asie du Sud Est et en Afrique de l'Ouest, sous l'impulsion de l'AOI et d'autres partenaires institutionnels, des groupes d'acteurs de santé et de décideurs ont décidé de travailler sur des approches innovantes qui répondent aux critères évoqués plus haut. La tâche est délicate car elle conduit souvent à remettre en cause les approches conventionnelles peu réalistes mais surtout peu efficaces développées jusqu'alors par les autorités (approche curative à outrance, haute technologie, formation d'hyper spécialistes, éducation pour la santé,...).

Riche de plus de 25 années d'expérience sur le terrain dans des pays à situations différentes (Haïti, Afrique francophone, Asie du sud est), le positionnement est d'accompagner (de faciliter), l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies innovantes en santé

publique dentaire. Un autre aspect est de permettre que le travail en cours se concrétise en actions reconnues et intégrées dans les politiques nationales et régionales de santé des pays concernés.

Sur la base des situations observées et de l'expérience acquise, l'AOI se positionne sur des domaines d'actions ciblées, dans la recherche permanente d'efficience et de pérennité :

- La formation,
- La promotion de la santé – Accès au Fluor,
- L'amélioration de l'accès aux soins,
- L'amélioration du contrôle des infections croisées lors des soins.

Les modalités de travail de mise en œuvre de ces activités répondent à une méthodologie adaptée, permettant de mettre les partenaires locaux en situation de maîtrise de leurs objectifs de travail et des résultats concrets à moyen et long terme.

1. La formation

La formation est aujourd'hui un axe majeur qui répond à plusieurs prérogatives :

- Des besoins de formation importants existent en santé publique (planification en santé, gestion de programme, recherche de fonds, stratégies basées sur des preuves,...) pour renforcer la capacité des partenaires à mener leurs programmes avec des bases solides de connaissances et d'expériences.
- L'amélioration des compétences d'acteurs de terrain locaux (soignants ou techniciens) dans la perspective des objectifs et stratégies adaptés au contexte et aux besoins prioritaires.
- La participation à une dynamique d'éducation au développement dans les pays du Nord par la volonté de faire évoluer les concepts et idées reçues en matière de développement, de stratégie et de positionnement des acteurs de solidarité internationale.

Les besoins de formation sont importants, dans une perspective de renforcement des compétences locales. C'est un des clés du succès et de la pérennité des activités développées. Les priorités amènent à privilégier les formations en santé publique, en soins primaires et en prévention des infections croisées. Ces dernières devraient devenir un préalable aux modules de soins et s'étendre à l'ensemble des personnels soignants des structures de soins concernées, afin d'uniformiser les connaissances et de sécuriser les pratiques de tous les intervenants. Il s'agit de mettre en place des modules de formation de formateurs, de capitaliser les expériences en faisant valider le contenu et les modalités des modules de formation par des groupes d'experts et de diffuser les modules validés pour qu'ils soient à disposition d'autres acteurs du développement de la santé bucco-dentaire.

2. Prévention : accès au fluor

Dans des pays où la population est très jeune et où le taux de caries augmente en lien avec l'augmentation de la consommation de sucre, la priorité consiste à limiter l'apparition des pathologies. La voie de l'éducation pour la santé en milieu scolaire a été la première ligne suivie par l'association. La recherche a montré que cette stratégie est peu efficace en l'absence de moyens d'hygiène bucco-dentaire et d'accès au fluor et aux soins.

Les travaux d'universités et de nombreux experts en santé publique ont confirmé l'efficacité du fluor dans la prévention des pathologies carieuses, avec un haut niveau de preuve scientifique. Aussi, en accord avec les recommandations de l'OMS, dans le champ de la

prévention des maladies buccales, l'AOI a travaillé sur l'accès au fluor par le dentifrice ou le sel fluoré.

Si le dentifrice fluoré est le moyen le plus efficace de prévention de la carie, son accessibilité financière est un problème non résolu pour des populations de niveau économique faible ou très faible. Considéré par les gouvernements comme un produit cosmétique, il est fortement taxé (près de 50% de son prix). Il faudra probablement attendre un nouveau statut réduisant les taxes pour qu'il devienne accessible à une majorité de la population.

Le sel fluoré est une alternative intéressante dans des pays producteurs d'une grande partie du sel consommé. La fluoration du sel augmente peu son prix et il est consommé par l'ensemble de la population.

