



Compte rendu technique et financier

compte rendu final

Projet de terrain

Titre du projet :

*Projet d'appui à la santé publique dentaire au Cambodge
Convention n° CKH 1101 01*

Période couverte par le présent compte rendu: 1^{er} janvier 2010 au 15 décembre 2013

Date de rédaction du présent compte rendu : 11 avril 2014

Nom de l'ONG : Aide odontologique internationale

Table des matières

1ÈRE PARTIE : RAPPORT TECHNIQUE	4
I/ Rappel succinct du contexte initial de mise en œuvre du projet de la convention	4
1. Zones géographiques prévues par l'action	4
2. Calendrier prévu des réalisations (période couverte)	4
3. Description succincte de l'action et rappel des objectifs de départ et de la problématique visée,4	
4. Principaux enjeux auxquels le projet devait répondre	4
5. Principaux partenaires prévus et rôle dans le projet,	5
6. Groupes cibles prévus : nature, nombre... ..	5
II/ Le cas échéant, principales évolutions intervenues dans le contexte du projet durant la totalité du projet et ayant eu un impact significatif sur son exécution	5
1. Dans le contexte politique, économique ou social,.....	5
2. Dans le calendrier de réalisation.....	5
3. Dans les zones géographiques effectivement couvertes par l'action,.....	6
4. Concernant les principaux partenaires et parties prenantes impliqués dans le projet : partenaires initialement prévus et partenaires effectivement impliqués, nouveaux partenaires...,	6
5. Concernant les groupes cibles mobilisés.	6
III/ Les réalisations.....	7
1. Tableau synthétique.....	7
2. Qualité de l'implication des principaux partenaires au cours de l'année,	13
3. Groupes cibles réellement mobilisés : nature, nombre,.....	13
4. Analyse et commentaire en se référant au tableau, le degré de réalisation, les écarts (causes, solutions retenues), la pertinence des objectifs de départ, les révisions qui s'imposent.....	13
5. Actions spécifiques réalisées en matière de prise en compte du genre,	21
6. Actions de valorisation et de communication données au projet.	21
IV/ Les ressources humaines et moyens mobilisés sur la durée globale du projet	21
1. Détail des ressources humaines mobilisées	21
2. Commentaires sur les difficultés éventuellement rencontrées.....	21
V/ Conclusion générale portant sur la durée totale du projet.....	22
1.Appréciation concernant la mise en œuvre du projet par-rapport aux objectifs initialement prévus	22
2. Appréciation des réponses apportées par-rapport aux enjeux auxquels le projet entendait répondre	24
3.Intégration du projet dans son environnement institutionnel, économique et social,.....	24
4.Place et rôle des partenaires de l'action (en matière d'autonomisation, d'appropriation) et de l'ensemble des parties-prenantes,	25

5.Impact mesurable de l'action, notamment en matière de lutte contre la pauvreté et d'impact environnemental,	25
6.Impact en matière de prise en compte du genre et d'égalité hommes/femmes,	25
7.Conclusions des évaluations interne et externe,	25
8.Présentation des principales capitalisations réalisées (diffusion, publics, contenu...),.....	26
9.Présentation des principales actions de plaidoyer menées ou accompagnées,	26
10.Le cas échéant, état de la mise en œuvre des engagements particuliers tels que spécifiés dans la convention (paragraphe 6),.....	26
11.Perspectives pour l'après projet,.....	26
12.Le cas échéant, modalités de clôture du projet et de transfert aux partenaires locaux.	27
2^{ÈME} PARTIE : RAPPORT FINANCIER.....	28
A. Tableau des dépenses.....	28
B. Tableau des ressources.....	30
C/ Compte-rendu des valorisations	31
ANNEXES	32

IERE PARTIE : RAPPORT TECHNIQUE

I/ Rappel succinct du contexte initial de mise en œuvre du projet de la convention

1. Zones géographiques prévues par l'action

Le projet est basé à Phnom Penh, ses actions couvrent tout le Cambodge.

2. Calendrier prévu des réalisations (période couverte)

La durée d'action prévue initialement : novembre 2009 à octobre 2012

3. Description succincte de l'action et rappel des objectifs de départ et de la problématique visée,

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 fluoruration du sel, formation à l'hygiène de tous les dentistes du Cambodge, appui à 14 hôpitaux publics, 60 centres de santé, amélioration de la qualité du dentifrice fluoré, appui au programme hygiène de la faculté dentaire de Phnom Penh, renforcement des compétences des cadres en santé publique dentaire). Depuis février 2005, l'AOI renforce les compétences de l'équipe cadre de ce programme et appuie cette équipe dans la mise en place de projets pilotes. Ces projets ont eu des résultats positifs et l'équipe cadre souhaite relever le défi de l'extension au niveau national afin qu'une grande partie de la population cambodgienne puisse en bénéficier. La capitalisation des expériences innovantes et la sensibilisation des acteurs de la solidarité internationale aux problématiques du développement seront également une composante importante du projet.

Objectif général: L'objectif du projet est d'améliorer durablement la santé dentaire de la population du Cambodge.

Objectif spécifique n°1 : Mettre en place un programme de promotion de la santé dentaire adapté

- 1.1 : Appuyer la mise en place d'un projet pilote de fluoruration du sel
- 1.2 : Appuyer l'amélioration de la qualité des dentifrices

Objectif spécifique n°2 : Réduire les risques de contaminations croisées lors des soins dentaires

- 2.1 : Appuyer le programme d'amélioration du secteur hygiène hospitalière à la faculté dentaire de Phnom Penh.
- 2.2 : Formation à l'hygiène hospitalière de tous les dentistes du Cambodge (public / privé)

Objectif spécifique n°3 : Améliorer l'accès à des soins dentaires de qualité dans le secteur public

- 3.1 : Appuyer l'amélioration de la qualité des soins dans 14 hôpitaux de référence
- 3.2 : Appuyer l'amélioration de la qualité des soins dans 60 centres de santé

Objectif spécifique n°4 : Renforcement des compétences en santé publique et appui aux cadres de la santé

Objectif spécifique n°5 : Capitaliser les expériences en santé publique dentaire

Objectif spécifique n°6 : Sensibiliser les acteurs de la santé au développement

4. Principaux enjeux auxquels le projet devait répondre

Problème n°1 : Prévalence élevée des pathologies dentaires et faible impact des mesures existantes

Problème n°2 : Les risques de contamination lors de soins dentaires sont élevés

Problème n°3 : La population a un accès limité aux services dentaires de qualité

Problème n°4 : Manque de compétences et de soutien des cadres de la santé

Problème n°5 : Manque de sensibilisation au développement

5. Principaux partenaires prévus et rôle dans le projet,

- Le Ministère de la Santé du Cambodge (Département de la Médecine Préventive - Bureau pour la Santé Bucco-Dentaire).
Le Bureau pour la Santé Bucco-Dentaire met en place le programme national du secteur. Il sera opérateur dans la mise en place des activités du projet. Il est à l'initiative des activités concernant les objectifs 1, 2 et 3 du projet.
L'AOI accompagne le partenaire pour la mise en place des activités (formation, conseil et appui financier).
- La Faculté Dentaire de Phnom Penh.
La faculté dentaire est la seule existante au Cambodge dans le secteur public, elle forme les professionnels de santé. Son rôle est de mettre en place les activités programmées dans le cadre du projet (amélioration de l'hygiène et formation des enseignants, les objectifs 1 et 2).

6. Groupes cibles prévus : nature, nombre...

- Le bureau national pour la santé bucco-dentaire (Ministère de la Santé), la faculté dentaire de Phnom Penh, les cadres de la santé de province actifs dans le domaine de la santé publique,
- L'ensemble de la population du Cambodge, (impact indirect de l'appui à la mise en place de la politique nationale de santé bucco-dentaire). Le programme d'amélioration de la qualité des dentifrices concerne tous les dentifrices vendus sur le marché et toutes les marques disponibles et importées au Cambodge, il concerne la population entière du pays.
- L'ensemble du personnel travaillant dans le secteur bucco-dentaire au Cambodge. Les formations dans le domaine de la prévention des infections liées aux soins mises en place durant le projet ont concerné tous les professionnels du secteur dentaire (400 dentistes et 320 infirmiers dentaires).

II/ Le cas échéant, principales évolutions intervenues dans le contexte du projet durant la totalité du projet et ayant eu un impact significatif sur son exécution

1. Dans le contexte politique, économique ou social,

Le Cambodge continue à se développer progressivement, dans un contexte de croissance économique régulière. Ce contexte stable favorise une approche d'appui institutionnel comme celle choisie par l'AOI pour ce projet.

Des troubles politiques ont éclaté suite aux élections en 2013, elles ont freiné le fonctionnement de l'administration en 2013, mais peu d'effet sur le déroulement du projet. En 2014 la situation politique a peu évolué, le même gouvernement est en place, le principal enjeu sera les élections de 2018, le pouvoir en place sera confronté à une opposition grandissante, des changements importants au Cambodge pourraient avoir lieu lors des prochaines élections.

2. Dans le calendrier de réalisation

Objectif 1 :

Le volet concernant la mise en place du projet pilote de fluoration du sel a été abandonné et remplacé par d'autres activités (voir réalisations et analyse pour les détails). Le calendrier a donc été complètement modifié concernant cet objectif.

Objectif 2, 3, 4 et 5 :

Pas d'évolution majeure du calendrier de réalisation. Les appuis aux hôpitaux ont été décalés dans le temps, le nombre de structures réhabilitées est plus important en fin de projet que celui prévu initialement (15 hôpitaux réhabilités au lieu de 14). Concernant l'appui aux centres de santé, ils ont aussi été décalés dans le temps et le nombre de centre de santé réhabilités a été réduit à 10.

Tous ces ajustements se sont faits en accord avec l'AFD.

3. Dans les zones géographiques effectivement couvertes par l'action,

Il n'y a pas eu de changement des zones géographiques couvertes par le projet durant le projet.

4. Concernant les principaux partenaires et parties prenantes impliqués dans le projet : partenaires initialement prévus et partenaires effectivement impliqués, nouveaux partenaires...,

Il n'y a pas eu de modification des partenaires impliqués dans le projet.

5. Concernant les groupes cibles mobilisés.

Les principaux changements sont liés à l'évolution des objectifs 1 et 3.

L'abandon du projet d'appui à la mise en place du sel fluoré a été remplacé par la formation de 7 enseignants à la faculté dentaire de Phnom Penh, l'appui à la mise en place d'un projet pilote dans 10 écoles primaires (50 000 enfants et 2 000 enseignants) et l'appui à la réalisation d'une enquête nationale sur la santé bucco-dentaire.