Ces données conduisent à :

- soutenir et suivre l'expérience de fluoration du sel qui a commencé au Laos pour en tirer toutes les conclusions en matière de faisabilité et de résultats,
- étendre cette action dans d'autres régions,
- soutenir des projets d'amélioration de l'accès au dentifrice fluoré pour des populations de niveau socio-économique intermédiaire,
- appuyer les initiatives de renforcement de contrôles de qualité des pâtes dentifrice disponibles à la vente et celles de création ou d'amélioration de cadres légaux régissant leur commercialisation,
- capitaliser et diffuser les résultats pour faciliter la mise en place de projets similaires par d'autres intervenants, dans d'autres régions.

3. Accès à une offre de soins de qualité

Les efforts en matière de promotion de la santé bucco-dentaire recommandés par l'OMS doivent être complétés par des actions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins.

En effet, pour tenter de réduire le nombre de pathologies non traitées et de soulager les populations des phénomènes douloureux associés, l'AOI a privilégié la formation, l'amélioration de l'accessibilité des structures de soins.

Pour des raisons déjà évoquées, les réhabilitations de cabinets de référence ont montré jusqu'à présent des résultats très médiocres et les activités se sont tournées vers la recherche de solutions pour des soins primaires de base pour la majorité de la population (zone rurale).

Dans cette perspective, l'accès au soulagement de la douleur est la première priorité à inscrire dans le paquet minimum d'activité. Dans une seconde phase, d'autres soins simples, ne nécessitant que de l'instrumentation manuelle, peuvent ensuite être envisagés, compte tenu de leur faible coût. Ils peuvent être mis en place de façon expérimentale auprès de populations ayant un niveau économique plus élevé ou de publics prioritaires, tels que les enfants en milieu scolaire.

Les conditions de qualité et d'accessibilité sont impératives.

La promotion de soins de base, s'accompagne d'appuis ponctuels à des structures nationales qui jouent un rôle important dans la pyramide de santé (hôpitaux nationaux, hôpitaux de référence dans des districts où les soins primaires dentaires sont introduits) ou dans la formation des futurs praticien

Les expériences montrent la faisabilité de l'intégration au paquet minimum d'activité de soins dentaires de première intention (soulagement de la douleur). Le personnel acquiert rapidement une bonne compétence technique. Les résultats sont très liés à la motivation du personnel des centres de santé et des personnels d'encadrement au niveau du district. La tarification mesurée

des actes augmente sensiblement l'accessibilité à des soins de qualité et permet leur financement. La fréquentation des centres de santé pour ces soins est un indicateur de la demande et de la satisfaction des patients.

L'implication du district est un facteur essentiel dans la réussite à long terme et le maintien de la qualité des activités. Cet engagement du district reste une des difficultés. Il faut s'attacher à convaincre les responsables des enjeux de la mise en place des activités dentaires.

L'appui à des structures de niveau supérieur est justifié par les liens qui existent entre les différents niveaux du système de soins (soins de second niveau, référence...).

Il a été noté que la satisfaction du public lors des soins dentaires peut-être un facteur d'augmentation de la confiance de la population dans la structure de soins pour la santé générale.

Dans cette ligne, il est envisagé de :

- consolider les expériences de soulagement de la douleur,
- de poursuivre des appuis à des structures nationales ou liées aux districts dans lesquels se déroulent des programmes de soins de santé primaires dentaires,
- de mener, si les conditions le permettent, des expériences de mise en place de soins de second niveau,
- de capitaliser les expériences menées, dans ce domaine, par l'AOI ou d'autres organismes pour en tirer des recommandations à valider par des groupes d'experts. La perspective est de diffuser ces résultats pour faciliter la mise en place de services par d'autres organismes, dans d'autres régions.

4. Contrôle de l'infection croisée

Ce volet fait partie du domaine curatif évoqué dans le paragraphe précédent. En effet, dans une démarche de recherche de qualité, toute activité de soins doit être précédée de procédures efficaces et efficientes d'hygiène et de désinfection. Elle est dissociée de l'accès aux soins dans le souci de marquer l'importance que l'association lui accorde.

Les services de soins peuvent facilement être des vecteurs des maladies nosocomiales par des fautes d'asepsie répétées lors de la réalisation des soins ou de la désinfection/stérilisation. Les risques de contamination peuvent réduits à l'aide de procédures simples, standardisées et d'équipements adéquats.

L'AOI a appuyé des projets d'amélioration de l'hygiène dans des universités ou services de soins (central, régional et périphérique) en aidant à mettre en place des évaluations, formations, réhabilitations et des suivis réguliers d'application des procédures et des protocoles.