III/ Les réalisations

1. Tableau synthétique

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Activités prévues par objectifs	Principales activités réalisées au cours de la période	Indicateurs de suivi de la tranche prévue	Indicateurs de suivi mesurables en fin de tranche
Objectif spécifique n°1 : Mettre en place un programme de promotion de la santé dentaire adapté					
1.1 : Appuyer la mise en place d'un projet pilote de fluoruration du sel <u>Non effectué, avec l'accord de l'AFD, remplacé par un appui accru à l'objectif 2.1 et trois nouveaux volets (expliqué dans le premier rapport intermédiaire) :</u>	Mise en place d'un programme de prévention intégrée en milieu scolaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ identification et formation d'un coordinateur du programme. ➤ Identification des 10 sites pilotes ➤ Mise en place du comité interministériel ➤ Mise en place de la participation communautaire pour la phase de construction dans les écoles ➤ Préparation pour la mise en place des activités de lavage des mains, brossage et déparasitage. ➤ Construction et aménagements nécessaires dans les écoles pour les activités de brossage et de lavage des mains ➤ Les activités dans les écoles seront suivies et évaluées ➤ Un volet recherche permettra de mesurer l'impact du programme, son acceptabilité et sa reproductibilité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ identification et formation d'un coordinateur du programme ➤ Identification des 10 sites pilotes ➤ Mise en place du comité interministériel entre le ministère de la santé et de l'éducation ➤ Mise en place de la participation communautaire pour la phase de construction dans les écoles ➤ Préparation pour la mise en place des activités de lavage des mains, brossage et déparasitage ➤ Construction et aménagements nécessaires dans les écoles pour les activités de brossage et de lavage des mains ➤ Suivi et évaluation des activités dans les écoles ➤ Le volet recherche sera mis en place fin 2014 avec la GIZ (Fit For School) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 sites pilotes identifiés ➤ Comité interministériel (santé / éducation) mis en place ➤ Constructions réalisées dans les 10 écoles 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 sites pilotes identifiés ➤ Comité interministériel (santé /éducation) mis en place

	<p>Formation des enseignants en endodontie et restauratrice à la faculté dentaire</p>	<p>La formation en endodontie/restauratrice de 7 enseignants de la faculté comporte 4 modules de formation répartis entre les tranches 1, 2 et 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise au point technique et pédagogique de la formation de septembre 2010 à Mars 2011 ➤ Mise à niveau du plateau technique d'Avril à Mai 2011 ➤ Session de formation de deux semaines en Mai-Juin 2011 ➤ Formation de deux semaines (décembre 2011 et Juillet 2012) ➤ Formation de deux semaines en décembre 2013 (effectuée en février 2014 pour contraintes des enseignants français) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 modules de formation réalisés 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 modules de formation réalisés pour 7 enseignants de la faculté
	<p>Réalisation d'une enquête nationale au Ministère de la Santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définition de la stratégie pour la réalisation de l'enquête de Juin 2010 à Novembre 2010 ➤ Formation du personnel réalisant l'enquête ➤ Réalisation des enquêtes de terrain de Novembre 2010 à Juillet 2011. ➤ Analyse des résultats de l'enquête nationale ➤ Finalisation du rapport de l'enquête nationale fin 2011 ➤ Publication et diffusion des résultats mi-2012 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définition de la stratégie pour la réalisation de l'enquête de Juin 2010 à Novembre 2010 ➤ Formation du personnel réalisant l'enquête ➤ Réalisation des enquêtes de terrain de Novembre 2010 à Juillet 2011. ➤ Analyse des résultats de l'enquête nationale ➤ Finalisation du rapport de l'enquête nationale en 2013 ➤ Publication et diffusion des résultats en 2013 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les résultats de l'enquête nationale sont analysés ➤ Résultats publiés et diffusés 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les résultats de l'enquête nationale sont analysés ➤ Résultats publiés et diffusés

1.2 : Appuyer l'amélioration de la qualité des dentifrices	1.2 La disponibilité en dentifrice fluoré de qualité est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 Contrôle de qualité des dentifrices (analyse d'échantillons en laboratoire) ➤ Publication officielle des résultats ➤ Diffusion à la profession et médiatique 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deux ateliers ont été réalisés au Ministère de la santé : en juin 2010 et en mai 2011. ➤ Contrôle de qualité des dentifrices (analyse d'échantillons en laboratoire) en 2012 ➤ Contrôle de qualité des dentifrices (analyse d'échantillons en laboratoire) en 2013 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 Contrôles de qualité des dentifrices effectués ➤ Résultats publiés et diffusés 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 Contrôles de qualité des dentifrices effectués
Objectif spécifique n°2 : Réduire les risques de contaminations croisées lors des soins dentaires					
2.1 : Appuyer le programme d'amélioration du secteur hygiène hospitalière à la faculté dentaire de Phnom Penh.	2.1 Les standards de la faculté dans le domaine de l'hygiène sont améliorés	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation et formation continue du personnel de la faculté dentaire réalisée en Janvier 2011 ➤ Mise en place d'un système de monitoring des pratiques en hygiène des étudiants. ➤ Modification du bâtiment et de l'organisation des services ➤ Centralisation de la gestion du matériel utilisé pour les soins ➤ Renforcement de la formation en hygiène des étudiants ➤ Modifications en stérilisation centrale ➤ Utilisation des visuels et vidéos développées dans l'objectif 2.2 ➤ Evaluation des pratiques en hygiène en 2013 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation et formation continue du personnel de la faculté dentaire réalisée en Janvier 2011 ➤ Modification du bâtiment et de l'organisation des services ➤ Renforcement de la formation en hygiène des étudiants ➤ Modifications en stérilisation centrale ➤ Utilisation des visuels et vidéos développés dans l'objectif 2.2 ➤ Evaluation des pratiques en hygiène en 2013 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stérilisation centrale modifiée ➤ Vidéos et posters diffusés dans la faculté ➤ Centralisation de la gestion du matériel utilisé pour les soins ➤ 2 évaluations réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stérilisation centrale modifiée ➤ Posters diffusés dans la faculté ➤ 2 évaluations réalisées

2.2 : Former à l'hygiène hospitalière de tous les dentistes du Cambodge (public / privé)	2.2 Le niveau de connaissances et les pratiques en hygiène du personnel dentaire (dentistes et infirmiers dentaires) au Cambodge sont améliorés	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des outils de formation : vidéos, posters et guides pratiques ➤ Diffusion à toute la profession (600 dentistes et 250 infirmiers dentaires) et deux universités (200 étudiants) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des outils de formation : vidéos, posters et guides pratiques ➤ Diffusion à toute la profession (600 dentistes et 250 infirmiers dentaires) et deux universités (200 étudiants) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vidéos, posters et guides pratiques finalisés ➤ Vidéos, posters et guides pratiques diffusés à 1050 professionnels et étudiants 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vidéos, posters et guides pratiques finalisés ➤ Vidéos, posters et guides pratiques diffusés à 1050 professionnels et étudiants
Objectif spécifique n°3 : Améliorer l'accès à des soins dentaires de qualité dans le secteur public					
3.1 : Appuyer l'amélioration de la qualité des soins 14 hôpitaux de référence	3.1 La qualité des services dentaires dans 14 hôpitaux de référence est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluations initiales réalisées en juin-juillet 2010 ➤ Définition des stratégies d'aout à septembre 2010 ➤ Réalisation des outils pédagogiques et formation de l'équipe cadre du ministère de la santé: formulaires d'identification des services, formulaires d'évaluation des hôpitaux, guides de réhabilitation et approche méthodologique, définition de critères en termes d'équipement (2010-2011) ➤ Identification et réhabilitation de 14 hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluations initiales réalisées en juin-juillet 2010 ➤ Définition des stratégies d'aout à septembre 2010 ➤ Réalisation des outils pédagogiques et formation de l'équipe cadre du ministère de la santé: formulaires d'identification des services, formulaires d'évaluation des hôpitaux, guides de réhabilitation et approche méthodologique, définition de critères en termes d'équipement (2010-2011) ➤ Identification et réhabilitation de 15 hôpitaux. 	➤ 14 hôpitaux réhabilités	➤ 15 hôpitaux réhabilités

<p>3.2 : Appuyer l'amélioration de la qualité des soins dans 60 centres de santé. Un changement de stratégie a été décidé suite à l'évaluation réalisée en juin 2010. Une approche qualitative et intégrée a été retenue (secteur médical et dentaire). <u>Il a été décidé de se concentrer sur 10 centres de santé.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluations initiales réalisées en juin-juillet 2010 ➤ Définition des critères de sélection des centres de santé et choix stratégiques (Octobre 2010) ➤ Identification de centres de santé (Novembre 2010 à Juillet 2011) ➤ Identification et évaluations initiales de 10 centres de santé ➤ Réhabilitation de 10 centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification et évaluations initiales de 10 centres de santé ➤ Réhabilitation de 10 centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification et évaluations initiales de 10 centres de santé ➤ Réhabilitation de 10 centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 centres de santé identifiés ➤ 10 centres de santé réhabilités 	
<p>Objectif spécifique n°4 : Renforcement des compétences en santé publique et appui aux cadres de la santé</p>					
<p>Renforcement des compétences en santé publique et appui aux cadres de la santé</p>	<p>Les cadres de la santé ont la capacité de mener de façon autonome le programme national de promotion de la santé bucco-dentaire et leurs conditions de travail sont acceptables</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipement complémentaire du bureau national pour la santé dentaire en ordinateurs, projecteur vidéo et mobilier ➤ Identification et achat d'un véhicule pour l'équipe de cadre du ministère de la santé en 2010 ➤ L'équipe du Bureau dentaire participera à 65 modules de formation continue mis en place par l'assistant technique AOI ➤ Participation des cadres cambodgiens à 8 conférences régionales ➤ Participation à 3 voyages d'échange d'expériences 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipement complémentaire du bureau national pour la santé dentaire en ordinateurs, projecteur vidéo et mobilier ➤ Identification et achat d'un véhicule pour l'équipe de cadre du ministère de la santé en 2010 ➤ L'équipe du Bureau dentaire a participé à 65 modules de formation continue mis en place par l'assistant technique AOI ➤ Participation des cadres cambodgiens à 8 conférences régionales ➤ Participation à 3 voyages d'échange d'expériences 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 65 modules de formation réalisés ➤ Participation des cadres cambodgiens à 8 conférences régionales ➤ Participation à 3 voyages d'échange d'expériences 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 65 modules de formation réalisés ➤ Participation des cadres cambodgiens à 8 conférences régionales ➤ Participation à 3 voyages d'échange d'expériences

Objectif spécifique n°5: Sensibiliser les acteurs de la santé au développement					
Sensibiliser les acteurs de la santé au développement	6.1 Les acteurs du développement sont sensibilisés aux approches de développement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation d'une vidéo concernant les risques d'infections nosocomiales lors de soins dentaires (au Laos et au Cambodge) et présentation lors d'une conférence en France en Juin 2011 ➤ Réalisation d'une vidéo de sensibilisation sur la thématique des programmes de prévention des infections nosocomiales et diffusion auprès de la profession en France dans le cadre de l'opération cabinet partenaire de l'AOI ➤ 3 communications de l'assistant technique AOI à la conférence de l'ADF (Association Dentaire Française) ➤ Publication de 3 articles de presse dans des revues professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation d'une vidéo concernant les risques d'infections nosocomiales lors de soins dentaires (au Laos et au Cambodge) et présentation lors d'une conférence en France en Juin 2011 ➤ Réalisation d'une vidéo de sensibilisation sur la thématique des programmes de prévention des infections nosocomiales et diffusion auprès de la profession en France dans le cadre de l'opération cabinet partenaire de l'AOI ➤ 3 Communications de l'assistant technique AOI à la conférence de l'ADF (Association Dentaire Française) ➤ Publication de 5 articles de presse dans des revues professionnelles ➤ Publication de 3 communiqués de presse dans les revues professionnelles ➤ 2 Bourses de découvertes pour des étudiants en 6^{ème} année par le conseil de l'ordre 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 vidéos réalisées ➤ 3 communications lors de conférences en France ➤ 3 articles de presse publiés 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 vidéos réalisées ➤ 3 communications lors de conférences en France ➤ 5 articles de presse publiés ➤ 3 communiqués de presse publiés ➤ 2 bourses de découverte pour deux étudiants et sensibilisation auprès des étudiants en France (Congrès de l'ADF novembre 2013 et article dans presse professionnelle en avril 2014)

2. Qualité de l'implication des principaux partenaires au cours de l'année,

L'implication des partenaires a été excellente. En particulier celle du principal partenaire (Bureau dentaire au Ministère de la Santé), qui est à l'origine des principales activités planifiées dans ce projet. L'AOI s'est positionnée en appui conseil et a accompagné des initiatives locales à partir de la demande des partenaires cambodgiens. De fait, l'implication des partenaires était très bonne, puisqu'ils ont mis en place « leur projet » et non un projet perçu comme externe. L'équipe du Bureau dentaire est jeune et motivée, elle fait partie de la nouvelle génération cambodgienne qui souhaite participer au développement de son pays.

3. Groupes cibles réellement mobilisés : nature, nombre,

Les professionnels du secteur dentaire et les professionnels de santé visés par le projet :

- 600 chirurgiens-dentistes
- 250 infirmiers dentaires
- 600 étudiants en faculté dentaire
- 60 infirmiers et médecins

Enfants scolarisés et enseignants dans le cadre du programme de santé scolaire intégré :

- 50 000 enfants
- 2 000 enseignants

4. Analyse et commentaire en se référant au tableau, le degré de réalisation, les écarts (causes, solutions retenues), la pertinence des objectifs de départ, les révisions qui s'imposent...

Objectif spécifique n°1 : Mettre en place un programme de promotion de la santé dentaire adapté

- 1.1 : Appuyer la mise en place d'un projet pilote de fluoration du sel

Ce volet n'a pas été réalisé, il a été remplacé par un appui accru à l'objectif 2.1 et à deux nouveaux volets.

Justification pour l'abandon de cet objectif :

Début 2010, lors du déblocage du cofinancement de l'AFD, 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 l'évolution depuis 2008, période à laquelle le dossier a été conçu. Diverses rencontres et visites sur site ont eu lieu avec les principaux acteurs du projet. Ces rencontres ont permis de faire un bilan des facteurs négatifs et positifs pour le démarrage du projet pilote de fluoration du sel.

Les éléments recueillis lors de cette analyse ont conduit à l'abandon du projet pilote de fluoration du sel en raison de facteurs négatifs trop importants : pas de volonté de l'association des producteurs de sel d'initier la fluoration du sel, l'iodation du sel encore fragile et les techniques de mélange trop artisanales ne garantissant pas une qualité de mélange et de produits suffisantes, un système d'approvisionnement en iode non établi... La décision a été conjointement prise par 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

requis afin de se lancer dans un projet de ce type. Elles étaient réunies au Laos, mais n'étaient pas encore présentes au Cambodge.

Suite à ce changement de situation, en accord avec l'AFD, les budgets programmés pour le volet sel fluoré ont été réorientés pour soutenir d'autres activités et demandes de nos partenaires :

- Appui à la mise en place d'un programme de prévention intégrée en milieu scolaire

Le ministère de la santé et le ministère de l'éducation au Cambodge ont souhaité mettre en place un programme pilote de prévention intégré dans les écoles primaires : lavage des mains, brossage au dentifrice fluoré et déparasitage, basé sur une expérience positive aux Philippines.

Le lavage des mains et le brossage au fluor ont été mis en œuvre de façon quotidienne sous la supervision des enseignants. Par la pratique de ces comportements d'hygiène, les enfants développent des habitudes saines. Le déparasitage est effectué deux fois par an par les enseignants sous la supervision du personnel de santé. En première tranche le comité interministériel (Ministère de la Santé et ministère de l'éducation) avait été créé et les cadres responsables formés. Pendant la deuxième tranche les 10 écoles du projet pilote ont été identifiées, les modalités de participation communautaire ont été définies et mises en place. Le budget de construction pour chaque école, n'a pas dépassé 2000 € afin d'assurer la duplication du projet à l'avenir. La phase de construction était initialement programmée sur en deuxième tranche, mais en raison d'un léger retard, elle a été réalisée en début de troisième tranche. En octobre 2012 le volet « recherche » a été mis en place établissant une base de données des principaux indicateurs de santé permettant de mesurer l'impact du projet (évaluation avant intervention). Les indicateurs retenus sont les suivants : les pathologies dentaires, les infections, le poids des enfants et l'absentéisme en classe.

Durant la troisième tranche, les activités mises en place dans les écoles ont été suivies et évaluées. Ces évaluations ont montré que les séances de brossage, lavage des mains et déparasitage sont appliquées régulièrement dans les écoles.

Certaines écoles ont rencontré des difficultés temporaires liées à l'approvisionnement en eau, ceux-ci ont été résolus rapidement par les directeurs des écoles et les comités de parents d'élèves.

Les délais d'approvisionnement en dentifrice fluoré, brosse à dent et savon ont posé problème dans certaines écoles (délai de deux mois) et ont retardé de démarrage des activités.

Le programme est bien établi dans ces 10 écoles pilotes et une évaluation de l'impact est programmée fin 2014. Des décisions seront prises concernant l'extension et l'évolution du programme.

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

La faculté dentaire de Phnom Penh s'est beaucoup restructurée depuis 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.

Le secteur restauratrice/endodontie était l'une des seules disciplines à ne pas avoir bénéficié de coopération internationale pour renforcer les compétences des enseignants. Les pratiques et techniques enseignées

étaient obsolètes. En 2010, l'Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand) était prête à détacher des enseignants pour assurer des missions de formation de leurs homologues cambodgiens.

La formation d'enseignants mise en place en partenariat avec la faculté dentaire de Phnom Penh, l'Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand), l'AOI et la coopération française (FSP) s'est déroulée conformément aux prévisions initiales. Les quatre missions de formation de deux semaines se sont déroulées sans difficultés.

La motivation et l'intérêt des étudiants pour cet enseignement ont été très marqués ; les étudiants et le doyen souhaitent mettre en place un master.

L'équipe des enseignants de Clermont-Ferrand accompagnera cette démarche et participera à la définition du curriculum en 2014 et à l'enseignement complémentaire pour la réalisation de ce master. Les étudiants souhaitent financer par eux-mêmes cette formation.

- Appui au Ministère de la Santé pour la réalisation d'une enquête nationale

Le bureau pour la santé bucco-dentaire a souhaité réaliser une enquête épidémiologique au niveau national, mais jusque-là n'en avait jamais eu les moyens, la dernière enquête nationale datait de 1990/1991. Ces données sont cruciales pour mesurer la prévalence des pathologies dentaires touchant la population et programmer les actions de santé à mettre en œuvre pour résoudre ces problèmes.

En 2011, l'AOI a appuyé le Ministère de la Santé pour la réalisation d'une enquête nationale dans le domaine bucco-dentaire. La phase de relevé de données sur le terrain s'est effectuée conformément aux prévisions initiales.

Les données ont été analysées, la rédaction du rapport et les résultats la diffusion des résultats réalisés en 2013.

L'AOI a apporté son expertise et un financement complémentaire pour la réalisation de l'enquête (le financement est mixte réparti entre le ministère et l'AOI).

➤ 1.2 : Appuyer l'amélioration de la qualité des dentifrices

Le dentifrice fluoré est la première source d'accès au fluor actuellement mais sa qualité est variable. Les dentifrices disponibles sur le marché présentent des problèmes de qualité (en 2007, une analyse de la qualité des dentifrices fluorés montra que 30% des dentifrices fluorés présente des taux de fluor en dessous des normes minimales requises de 700 ppm de fluor libre).

En Juin 2010, un atelier avec les principales compagnies importantes du dentifrice au Cambodge a eu lieu au Ministère de la Santé (12 sociétés y ont participé). L'objectif était de renforcer leurs connaissances concernant la problématique du fluor, de les informer sur les nouvelles directives du ministère de la santé concernant le contrôle de qualité mise en place et enfin de chercher ensemble des moyens pour résoudre les problèmes de qualité.

En mai 2011, une nouvelle réunion a été organisée au Ministère de la santé, les deux plus importantes sociétés importatrices (Unilever et Colgate) ont reçu les résultats des analyses effectuées en 2002, 2005 et 2007. Un délai de 6 mois leur a été laissé afin qu'ils puissent résoudre les problèmes de qualité de leurs dentifrices fluorés.

En 2012 et 2013, deux contrôles de qualité des dentifrices ont été effectués. Des sanctions étaient prévues en cas de non-conformité des marques sur le marché.

La dernière analyse a été effectuée en 2013 avec la collaboration de l'Université de Nijmegen en Hollande. Les résultats ont montré une nette amélioration de la qualité des dentifrices fluorés puisque 92% des dentifrices fluorés disponibles sur le marché étaient conformes aux normes internationales.

Ce résultat positif est lié à plusieurs facteurs : l'impact du lobbying exercé par le ministère de la santé et l'AOI, le développement progressif du pays et la prise de conscience des importateurs concernant les exigences de qualité.

L'objectif initial du projet concernant ce volet est atteint (90% des dentifrices disponibles sur le marché sont fluorés conformément aux standards de l'OMS).

Objectif spécifique n°2 : Réduire les risques de contaminations croisées lors des soins dentaires

➤ 2.1 : Appuyer le programme d'amélioration du secteur hygiène hospitalière à la faculté dentaire de Phnom Penh.

La faculté dentaire de Phnom Penh s'est progressivement restructurée suite à la période de conflit qui a décimé la plupart des enseignants et détruit les infrastructures.

La situation de la faculté concernant la prévention des infections nosocomiales s'est progressivement améliorée depuis le partenariat mis en place avec l'AOI en 2003 (formation des enseignants, amélioration du plateau technique, évaluations,...). L'AOI soutient les avancées de la faculté dans ce domaine.

En janvier 2011, une évaluation du programme de prévention des infections nosocomiales à la faculté a été réalisée (avec la participation du pharmacien chef de l'hôpital de Longjumeau).

Cette évaluation a pu montrer la qualité des investissements réalisés au niveau de la stérilisation centrale, malgré les quelques points faibles restant à corriger (lavage des mains dans le sas, affichage des protocoles, tenue du personnel...). Les principales recommandations ont été mises en place en 2012 : modification du bâtiment et réorganisation des services, renforcement de la formation en hygiène des étudiants, modifications en stérilisation centrale. Les posters de sensibilisation au problème des infections liées aux soins, développés avec l'équipe du Ministère de la Santé (objectif 2.2), ont été distribués et affichés à la faculté. Les DVD de sensibilisation sont en cours d'impression (objectif 2.2), ils ont été distribués aux étudiants fin 2012.

En Décembre 2013, une nouvelle évaluation a permis de mesurer l'évolution de cette thématique à la faculté. Des progrès ont été réalisés concernant l'aménagement de la stérilisation centrale, la création de vestiaires pour les étudiants, la propreté des bâtiments, l'affichage de protocoles. La centralisation de la gestion des consommables n'a pu être mise en place faute d'un manque de moyens financiers de la faculté pour répondre aux besoins des services.

Le système de monitoring des étudiants et le renforcement de la formation des étudiants n'ont pu être mis en place du à une situation administrative complexe et peu fonctionnelle de la faculté (la faculté est séparée en deux : la partie enseignement et la partie clinique).

2011	
<i>CLINIQUE</i>	%
STERILISATION	59,57%
PEDODONTIE	55,93%
CHIRURGIE	36,07%
ORTHODONTIE	35,19%
PARODONTIE	30,36%
ENDODONTIE	28,07%
PROTHESE	20,37%
TOTAL	37,94%

2013	
<i>CLINIQUE</i>	%
STERILISATION	67,38%
PEDODONTIE	61,02%
CHIRURGIE	53,85%
ORTHODONTIE	59,26%
PARODONTIE	41,07%
ENDODONTIE	47,37%
PROTHESE	35,19%
TOTAL	52,16%

Concernant le pourcentage global de l'évaluation on constate un score supérieur à celui de 2011, principalement lié à la propreté des bâtiments et l'affichage de protocoles :

Le doyen souhaite renforcer le programme de formation des étudiants en modifiant le curriculum afin de sensibiliser les étudiants à la problématique chaque année de leur cursus, l'enseignement est seulement disponible en deuxième année actuellement.

Le directeur de clinique souhaite utiliser le DVD de sensibilisation à l'hygiène (voir objectif 2.2) pour former les étudiants avant qu'ils rentrent en clinique. En 2014 un système de formation continue des étudiants sera mise en place par le directeur de la clinique.

L'objectif initial du projet n'a pas été atteint puisque actuellement 52,16% des pratiques sont conformes (indicateur initialement prévu : 95% des pratiques dans les services de soins de la faculté sont conformes aux normes d'hygiène). Les principales raisons ont été évoquées plus haut et sont liées à des facteurs économiques et administratifs externes qui ont freiné les réformes importantes. L'objectif initialement fixé dans le document de projet était certainement trop ambitieux alors que le niveau de départ lors de la première évaluation était de 37,9%. Des progrès ont été réalisés, mais il reste des changements importants à effectuer notamment sur le comportement des étudiants en clinique. Un changement du fonctionnement administratif de la faculté permettrait d'améliorer cette situation.

➤ 2.2 : Formation à l'hygiène hospitalière de tous les dentistes du Cambodge (public / privé)

Le Ministère de la Santé a décidé de former tout le personnel dentaire dans cette discipline, l'AOI apporte son soutien dans ce domaine.

L'approche retenue est de développer des outils de formation qui seront diffusés à toute la profession, basée sur 3 outils : vidéo, posters, guides pratiques.

Les guides pratiques avaient été élaborés en 2009 et diffusés en 2010.

En 2012 plus de 3000 posters ont été finalisés et imprimés. Une partie a été diffusée dans les hôpitaux, centres de santé et faculté dentaire. En 2013 cette diffusion a été étendue et l'ensemble des posters ont été donnés aux professionnels dans le secteur public et privé (600 dentistes, 250 infirmiers dentaires).