A chacun de ces niveaux, l'enjeu majeur a été d'adapter les programmes d'hygiène en fonction du contexte particulier et des ressources locales, dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Des méthodes et des protocoles simples et bien respectés sont une garantie par rapport au risque de contamination croisée. Les procédures sont simples à mettre en œuvre et peu coûteuses.

Leur mise en place, à l'occasion de soins dentaires, peut être une occasion d'instaurer une remise à niveau et plus de rigueur dans le traitement du matériel médical général. La réflexion autour de l'hygiène amène à une rationalisation des étapes cliniques, en aval et en amont des soins. C'est une structuration majeure des pratiques et de l'organisation du personnel

Les perspectives sont :

- de placer la formation du personnel à l'hygiène en étape préalable systématique à la formation à des soins dentaires. La validation d'un module de formation à l'hygiène étant un pré requis avant la formation aux soins,
- de former l'ensemble du personnel d'un centre de santé à l'hygiène quand on introduit les soins dentaires,
- d'intégrer l'activité dentaire au niveau des centres de santé à la petite chirurgie, les médecins du district pouvant superviser également la partie dentaire,
- de suivre les expériences en cours pour tirer des conclusions des résultats et adapter, si besoin, les procédures,
- de capitaliser les expériences menées pour en tirer des recommandations à valider par des groupes d'experts pour que d'autres intervenants disposent d'une référence.

Positionnement et méthode

L'esprit général de la méthode de travail repose sur un positionnement et un statut singuliers, ceux de « facilitateurs » et/ou « d'accompagnants des initiatives locales ». Les actions s'inscrivent principalement dans des stratégies de renforcement de compétences et de capacités des équipes locales responsables.

l'AOI favorise des collaborations avec des universités, des institutions nationales et internationales, d'autres ONG et des entreprises, dentaires ou non dentaires.

Ces réseaux internationaux de compétences renforcent les connaissances des partenaires locaux, des institutions, des ONG, et dynamisent les groupes locaux (responsables sectoriels, institutions,...) dans leurs réflexions et choix stratégiques.

Ainsi, l'association n'est pas opérateur principal des activités du projet, mais travaille en collaboration étroite avec des équipes locales afin d'appuyer différentes phases de planification, de diagnostic, d'identification de problèmes, de choix de priorités, de stratégies, de mise en œuvre et d'évaluation des actions de santé publique dentaire.

La faisabilité et la pérennité sont des critères de qualité incontournables dans la mise en œuvre de projets d'appui ; ils nécessitent :

- de faire un travail auprès des décideurs (formation, lobbying, autonomisation),
- de mettre l'ensemble des partenaires locaux en situation de maîtrise de leurs objectifs de travail, à moyen et long terme, en particulier par le renforcement des compétences,
- d'intégrer les programmes et les activités au système de santé, tant au niveau national que local, afin d'utiliser toutes les ressources locales existantes (structures, personnel, circuit, programmes de santé...),
- de ne mettre en place que des activités dont les coûts générés sont en rapport avec les ressources disponibles.

4- CONCLUSION

Les programmes appuyés par l'association, souvent sous forme d'expériences pilotes, ont permis de montrer qu'il est possible de relever une partie de ces défis en faisant appel à des dispositifs innovants, en optimisant l'utilisation des ressources locales. C'est le cas, par exemple, des soins primaires en zone rurale à Orodara (Burkina Faso) ou à Madagascar, de la fluoruration du sel au Laos, de la sécurité des services au sein d'universités au Laos et au Cambodge. Ces programmes sont à conforter et à étendre.

L'une des difficultés majeures est de passer de la théorie à la pratique. Les concepts sont nombreux mais il s'agit de s'interroger sur les modalités de leur mise en œuvre et sur l'appui donné aux décideurs locaux. Nous nous heurtons généralement au manque de capitalisation et d'analyse des échecs et succès des actions conduites sur le terrain. De nombreuses expériences sont menées dans le monde mais elles ne sont pas suffisamment valorisées ou ne font généralement pas l'objet d'évaluations suivies de publications. Elles restent donc isolées et méconnues... En outre, il convient d'améliorer les compétences en promotion de la santé bucco-dentaire des décideurs. Comment les accompagner dans la prise de décision ? Comment faire reconnaître la santé bucco-dentaire à sa juste place parmi les priorités de santé ?

Enfin, il faut favoriser une meilleure intégration.

A partir de l'expérience acquise et des axes stratégiques, l'AOI a besoin de se renforcer en professionnalisant l'association, en améliorant la communication sur ses actions et en développant les ressources propres pour permettre un effet levier visant le développement des programmes soutenus par l'AOI.