Un film sur les protocoles d'hygiène dans les structures sanitaires a été réalisé en juin 2011 au Cambodge et au Laos avec le soutien de UNIDENT (Groupe ANIOS) montrant les principaux risques lors des soins et les bonnes pratiques à mettre en place. L'approche retenue a été de réaliser un film ludique avec un acteur célèbre au Cambodge qui joue le rôle d'un dentiste très brouillon et dangereux pour ses patients. Ces fautes étant commentées et corrigées par un confrère effectuant les bonnes pratiques. La présence d'un acteur connu facilite la diffusion de cette vidéo et suscite l'intérêt des professionnels. 1000 DVD ont été imprimés et diffusés en 2012-2013 à 600 dentistes, 250 infirmiers dentaires et à deux universités (200 étudiants).

Le ministère de la santé a réalisé 5 séances de formation de deux journées pour 450 professionnels de santé durant la période du projet.

Des évaluations sont réalisées lors des séances de formation organisées par l'équipe du ministère de la santé. La méthode est d'utiliser un formulaire similaire d'évaluation pré/post formation. Les résultats ont montré que 90% des connaissances étaient validés en fin de formation (pour un niveau initial de 52%). L'objectif initial du projet concernant ce volet est atteint, il était prévu initialement les personnels valident 80% du contenu des questionnaires.

Objectif spécifique n°3 : Améliorer l'accès à des soins dentaires de qualité dans le secteur public

➤ 3.1 : Appuyer l'amélioration de la qualité des soins 14 hôpitaux de référence

La grande majorité des hôpitaux et centres de santé du secteur public est sous-équipée et ne peut proposer une qualité de service acceptable. Le Ministère de la Santé a formulé une demande d'appui pour mettre en place des services dentaires de référence « modèles ».

Une évaluation a été conduite en juin 2010 sur les hôpitaux soutenus en 2006-2008.

Cette évaluation a permis de mettre en valeur le besoin de planifier les rénovations de façon très détaillée en abordant tous les aspects nécessaires au développement de services de référence : engagement des partenaires, intégration avec le secteur médical, gestion de la stérilisation intégrée avec l'hôpital dans la mesure des possibilités, critères de sélection des centres très stricts (motivation du personnel, dynamique locale, intégration, intégration aux réformes du système de santé...).

L'amélioration de l'hygiène a été définie comme la priorité du projet, afin de mesurer l'évolution des pratiques avant et après appui, une liste de 10 points essentiels a été établie et a servi comme principal outil d'évaluation dans le domaine : Qualité des stérilisateur, lavage des mains, propreté des locaux, hygiène du bâtiment et intégration, décontamination des surfaces, nettoyage des instruments, conditionnement et stockage des instruments, traitement des tissus, protection personnelle, gestion des déchets.

En 2010/2011, les évaluations ont été réalisées, les outils d'évaluation et de formation ont été mis au point. Initialement 14 hôpitaux étaient programmés dans le projet, mais en fin de tranche 3, ce sont 15 hôpitaux qui ont bénéficié du projet d'appui.

Les 15 hôpitaux ont été réhabilités progressivement :

De 2011 à 2012 (tranche 1 et 2) : 6 hôpitaux ont participé au programme de réhabilitation (Kompong Chnang, Takeo, Prey Chor, Kompong thom, Prey Veng et Bati).

En 2013 : (tranche3), 9 hôpitaux ont été réhabilités (Battambang, Pursat, Svay rieng, Siem Reap, Chhuk, Angkor Chei, OD South, Kirivong, Neak Lueng)

Le Ministère de la Santé et l'AOI ont opté pour une approche intégrée et regroupant toutes les spécialités médicales effectuant des actes chirurgicaux (petite chirurgie, maternité et dentaire) pour quatre hôpitaux soutenus (Bati, Prey Chor, Battambang, Angkor Chei).

La stratégie appliquée dans les hôpitaux à taille réduite a évolué au cours du projet (hôpitaux de Prey Chor, Bati et Angkor Chei). Le Ministère de la Santé et l'AOI ont opté pour une approche intégrée et regroupant toutes les spécialités médicales effectuant des actes chirurgicaux (petite chirurgie, maternité et dentaire). Avant intervention les trois services effectuaient séparément le traitement de l'instrumentation et possédaient leurs propres stérilisateur pour la plupart non conformes. Une stérilisation centrale a été créée dans ces deux hôpitaux et les services ont été rénovés. Tout le personnel des hôpitaux a été formé.

Les moyens et le temps nécessaires pour la mise en place d'une approche intégrée étaient supérieurs à une intervention uniquement sur le secteur dentaire.

➤ 3.2 : Appuyer l'amélioration de la qualité des soins dans 10 centres de santé

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 en tirer des recommandations pour les nouveaux centres de santé à appuyer.

Le Ministère de la Santé et l'AOI ont souhaité évoluer d'une approche quantitative à une approche qualitative et intégrée. Initialement, le Ministère de la Santé avait prévu de soutenir 60 centres de santé en appuyant uniquement l'activité dentaire, sans intervenir sur les autres activités médicales. Les limites de cette approche ayant été constatées lors de l'évaluation, ils ont souhaité évoluer et se concentrer sur 10 centres de santé « modèles » en appuyant toutes les activités médicales des centres (petite chirurgie, maternité, dentaire,...).

En 2012, des centres de santé ont été identifiés dans ces districts, mais peu correspondaient aux critères établis par l'AOI et ses partenaires : Motivation du personnel, stabilité du personnel, niveau d'activité, environnement du bâtiment, participation à la réforme du financement des soins de santé.

Un centre de santé a pu répondre à ces critères et a été sélectionné pour participer au programme (centre de santé de Putsa, district de Bati). Le personnel a été formé et l'équipement du centre de santé et les travaux ont été réalisés.

En 2013, 9 centres de santé supplémentaires seront sélectionnés : O mal, Prek Lueng, Sangkae, od Prey chor, Taing Yab, Kor, So Sen, Angkor Borey, Sethbo.

Objectif spécifique n°4 : Renforcement des compétences en santé publique et appui aux cadres de la santé

La structure responsable de l'élaboration et de la mise en place de la politique nationale pour le secteur dentaire est le Bureau dentaire au sein du département de la médecine préventive au Ministère de la Santé.

Le Bureau est constitué d'un groupe de 9 dentistes. Deux membres de cette équipe possèdent des maîtrises en santé publique dentaire (Dr Hak Sithan, Dr Chher Tepirou).

Les modalités de partenariat entre l'AOI et le bureau dentaire ont été discutées en Janvier 2010. Il s'agissait de définir clairement le positionnement de chaque partenaire, les rôles respectifs et les limites du partenariat. Cette étape était importante pour la réussite des projets futurs. Un agrément entre le bureau de la médecine préventive (Ministère de la Santé) et l'AOI a été signé en Avril 2010.

L'AOI a appuyé cette équipe afin d'améliorer leurs compétences et de répondre à leurs demandes en termes d'expertise. La stratégie retenue a été celle d'un accompagnement en deux phases : renforcement des compétences et appui à la mise en place de projets de terrain.

L'idée retenue initialement a été d'améliorer le cadre de travail du personnel. Des équipements complémentaires ont été acquis de Février à Mai 2010 : 3 ordinateurs, 1 voiture, 1 projecteur vidéo, du mobilier, 1 climatisation et 2 imprimantes.

Formation continue de l'équipe du Bureau de Santé Bucco-Dentaire :

Des modules de formation continue ont été organisés, ils sont constitués de demi-journées consacrées à des thèmes liés aux problématiques prioritaires du bureau, à la demande de l'équipe ou sur suggestion du représentant de l'AOI. Des modules adaptés ont été élaborés pour chaque formation.

Il était organisé une à deux séances de formation par mois, selon la disponibilité des participants. Elles comprenaient à la fois des modules théoriques et pratiques.

Formations en 2010/2011, 30 séances de 1/2 journées, en 2012, 20 séances et en 2013, 15 séances.

Les thèmes abordés ont été les suivants : système de santé et évaluations, dentifrice fluoré, hygiène hospitalière, informatique, réhabilitation de cliniques et centres de santé, utilisation de vidéo et photographie, management et planification, évaluation. Ces séances étaient alternées par l'accompagnement quotidien des projets de terrain.

Echanges d'expérience et renforcement du réseau international :

- Participation à une conférence en Thaïlande sur les stratégies liées au fluor en novembre 2010,
- Participation à un voyage d'échange d'expérience sur les programmes scolaires de 3 membres du bureau en Mai 2011 durant 2 semaines aux Philippines,
- Le directeur et la vice-directrice du Bureau dentaire ont participé à une conférence au Vietnam (Hanoi) en novembre 2011 sur le thème des programmes de prévention dentaire en milieu scolaire (programme d'échange régional),
- Le directeur a participé à une conférence régionale à Hong Kong en août 2012,
- Le directeur et la vice-directrice du Bureau dentaire ont participé à une conférence au Vietnam (Hanoi) sur le thème de la recherche. Le directeur a participé à une conférence régionale à Bali.

Objectif spécifique n°5 : Sensibiliser au développement

Différentes actions ont été entreprises durant le projet pour atteindre cet objectif :

- Réalisation de deux vidéos concernant les risques d'infections nosocomiales lors de soins dentaires (au Laos et au Cambodge) et présentation lors d'une conférence en France en Juin 2011.
- Présentation de la démarche de l'AOI depuis 10 ans concernant le contrôle des infections croisées lors d'une conférence en France en Juin 2011.
- Un documentaire de sensibilisation sur la thématique des programmes de prévention des infections nosocomiales a été réalisé en 2012, il est visible sur le site de l'AOI (www.aoi-fr.org), et il a été diffusé fin 2012 auprès de la profession en France dans le cadre de l'opération cabinet partenaire de l'AOI.
- L'assistant technique AOI a participé à la conférence de l'ADF (Association Dentaire Française) en novembre 2011 où il a effectué une communication sur le thème des infections nosocomiales.
- Trois publications dans la presse professionnelle ont également été réalisées, elles sont disponibles sur le site de l'AOI.
- L'assistant technique AOI a participé à la conférence de l'ADF (Association Dentaire Française) en novembre 2013 où il a effectué une communication présentant la démarche de l'AOI depuis 1998 au Cambodge, son évolution et les principaux choix stratégiques effectués au cours du projet.
- Une publication dans la presse professionnelle a été réalisée en 2013, elle est disponible sur le site de l'AOI.

5. Actions spécifiques réalisées en matière de prise en compte du genre,

Il n'y avait pas de composante concernant la prise en compte du genre dans ce projet.

6. Actions de valorisation et de communication données au projet.

Cinq articles de presse et 3 communiqués de presse ont été publiés sur le projet AOI au Cambodge, ils sont disponibles en téléchargement sur le site de l'AOI (www.aoi-fr.org, page presse)

- Réalisation de deux films de formation pour le Laos et le Cambodge - le courrier du dentiste Le Chirurgien-Dentiste de France - Novembre 2011
- Sécurité des soins et qualité des dentifrices - Le Chirurgien-Dentiste de France. Février 2012
- Réalisation de vidéos de formation - Dental Tribune - Février 2012
- Master en endodontie à Phnom Penh - Publication dans le fil dentaire - Février 2012
- Prévention des infections liées aux soins au Cambodge et au Laos - Information Dentaire - Novembre 2012
- Réhabilitation d'un hôpital au Cambodge - Chirurgien-Dentiste de France - Mai 2013
- Cambodge : Accompagnement d'une dynamique et d'un programme de prévention scolaire – Le Chirurgien-Dentiste de France - Mars 2014
- Découverte d'un projet de développement - Le Chirurgien-Dentiste de France - Mars 2014

Une vidéo de sensibilisation sur la thématique des programmes de prévention des infections nosocomiales a été réalisée et été diffusée à partir de 2012 auprès de la profession en France dans le cadre de l'opération cabinet partenaire de l'AOI. Le Dr François Courtel a participé à la conférence de l'ADF (Association Dentaire Française) en novembre 2011 et novembre 2013 effectué des communications sur le projet.

IV/ Les ressources humaines et moyens mobilisés sur la durée globale du projet

1. Détail des ressources humaines mobilisées

Moyens humains : 1 assistant technique, coordinateur du projet à temps plein pour la durée du projet
Cambodge : Dr François Courtel, missions techniques AOI d'une ou deux semaines.

Moyens matériels : Bureau AOI à Phnom Penh, 1 ordinateur et 1 imprimante.

2. Commentaires sur les difficultés éventuellement rencontrées

Les moyens humains et matériels alloués au projet sont adaptés aux besoins du projet. La démarche essentielle de l'AOI étant l'appui institutionnel, les moyens humains et matériels sont principalement ceux du Ministère de la Santé et de la faculté d'Odonto-stomatologie.

L'AOI ne salarie pas de personnel local et ne donne pas de suppléments de salaire aux partenaires. Cette approche améliore grandement la résolution des problèmes de pérennité des programmes lorsque trop de suppléments de salaires sont donnés aux partenaires. Les projets appuyés restent adaptés aux possibilités des partenaires à assumer les frais de fonctionnement.

V/ Conclusion générale portant sur la durée totale du projet

1.Appréciation concernant la mise en œuvre du projet par-rapport aux objectifs initialement prévus

Objectif 1 : Mise en place de programmes de prévention bucco-dentaire adaptés

- Appui à la mise en place d'un projet pilote de fluoration du sel

En accord avec l'AFD, ce volet a été modifié. Les trois nouvelles activités le remplaçant ont été mises en place conformément aux prévisions initiales :

Le projet pilote de santé scolaire intégré a été mis en place et suivi dans 10 écoles. Durant la troisième tranche les activités mises en place dans les écoles ont été suivies et évaluées. Ces évaluations ont montré que les séances de brossage, lavage des mains et déparasitage étaient appliquées régulièrement dans les écoles. L'impact du projet pilote sur la santé des enfants sera mesuré fin 2014. Ce volet va être étendu avec le soutien de Fit for School (sur financement GIZ)

La formation d'enseignants en endodontie/restauratrice mise en place en partenariat avec la faculté dentaire de Phnom Penh, l'Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand), l'AOI et la coopération française (FSP) s'est déroulée conformément aux prévisions initiales. Les quatre missions de formation de deux semaines se sont déroulées sans difficultés.

L'appui au Ministère de la Santé pour la réalisation d'une enquête nationale s'est effectué conformément aux prévisions initiales.

Le recueil des données a été réalisé en 2011/2012. L'analyse des données, la rédaction du rapport et les résultats la diffusion des résultats ont été réalisés en 2013.

- Appui à l'amélioration de la qualité des dentifrices fluorés :

Les résultats de la dernière analyse ont montré une nette amélioration de la qualité des dentifrices fluorés puisque 92% des dentifrices fluorés disponibles sur le marché étaient conformes aux normes internationales.

Ce résultat positif est lié à plusieurs facteurs : l'impact du lobbying exercé par le ministère de la santé et l'AOI, le développement progressif du pays et la prise de conscience des importateurs concernant les exigences de qualité.

L'objectif initial du projet concernant ce volet est atteint (90% des dentifrices disponibles sur le marché sont fluorés conformément aux standards de l'OMS).

Objectif 2 : Réduire les risques de contaminations croisées lors des soins dentaires

- Amélioration des pratiques en hygiène à la faculté dentaire de Phnom Penh :

L'objectif initial du projet n'a pas été atteint puisque actuellement 52,16% des pratiques sont conformes (indicateur initialement prévu : 95% des pratiques dans les services de soins de la faculté sont conformes aux normes d'hygiène). Les principales raisons sont liées à des facteurs économiques et administratifs externes qui ont freiné les réformes importantes. L'objectif initialement fixé dans le document de projet était certainement trop ambitieux alors que le niveau de départ lors de la première évaluation était de 37,9%. La faculté évolue, mais il reste des progrès à effectuer concernant le comportement des étudiants

en clinique. Un changement du fonctionnement administratif de la faculté permettrait d'améliorer cette situation.

- Formation à l'hygiène hospitalière de tous les dentistes du Cambodge (public / privé)

Les professionnels de santé dentaire ont pu bénéficier des différentes actions mises en place lors du projet afin d'atteindre cet objectif :

Réalisation et diffusion d'une vidéo de sensibilisation (1000 DVD ont été imprimés et diffusés en 2012-2013 à 600 dentistes, 250 infirmiers dentaires et à deux universités (200 étudiants).

Organisation de 5 séminaires de formation de deux journées 450 professionnels de santé durant la période du projet. *Réalisation et diffusion de 500 guides pratiques* en 2009/2010. *Impression et diffusion de 3000 posters* de sensibilisation.

Conformément aux prévisions initiales, toute la profession a été exposée à la thématique de prévention des infections liées aux soins (en 2013 le Cambodge comptait 650 dentistes et 250 infirmiers dentaires).

Des évaluations ont été réalisées lors des séminaires de formation organisés par l'équipe du ministère de la santé. La méthode utilisée était d'utiliser un formulaire similaire d'évaluation pré/post formation. Les résultats ont montré que 90% des connaissances étaient validés en fin de formation (pour un niveau initial de 52%). L'objectif initial du projet concernant ce volet est atteint, il était prévu initialement les personnels valident 80% du contenu des questionnaires.

Objectif 3 : Améliorer l'accès à des soins dentaires de qualité dans le secteur public

Appuyer l'amélioration de la qualité des soins 14 hôpitaux de référence

Sur la durée du projet c'est finalement 15 hôpitaux qui ont été réhabilités. Ce léger dépassement des prévisions initiales est dû à une attente de progression des travaux concernant certains hôpitaux, notamment dans l'hôpital provincial de Battambang. Dans un premier temps cet hôpital avait été retiré de la liste de programmation des réhabilitations, mais fin 2013 des éléments favorables et l'intérêt technique d'appuyer cet hôpital. L'AOI et ses partenaires ont décidé d'ajouter cet hôpital dans le cadre des projets de réhabilitation.

Les activités mises en place dans 3 hôpitaux ont dépassé les prévisions initiales (hôpitaux de Prey Chor, Bati et Angkor Chei). Le Ministère de la Santé et l'AOI ont opté pour une approche intégrée dans les hôpitaux de petite taille en appuyant toutes les spécialités médicales effectuant des actes chirurgicaux (petite chirurgie, maternité et dentaire).

Cette évolution reflète une nouvelle orientation de l'AOI et ses partenaires vers une meilleure intégration avec les autres secteurs de santé.

Il y a eu un retard d'exécution pour le calendrier de mise en place des réhabilitations (élément noté lors de l'évaluation externe AFD en 2012 – voir point 7). Lors des tranches 1 et 2, la mise en place des réhabilitations a pris plus de temps que prévu initialement. Il s'agissait de bien définir les critères de sélection des hôpitaux, définir les outils de suivi et d'évaluation, élaborer les outils de formation et de communication et renforcer les compétences de l'équipe du ministère de la santé. En tranche 3, tous les facteurs étaient réunis pour passer à plus large échelle et finalement dépasser les prévisions initiales.

Les indicateurs retenus en termes d'amélioration des pratiques ont été atteints puisque 83% sont conformes lors des évaluations (objectif initial de 80%).

Les indicateurs concernant l'augmentation de la fréquentation des services ne sont pas atteints, l'activité a été multipliée par 1,7 alors qu'il était initialement prévu qu'elle soit multipliée par 3. Il semble que

l'indicateur prévu sur ce volet était trop élevé et basé sur les résultats de projets pilotes et non dans des conditions d'extension à échelle nationale.

Appuyer l'amélioration de la qualité des soins dans 10 centres de santé

Au total c'est 10 centres de santé qui auront été appuyés conformément aux prévisions et en accord avec une évolution du projet discutée avec l'AFD.

Les indicateurs retenus en termes d'amélioration des pratiques ont été atteints puisque 85% sont conformes lors des évaluations (objectif initial de 80%).

La plupart des réhabilitations ayant eu lieu en dernière tranche (2013), il n'est pas possible de mesurer pour l'instant l'impact concernant l'amélioration de la fréquentation des services.

Objectif 4

Les objectifs concernant le renforcement des compétences du bureau dentaire du ministère de la santé ont été atteints. Les formations et l'accompagnement de l'AOI de l'équipe ont permis d'augmenter le nombre de projets mis en place (15 projets sur la durée de trois ans) et d'améliorer la motivation du personnel.

Les échanges régionaux ont renforcé la dynamique inter-pays.

Objectif 5

Tous les objectifs sont atteints conformément aux prévisions initiales.

2. Appréciation des réponses apportées par-rapport aux enjeux auxquels le projet entendait répondre

Les principaux enjeux du projet ont été améliorés :

Enjeu n°1 : Prévalence élevée des pathologies dentaires et faible impact des mesures existantes

L'amélioration de la qualité des dentifrices fluorés est importante et elle aura un impact sur les pathologies dentaires. Le projet pilote de santé scolaire intégré a montré qu'il pouvait être appliqué dans le contexte du Cambodge, son extension améliorera la santé des enfants scolarisés.

Enjeu n°2 : Les risques de contamination lors de soins dentaires sont élevés

Les connaissances et pratiques dans les services privés et publics se sont nettement améliorées, notamment dans les services publics où la situation était difficile. Le projet a changé la donne et le standard atteint par la majorité des hôpitaux est très acceptable.

Enjeu n°3 : La population a un accès limité aux services dentaires de qualité

La fréquentation et la qualité des soins ont été améliorées dans les 15 hôpitaux et 10 centres de santé.

Enjeu n°4 : Manque de compétences et de soutien des cadres de la santé

L'équipe du ministère de la santé a maintenant les compétences pour mener à bien ses programmes de façon autonome. L'AOI continuera, le cas échéant, à répondre à des besoins d'appui ponctuels à partir de 2014.

3. Intégration du projet dans son environnement institutionnel, économique et social,

Le montage du projet et le positionnement en appui institutionnel renforce fortement l'intégration dans l'environnement institutionnel. Les évaluateurs externes de l'AFD (voir en annexe) avaient noté l'intégration du projet comme un des points forts de la démarche : « Le projet, formulé par les deux partenaires locaux est conforme aux priorités exprimées dans le plan national de santé. Il contribue au renforcement de la société civile locale en formant les agents à la réduction des risques d'infection,

renforçant les capacités des agents locaux, améliorant la qualité et l'accès aux soins et en mettant en place un programme de santé en milieu scolaire. »

L'AOI et ses partenaires ont également souhaité renforcer la dimension d'intégration entre activités médicales, afin d'éviter le cloisonnement et la verticalité des actions sur le terrain. Deux volets illustrent en particulier cette intégration : l'appui élargi aux hôpitaux et centres de santé à plusieurs spécialités médicales (dentaire, petite chirurgie, maternité) et la mise en place d'un projet pilote de santé scolaire intégré (hygiène des mains, santé dentaire, déparasitage).

4.Place et rôle des partenaires de l'action (en matière d'autonomisation, d'appropriation) et de l'ensemble des parties-prenantes,

Les deux partenaires ont participé à la conception du projet, ils sont à l'origine des objectifs et activités. Ils sont responsables de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

L'AOI s'est positionnée en tant que facilitateur et a apporté un soutien technique et financier aux partenaires locaux afin qu'ils mènent à bien leurs projets.

Les partenaires locaux (Ministère de la Santé et Faculté dentaire) ont géré la mise en place des projets (rédaction des documents de projet, recherche de fonds en partenariat avec l'AOI, mise en œuvre des projets, suivi et évaluation).

La participation des partenaires a été excellente durant toute la période du projet, notamment concernant l'équipe du ministère de la santé. L'appui institutionnel et le renforcement des compétences des équipes locales sont adaptées à l'évolution actuelle du Cambodge et aux partenaires du projet.

Le terme « appropriation » sous-entend que le projet était la « propriété » de l'ONG. Ce n'est pas le cas de l'AOI puisqu'il était très clair dès le début du projet que les partenaires cambodgiens étaient maîtres d'œuvre et initiateurs des activités. Il n'y a jamais eu de confusion sur les rôles respectifs dans le cadre du projet. De fait la question de « l'autonomisation » et « appropriation » ne se posent pas pour ce projet.

5.Impact mesurable de l'action, notamment en matière de lutte contre la pauvreté et d'impact environnemental,

Plusieurs activités mises en place dans le cadre du projet ont eu un impact sur la réduction de la pauvreté, mais il est difficile à mesurer cet impact dans le cadre d'un projet de santé.

L'amélioration de la qualité des dentifrices et le projet de santé scolaire réduisent les dépenses de santé de la population en diminuant les pathologies de la population. La réduction des infections liées aux soins et l'amélioration de l'accès aux services publics de qualité contribuent également à réduire la pauvreté.

6.Impact en matière de prise en compte du genre et d'égalité hommes/femmes,

Il n'y a pas de composante concernant la prise en compte du genre et d'égalité homme/femme dans ce projet.

7.Conclusions des évaluations interne et externe,

Des évaluations internes ont été réalisées lors du projet par l'AOI concernant le sel fluoré, le dentifrice fluoré, les hôpitaux et centres de santé, le programme hygiène à la faculté dentaire et le programme de santé scolaire intégré. Les résultats de ces évaluations sont décrits dans les objectifs respectifs. Ils ont permis de décider des orientations du projet.

L'AOI a participé en 2012 à une évaluation multi-pays dans le cadre des évaluations ex-post n°52 ; Evaluation stratégique de projets ONG dans le domaine de la santé (Mali, Burkina Faso et Cambodge) Marc TOTTE (Inter-Mondes), Jean-Luc EL KAIM, Alain GRANDEL et Christian LE TEURNIER (C2G Conseil). Cette évaluation s'est déroulée fin 2012 au Cambodge, moment où le projet était en cours d'exécution, le rapport a été publié en décembre 2013. Les résultats de cette évaluation sont présentés en annexe.

8.Présentation des principales capitalisations réalisées (diffusion, publics, contenu...),

L'AOI a publié un ouvrage de capitalisation d'expérience en 2011 : Santé bucco-dentaire et santé générale: Enjeux d'intégration de coopération et de développement. Ce livre reprend les actes du colloque organisé à l'occasion des 25 ans de l'AOI. Dans un premier temps, est abordé le contexte dans lequel évolue la santé bucco-dentaire. Les questions de santé publique sont ensuite traitées et plus spécifiquement celles liées aux ressources humaines, à la formation et à la recherche. Il est disponible sur le site internet de l'AOI (<http://aoi-fr.org/dossiers%20techniques/reduit%20livre.pdf>) ». Des articles de presse ont et des documents techniques ont été diffusés ils sont listés page 20.

9.Présentation des principales actions de plaidoyer menées ou accompagnées,

La principale action de plaidoyer mise en place concerne l'amélioration de la qualité des dentifrices fluorés, ce volet est décrit plus haut dans le cadre de l'objectif 1.2.

10.Le cas échéant, état de la mise en œuvre des engagements particuliers tels que spécifiés dans la convention (paragraphe 6),

En accord avec paragraphe 6 de la convention

11.Perspectives pour l'après projet,

L'AOI se désengage progressivement du projet, mais continuera à accompagner ponctuellement ses partenaires cambodgiens. Il n'y aura pas en 2014 de recherche de nouveau co-financement pour le projet. Il est prévu de répondre à certaines demandes des partenaires, en utilisant les fonds propres de l'AOI. Des activités sont déjà programmées avec le ministère de la santé :

- Réhabilitation de deux nouveaux hôpitaux,
- Impression de 1000 DVD supplémentaires pour répondre à la création de nouvelles facultés privées (pour pouvoir diffuser les supports développés dans l'objectif 2 auprès de ces nouveaux étudiants),
- Accompagnement pour la mise en place d'un master en endodontie à la faculté dentaire de Phnom Penh
- Suivi et évaluation des 15 hôpitaux et 10 centres de santé réhabilités dans le cadre du projet

L'AOI reste présent dans la région avec le démarrage d'une nouvelle phase du projet au Laos et Madagascar. L'assistant technique du projet Cambodge reste basé à Phnom Penh et interviendra comme consultant pour ces trois pays. Les thématiques abordées sont transversales et la dimension de capitalisation d'expérience sera une composante importante sur ces projets.

L'expérience du Cambodge notamment concernant le partenariat, la prévention des infections liées aux soins, la formation des cadres et la réhabilitation de services de soins sera utile pour le développement des projets dans ces pays.

Un travail de capitalisation d'expérience est à l'étude sur ces trois pays (Cambodge, Laos, et Madagascar) avec l'appui du F3E. Il est prévu pour être réalisé en 2016.

12. Le cas échéant, modalités de clôture du projet et de transfert aux partenaires locaux.

Comme expliqué dans le chapitre précédent l'AOI ne « clôture » pas complètement le projet, même si le volume d'activité est fortement réduit, il s'agit d'un accompagnement ponctuel des partenaires à partir des fonds propres de l'AOI.

Il n'y a pas de « transfert aux partenaires » prévu puisque l'AOI n'a jamais été opérateur du projet, mais intervenait en « opérateur d'appui ».

L'AOI s'est positionné en appui institutionnel en soutenant des structures et des équipes existantes. Le problème de viabilité des structures partenaires et de « transfert au partenaires » est de ce fait évité.

Cet aspect du projet a été évalué en 2012 (évaluations ex-post n52 : Evaluation stratégique de projets ONG dans le domaine de la santé) décrit dans le point 7. Les remarques des évaluateurs étaient les suivantes : « L'autonomisation des partenaires est exemplaire (financièrement et techniquement) » et « la pérennité du projet est très élevée car les agents nationaux du ministère et de l'Université sont très impliqués dans le pilotage du projet, les cliniques de la faculté et les centres de santé génèrent des profits leur permettant de financer leurs activités et les parties cambodgiennes assument les coûts d'entretien du matériel financé par le projet. »

2^{EME}_PARTIE : RAPPORT FINANCIER

A. Tableau des dépenses

N°	Rubriques	Budget initial Année 1	Budget réalisé Année 1	Var Année 1 en %	Budget initial Année 2	Budget révisé Année 2	Budget réalisé Année 2	Var. Année 2 / budget révisé	Budget initial Année 3	Budget révisé Année 3	Budget réalisé Année 3	Var Année 3 / budget révisé	Budget total initial	Budget total révisé	Budget Total réalisé	Var / budget initial	Var / budget révisé
1	Investissement immobilier																
2	Investissement technique et mobilier	114 250	103 733	-9,2%	97 000	94 000	53 103	-43,5%	30 000	79 000	86 710	9,8%	241 250	235 836	243 546	0,9%	3,3%
3	Transferts financiers	500	412	-17,6%	500	500	274	-45,2%	500	500	457	-8,6%	1 500	1 186	1 143	-23,8%	-3,6%
4	Fournitures et consommables	2 400	3 783	57,6%	2 400	2 400	2 354	-1,9%	2 400	2 400	1 649	-31,3%	7 200	8 537	7 786	8,1%	-8,8%
5	Etudes ou expertises du nord																
6	Etudes ou expertises du sud																
7	Personnels expatriés	66 530	97 734	46,9%	66 530	66 530	69 695	4,8%	66 530	66 530	73 634	10,7%	199 590	233 959	241 063	20,8%	3,0%
8	Personnel local	13 200	12 368	-6,3%	13 200	13 200	8 400	-36,4%	13 200	11 400	11 400	0,0%	39 600	32 168	32 168	-18,7%	0,0%
9	Activités (à détailler)																
10	Formation	25 050	17 006	-32,1%	11 000	26 080	37 068	42,1%	10 950	33 400	23 033	-31,0%	47 000	87 474	77 107	64,0%	-11,8%
11	Services extérieurs à l'ONG	6 600	3 861	-41,5%	6 600	7 450	6 654	-10,7%	6 600	6 600	5 211	-21,0%	19 800	17 115	15 726	-20,6%	-8,1%
12	Mission de courte durée	24 880	22 482	-9,6%	36 350	22 800	41 021	79,9%	24 810	10 950	7 938	-27,5%	86 040	74 453	71 441	-16,9%	-4,0%
13	Appui et suivi	19 100	19 169	0,4%	19 100	19 100	17 100	-10,5%	19 100	19 100	16 959	-11,2%	57 300	55 369	53 228	-7,1%	-3,9%
14	Evaluation																
15	Capitalisation	22 700	22 841	0,6%	4 050	4 050	4 400	8,6%	4 050	4 050	7 446	83,9%	30 800	31 291	34 687	12,6%	10,8%
16	Audit																
17	Autres (à expliciter)				3 600	3 600	544	-84,9%	3 600	3 600	3 432	-4,7%	7 200	4 144	3 976	-44,8%	-4,0%
18	Sous-total coûts directs	295 210	303 389	2,8%	260 330	259 710	240 613	-7,4%	181 740	237 530	237 869	0,1%	737 280	781 532	781 871	6,0%	0,0%
19	Divers et imprévus (5% maximum de 18)	14 700	6 078	-58,7%	10 920	11 540	9 321	-19,2%	11 180	6 700	7 319	9,2%	36 800	22 099	22 718	-38,3%	2,8%
20	Total coûts directs (18+19)	309 910	309 467	-0,1%	271 250	271 250	249 934	-7,9%	192 920	244 230	245 188	0,4%	774 080	803 631	804 589	3,9%	0,1%
21	Frais administratifs ou de structure (maximum 10% de 20)	30 990	30 946	-0,1%	26 500	26 500	24 993	-5,7%	19 910	19 910	19 910	0,0%	77 400	75 849	75 849	-2,0%	0,00%
22	TOTAL GENERAL (20+21)	340 900	340 413	-0,1%	297 750	297 750	274 927	-7,7%	212 830	264 140	265 098	0,4%	851 480	879 480	880 438	3,4%	0,1%

B. Tableau des ressources

Tableau des ressources - Intervention terrain en €															
N°	Origine des ressources	R prévues Année 1	R reçues Année 1	RC Année 1	R prévues Année 2	R reçues Année 2	RC Année 2	R prévues Année 3	RR Année 3	RC Année 3	V RC/RR	Total prévu	Total révisé	Total con- sommé	Part / total con- som- mé
1.	Contribution de l'AFD et des ministères français (sous-rubriques à détailler)														
1.1	AFD	170 016	170 016	170 016	145 750	145 750	139 018	109 234	115 966	115 966	0%	425 000	425 000	425 000	48,3%
1.2	Autres ministères français														
	Sous-total 1	170 016	170 016	170 016	145 750	145 750	139 018	109 234	115 966	115 966	0%	425 000	425 000	425 000	48,3%
2	Autres ressources mobilisées (sous-rubriques à détailler)														
2.1	Ressources propres d'origine privée														
	AOI	48 634	39 890	39 890	45 000	43 450	43 055	33 496	46 774	46 808	0,0%	127 130	129 719	129 753	14,7%
	Sous-total	48 634	39 890	39 890	45 000	43 450	43 055	33 496	46 774	46 808	0,0%	127 130	129 719	129 753	14,7%
2.2	Valorisations														
	AOI	28 000	26 200	26 200	20 000	18 000	18 000	16 000	18 000	18 000	0,0%	64 000	62 200	62 200	7,1%
	Valorisation locale	14 250	21 000	21 000	14 000	14 000	14 000	3 750		9 000		32 000	21 000	44 000	5,0%
	Sous-total	42 250	47 200	47 200	34 000	32 000	32 000	19 750	18 000	27 000	50,0%	96 000	83 200	106 200	12,1%
2.3	Ressources d'origine publique française et internationale		3 432	3 432									3 432	3 432	0,4%
	ministère de la santé du Cambodge	65 000	64 574	64 574	65 000	52 454	52 454	45 550	56 800	61 327	8,0%	175 550	173 828	178 355	20,3%
	Université Auvergne et HI de Longjumeau	15 000	15 301	15 301	8 000	8 400	8 400	4 800	6 600	6 600		27 800	30 301	30 301	3,4%
	GIZ								20 000	7 397	-63,0%		20 000	7 397	0,8%
	Sous-total	80 000	83 307	83 307	73 000	60 854	60 854	50 350	83 400	75 324	-9,7%		227 561	219 485	24,9%
	Sous-total 2	170 884	170 397	170 397	152 000	136 304	135 909	103 596	148 174	149 132	0,6%	426 480	454 480	455 438	51,7%
	TOTAL GENERAL DES RESSOURCES	340 900	340 413	340 413	297 750	282 054	274 927	212 830	264 140	265 098	0,4%	851 480	879 480	880 438	100%

R Ressources RC : Ressources Consommées RR : Ressources Révisées V : Variation

**C/ Compte-rendu des valorisations
en ressources et en dépenses pour la totalité du projet**

N°	Origine et détail des dépenses	MODE DE CALCUL	Total en €
1.1	Valorisations d'origine privée - AOI		62 200 €
	Valorisation assistance technique réalisation du film de sensibilisation	1500€/ mois X 36 mois Forfait préparation et réalisation	54 000 € 8 200 €
1.2	Valorisations d'origine publique ministère de la santé		44 000 €
	Equipement et dotation en matériel fauteuils dentaires: dons d'équipement d'occasion de la coopération japonaise	forfait dons hôpitaux 7000€ pour 7 hôpitaux 3000€/ équipement	35 000 € 9 000 €
	TOTAL GENERAL DES DEPENSES VALORISEES		106 200 €

N°	Origine et détail des ressources	MODE DE CALCUL	Total en €
1.1	Valorisations d'origine privée - AOI		62 200 €
	Valorisation assistance technique réalisation du film de sensibilisation	1500€/ mois X 36 mois Forfait préparation et réalisation	54 000 € 8 200 €
1.2	Valorisations d'origine publique ministère de la santé		44 000 €
	Equipement et dotation en matériel fauteuils dentaires: dons d'équipement d'occasion de la coopération japonaise	forfait dons hôpitaux 7000€ pour 7 hôpitaux 3000€/ équipement	35 000 € 9 000 €
	TOTAL GENERAL DES RESSOURCES VALORISEES		106 200 €

ANNEXES

- Annexe 1. Carte des hôpitaux**
- Annexe 2. Posters sur la prévention des infections croisées**
- Annexe 3. Evaluation externe AFD**
- Annexe 4. Publication de presse sur l'AOI au Cambodge**
- Annexe 5 Exemple de réhabilitation d'un hôpital : Prey Chor**
- Annexe 6 Grille d'évaluation des hôpitaux**
- Annexe 7 Analyse de situation pour le sel fluoré en 2010**
- Annexe 8 Liste des documents réalisés durant le projet**

Annexe1. Carte des hôpitaux réhabilités



Annexe 2. Posters de formation sur la prévention des infections croisées

Posters réalisés au Cambodge avec le soutien de l'AFD et UNIDENT pour la formation du personnel dans les services de soins publics et les universités.

Téléchargement des visuels

<http://www.aoi-fr.org/dossiers%20techniques/dossiers%20tech%20droite.htm>

Annexe 3 Evaluation externe

Evaluation multi-pays dans le cadre des évaluations ex-post n°52 AFD;
 Evaluation stratégique de projets ONG dans le domaine de la santé (Mali, Burkina Faso et Cambodge)
 Marc TOTTE (Inter-Mondes), Jean-Luc EL KAIM, Alain GRANDEL et Christian LE TEURNIER (C2G Conseil). Cette évaluation s'est déroulée fin 2012 au Cambodge, moment où le projet était en cours d'exécution, le rapport a été publié en décembre 2013.

Critères	Critères d'appréciation	Description
Pertinence	<input type="checkbox"/> Conformité du projet aux priorités nationales <input type="checkbox"/> Qualité des partenariats <input type="checkbox"/> Effectivité du renforcement de la société civile	<p>Le projet, formulé par les deux partenaires locaux (MOU signé avec le ministère de la Santé et le doyen de la faculté dentaire), est conforme aux priorités exprimées dans le plan national de santé. Il contribue au renforcement de la société civile locale en (i) formant les agents à la réduction des risques d'infection, (ii) renforçant les capacités des agents locaux, (iii) améliorant la qualité et l'accès aux soins et (iv) en mettant en place un programme de santé en milieu scolaire.</p> <p>Le coordinateur est aussi proche du doyen de la faculté dentaire que du chef de service dentaire du ministère de la Santé (également membre de la cellule d'hygiène et de prévention), ce qui facilite l'articulation entre ces institutions.</p>
Efficacité	<input type="checkbox"/> Atteinte des résultats <input type="checkbox"/> Qualité des indicateurs	<p>Avec l'accord de l'AFD, l'AOI a abandonné le volet « sel fluoré » pour le remplacer par d'autres activités. Le temps écoulé entre la formulation du projet et le début des activités a en effet joué en défaveur des activités de fluoration : pendant ce délai la concurrence du sel importé non fluoré se serait accrue et l'implication des partenaires locaux se serait réduite. Parallèlement, le nombre d'hôpitaux et de centres de santé à réhabiliter a fortement diminué (respectivement de 14 à 12 et de 60 à 10 centres modèles). Dans cette nouvelle configuration, les objectifs ont été atteints de manière inégale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> en 2 ans, le projet a réhabilité 6 hôpitaux et 1 centre de santé ; sur un projet de 3 ans, les retards constatés sont donc considérables ; <input type="checkbox"/> la fréquentation des dispensaires et des cliniques est en évolution croissante ; <input type="checkbox"/> certaines améliorations ont été constatées en termes d'hygiène même si des marges de progrès demeurent ; <input type="checkbox"/> le projet contribue, dans les centres déjà réhabilités, à améliorer l'accès à des soins dentaires de qualité ; <input type="checkbox"/> le RC en santé publique est effectif auprès de la faculté dentaire et limité à l'équipe dentaire

Efficienc	<p>Délais d'exécution et retards éventuels</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilisation du système de suivi <input type="checkbox"/> Conformité des ressources avec les activités prévues <input type="checkbox"/> Optimisation des moyens par rapport aux objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Même si l'instruction du projet a pris du retard, certaines activités prévues pour les premières années ne sont pas mises en œuvre ou reportées, alors que les lignes de crédits sont totalement dépensées. L'abandon du volet « sel fluoré » et son remplacement par des activités de sensibilisation ne justifie pas le maintien des dépenses au niveau des prévisions initiales.¹ <input type="checkbox"/> L'autonomisation des partenaires est exemplaire (financièrement et techniquement) ; les moyens consacrés à l'assistance technique expatriée pourraient donc être réduits (salaire du coordinateur équivalent à 25 % du budget du projet)². <input type="checkbox"/> Sur le terrain, on a constaté que le projet a très tôt abandonné la maîtrise de ses ressources matérielles au profit du partenaire local, ce qui pourrait induire un risque de déséquilibre dans la relation partenariale³.
Impact	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Effets du projet sur les bénéficiaires <input type="checkbox"/> Effets sur les dispositifs de gouvernance de la santé <input type="checkbox"/> Effets sur le long terme 	<p>Il est difficile d'apprécier ce critère avant la fin du projet, mais nous pouvons constater que, malgré l'abandon de l'activité sel fluoré, par l'adoption de certaines pratiques, le projet contribue en partie à la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de santé dentaire. A cet égard, on peut citer l'amélioration de l'hygiène et de la stérilisation au sein des services de soins, la sensibilisation sur les soins dentaires au niveau scolaire et l'appropriation par les agents du ministère de certaines méthodes d'appréciation des structures de santé en vue de leur réhabilitation.</p>
Pérennité	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Qualité de la reprise des activités par les partenaires <input type="checkbox"/> Viabilité financière, technique et opérationnelle 	<p>La pérennité du projet est très élevée car (i) les agents nationaux du ministère et de l'Université sont très impliqués dans le pilotage du projet ; (ii) les cliniques de la faculté et les centres de santé génèrent des profits leur permettant de financer leurs activités et (iii) les parties cambodgiennes assument les coûts d'entretien du matériel financé par le projet.</p>

¹ Remarque AOI : Le budget revu a permis de développer les nouvelles activités décidées par le ministère de la santé avec l'accord de l'AOI et de l'AFD

² Remarque AOI : L'appui conseil sur la durée est un élément clef de la réussite du projet contribuant à la qualité du travail du Bureau national de santé bucco-dentaire

³ Remarque AOI : C'est justement cette stratégie qui a favorisé d'emblée de bonnes relations partenariales.

Annexe 4. Publication de presse et vidéo sur le projet

. Publication de presse

- ⇒ Cambodge: Sécurité des soins et qualité des dentifrices - François Courtel - Le Chirurgien-Dentiste de France Février 2012.
<http://www.aoi-fr.org/dossiers%20techniques/cdf2012.pdf>
- ⇒ Réalisation de vidéos de formation - Dental Tribune - Février 2012
<http://www.aoi-fr.org/dossiers%20techniques/dentaltribunefev2012.pdf>
- ⇒ Master en endodontie à Phnom Penh - Publication dans le fil dentaire - Février 2012.
<http://www.lefildentaire.com/actualites/institutionnel/820-faculte-de-phnom-penh>
- ⇒ Réalisation de deux films de formation pour le Laos et le Cambodge - le courrier du dentiste Le Chirurgien-Dentiste de France du 3 novembre 2011
- ⇒ Prévention des infections liées aux soins au Cambodge et au Laos - Information Dentaire - Novembre 2012. Téléchargez
- ⇒ Réhabilitation d'un hôpital au Cambodge - Chirurgien-Dentiste de France - Mai 2013 [Téléchargez](#)

. Vidéo de sensibilisation pour la profession en France

- ⇒ Documentaire de présentation des activités de l'AOI (Aide Odontologique Internationale) au Cambodge dans le domaine de la prévention des infections liées aux soins.
http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=NuY6gRizEmw

Annexe 5 Exemple de réhabilitation d'un hôpital : Prey Chor

Ce document retrace les différentes étapes de réhabilitation de l'hôpital de Prey Chor. Il présente l'implication de trois partenaires principaux dans la réalisation de ce projet :

- L'hôpital de Prey Chor
- L'AOI (Dr FrancoisCourtel)
- Le Ministère de la santé (bureau dentaire)

Etape 1 : Identification de l'hôpital

Début 2011, l'équipe du ministère identifie l'hôpital de Prey Chor comme potentiellement intéressant pour participer au projet de réhabilitation d'hôpitaux.

Etape 2 : Evaluation préalable

Mi-février 2011, l'AOI et l'équipe du ministère (2 personnes) réalisent une évaluation préliminaire de l'hôpital.

Il apparait durant l'évaluation que l'hôpital correspond aux critères de sélection définis en 2010 :

- Hôpital dynamique,
- Directeur et personnel motivé
- Volonté de changement
- Environnement du bâtiment acceptable

Vu la taille réduite de l'hôpital et la faiblesse de l'hygiène dans les services de maternité et la petite chirurgie, l'AOI recommande la réalisation d'une stérilisation centrale intégrée pour tous les services.



Mais à ce niveau rien n'est décidé, nous estimons que le personnel et le directeur de l'hôpital doivent être sensibilisés au problème des infections.

Etape 3 : Restitution de l'évaluation et formation pré-intervention

(Fin février 2011).

Cette formation a pour objectif de présenter au personnel de l'hôpital les principales recommandations suivant l'évaluation et de présenter les actions à mettre en place pour améliorer les points faibles concernant les risques d'infection.

Un délai de réflexion de 1 mois a été donné au directeur et au personnel de l'hôpital.



Etape 4 : Prise de décision (Fin mars 2011)

Suite au délai de réflexion d'un mois, le personnel de l'hôpital et le directeur ont décidé d'opter pour la création d'une stérilisation centrale, d'embaucher un personnel pour gérer la stérilisation (sur le budget de l'hôpital), de mettre en place un système de conditionnement par set des instruments,...

Le local pour la stérilisation centrale est identifié, un plan d'aménagement de la stérilisation est proposé par l'assistant technique AOI et discuté par le directeur et l'équipe du ministère.

Le système d'emballage des sets en tissus est choisi, le matériel complémentaire nécessaire est identifié (machines à laver, armoires de rangement, autoclave,...)



Etape 5 : Signature de l'accord de coopération et évaluation avant intervention (mi-avril 2011)

Un accord de coopération est signé entre l'AOI, le directeur de l'hôpital et le ministère. Il précise les rôles respectifs des partenaires dans le cadre de la réhabilitation.

Une évaluation avant intervention est réalisée.



Etape 6: Négociation avec l'entrepreneur concernant les travaux (fin avril 2011)

Les discussions ont lieu entre les trois partenaires pour la réalisation des travaux (AOI, directeur de l'hôpital et ministère) L'entrepreneur est connu de l'hôpital puisqu'il y a déjà réalisé des travaux dans le passé.

Toutes les salles sont visitées et les détails des travaux sont discutés (emplacement des paillasse, lavabos, carrelages, électricité,...).

Une demande de cotation est effectuée auprès de l'entrepreneur. (début mai 2011)

Après négociation de la cotation et accord concernant le montant des travaux, ceux-ci démarrent mi-mai 2011.



<p>(Mai et Juin 2011)</p> <p>L'AOI et le ministère réalisent le suivi des travaux afin de voir qu'ils correspondent bien aux modalités définies initialement.</p>	
<p><u>Etape 7 : Commande de l'autoclave</u></p> <p>L'assistant technique AOI identifie l'autoclave auprès de la société « Europ continents » à Phnom Penh.</p> <p>L'autoclave est commandé (fabricant taiwanais) et sera livré en juillet 2011 (voir le reçu du 15/6/2011)</p>	
<p><u>Etape 8 : Achats petit équipement et instruments et installation</u></p> <p>En septembre et octobre 2011 le matériel complémentaire est acheté par l'AOI et le ministère :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Machines à laver - Instruments pour les 3 services - Tissus - Equipement divers (bacs plastiques, brosses, savon liquide,...) <p>Ces achats sont réalisés ensemble à Phnom Penh auprès des fournisseurs d'équipement médical et sur le marché local.</p> <p>Tout le matériel acquis est installé fin septembre 2011.</p>	

Etape 9: Formation pratique

Le 18 octobre 2011, la formation pratique du personnel est réalisée par l'assistant technique AOI et le ministère.

Les sets sont réalisés pour chaque service (voir fichier attaché) et une formation sur leur utilisation est réalisée.

L'aménagement et les protocoles de prévention des infections sont discutés pour chaque service.

Le personnel embauché pour la stérilisation centrale est également formé.

Tout le personnel de l'hôpital a participé à la formation.



Etape 10 : Suivi

Conformément au planning prévu initialement, l'hôpital a fait l'objet d'un suivi afin de corriger les principaux problèmes suite à la rénovation. Ce suivi s'est déroulé à + 1 mois (novembre 2011), + 3 mois (février 2012) et + 6 mois (mai 2012). L'AOI et le ministère de la santé ont réalisé ces missions de suivi.

Lors de ces visites de suivi il est



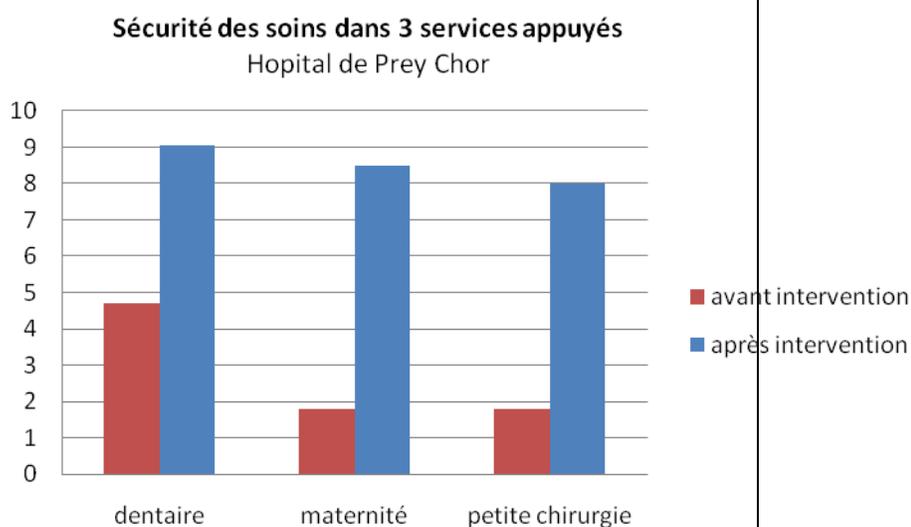
apparu que la stérilisation centrale était opérationnelle et remplissait sa mission. Le personnel responsable de ce service était compétent et motivé par cette tâche.

Une modification a été apportée à la grille de support pour les instruments dans l'autoclave, celle-ci était trop petite initialement, elle a été modifiée. Le personnel des 3 services en relation avec la stérilisation centrale s'était adapté sans difficultés au nouveau système de conditionnement par set.

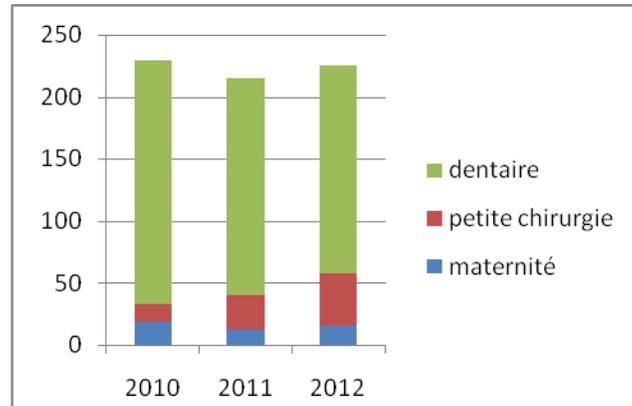


Etape 11 : Evaluation finale

A + 1 an, l'évaluation finale a été menée par l'assistant technique AOI (octobre 2012). Les grilles d'évaluation utilisées étaient les mêmes que pour l'évaluation avant intervention. Les progrès réalisés en hygiène et l'évolution de l'activité ont été mesurés.



Nombre d'actes moyens par mois



Annexe 6 Grille d'évaluation des hôpitaux

Evaluation Form for Referral Hospital

Evaluator:	Date of evaluation:
Province	District
Hospital	

A. General information about dental personnel

- Please fill the list of dental personnel working at the referral hospital

Name	Title (DDS, DN or Staff)	number of year working at this RH	Having private clinic	Frequently come to work*	Motivation**
.....
.....
.....
.....

*Average number of days per week or month coming to work at referral hospital

**good/average/poor (the evaluator should decide from his knowledge of the people)

B. Medical care activity

- Average medical activity per month of the referral hospital for previous year:

Year:	New cases + referred cases	Minor surgery	Maternity
Jan
Feb
Mar
April
May
Jun
Jul
Aug
Sept
Oct
Nov
Dec

- **During the previous 2 years**, what is the trend for the medical activity?

More patients	No change	Less patients
---------------	-----------	---------------

- **If there are more or less patients, what is the main reason?**

.....

C. Material and building

- How many dental chairs available?

.....

Condition of dental chairs:

Model

	Good	Average	Poor	
Chair 1	Good	Average	Poor	.....
Chair 2	Good	Average	Poor	.....
Chair 3	Good	Average	Poor	.....
Chair 4	Good	Average	Poor	.....

- **Year of building renovation or construction**

.....

- **Quality of the building:**

Still looks new	Acceptable	Is getting gold	Looks very old
-----------------	------------	-----------------	----------------

- **Any plans to renovate the building in the future?**

If yes, When ?	No
----------------------	----

D. Dental activity

- What are the **working days of the dental service?**

.....	week
-------	------

Morning	Yes	No
Afternoon	Yes	No

- **Are the dentists performing school preventive program?**

If yes, How many schools ?	No
----------------------------------	----

- **Number of dental care provided every month**

	<u>Price</u>	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Extraction
Fracture / Maxillo facial surgery
Exo + Antibiotique
Nb of patients received only Antibiotique
Nb of GIC filling (ART)
Nb of amalgam filling
Nb of endodontic
Nb of scaling

- **Reliability of the above data** (estimation of the evaluator)

Reliable

Not reliable, real activity is:

1,5 time higher	2 times higher	3 times higher
--------------------	-------------------	-------------------

- **During the previous 2 years, what was the trend for the dental activity?**

More patients	→ Reason for increasing?	.....
Less patients	→ Reason for decreasing?	.....
No difference		

➤ **Proportion of poor people receiving treatment?**

	%
Percentage paying user fee?	.....
Percentage of patients exempted from payment (“indigents”)	.....
Percentage of patients benefiting of equity funds	.....
Percentage benefiting from (other)	.....

➤ **How is the user fee generated by dental activity shared?**

	%
Hospital	.....
Dental staff	.....
Government	.....

➤ **Do the dental personnel receive extra wage/salary support ?**

	Average per month in US\$
SOA →
Other

➤ **Information about the other dental care providers in the district**

How many <u>dentists</u> are working in the district?	.....
How many <u>traditional dentists</u> are working in the district?	.....
How many <u>dental nurses</u> working in the district?	.....

E. Supplies

➤ **Quantity of supplies received from CMS or bought by personnel during last 3 months**

(CMS: Center of Medical Supplies / Bought by personnel: personnel buying supplies to use in public services)

	CMS	Bought
Dental needles
GIC (Glass ionomer)
Amalgam
Liquid soap
Powder soap
Pre-disinfectant
Disinfectant
Cotton
Masks
Gloves

➤ **What is the main barrier to receive supplies from CMS?**

.....

➤ **What should be done to improve supplying?**

.....

F. Supervision and continual education

➤ **How many times they had supervision from central level last two years?**

.....

➤ **How many days they attend to continual education for dental activity during last two years?**

.....

➤ **What were the topics learned?**

.....
.....
.....

➤ **Please provide some suggestions regarding supervision and continual education**

.....
.....
.....

G- Question to the director about the hospital and the district

➤ **Support from NGOs**

			Name of NGOs	Activities supported
Any NGO supporting the <u>hospital</u> ?	No	If yes	.....	.....
		
		
		
		
		

			Name of NGOs	Activities supported
Any NGO supporting the <u>district</u> ?	No	If yes	.....	.....
		
		
		
		
		

		Name of NGOs	Activities supported
Any NGO supporting <u>dental activity</u> ?	No	.....	.....
	If yes	.....	.....
	
	
	

➤ **Health care financing reform**

			Supported by	Starting date	Ending date
Are there equity funds at the hospital ?	No	If Yes	.....	.....	.....

			Supported by	Starting date	Ending date
Is there micro-insurance at the hospital (SKY,...) ?	No	If Yes	.....	.....	.....

			Supported by	Starting date	Ending date
Other ?	No	If Yes	.....	.....	.....

H. Checklist for infection control of dental service (observation with patients)

			Max	Score	Total	Comment	
1. Hand washing	Facilities	Using liquid soap or alcohol hands rubs	0.25				
		Using bar/powder soap	0				
		Water tap is available in the room	0.25				
		Activities	* Correct methods	0.25			
		Washing hands before and after treatment	0.25				
2. Tissues management		Clean towels for handwashing (one/patient)	0.25				
		Clean towels for surface disinfection (one/patient)	0.25				
		Clean towels for instruments drying	0.25				
		* Good cleaning system organized	0.25				
3. Surfaces disinfection between patients		Using appropriate product	0.20				
		Chair	0.20				
		Light	0.20				
		High-speed and low speed	0.20				
		Head support of dental chair	0.20				
4. Personal protection		Clean gown	0.25				
		Wearing mask	0.25				
		Using gloves	0.25				
		Eyes protection	0.25				
5. Cleanliness	Dental chair:	Clean [0.25]/Average[0.15]/Dirty [0]	0.25				
	Working table:	Clean [0.25]/Average[0.15]/Dirty [0]	0.25				
	Floor:	Clean [0.25]/Average[0.15]/Dirty [0]	0.25				
	Instrument storage:	Clean [0.25]/Average[0.15]/Dirty [0]	0.25				
6. Instrument soaking and cleaning		Soaking instruments at least 10 mn	0.20				
		* Using good detergent or pre-disinfectant	0.20				
		Using heavy duty gloves	0.20				
		Using soft brush to clean instruments	0.20				
		Dirty to clean area	0.20				
7. Instrument packing		Clean set instrument packing with tissue or boxes	1				
		Using boxes and transfer tweezers appropriately	0.5				
		Mix up in big containers	0				
8. Sterilization		Time and temperature set according to standards	0.25				
		* Good standard autoclave	0.75				
		Good standard pressure cooker	0.75				
	- Integrated with others:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Good standard dry heat	0,5			
			Oven for food / bellow standard	0.15			
			Autoclave, dry heat or pressure cooker				
			No sterilizer	0			
9. Waste management		Separate container for contaminated wastes	0.25				
		sharp containers	0.25				
		Incineration of contaminated waste	0.25				
		Incineration of sharp	0.25				
10. Occupational exposure		Vaccination for hepatitis B and TB	0.5				
		* Safe recapping technique	0.5				
Total score:			10				

* See Infection Prevention and Control Guidelines for Health Care Facilities, MoH, 2010.

H. Checklist for safety of care of other medical services

Minor surgery			Max	Score	Total	Comment
1. Hand washing	Facilities	Using liquid soap or alcohol hands rubs	0.25			
		Using bar/powder soap	0			
		Water tap is available in the room	0.25			
	Activities	* Correct methods	0.25			
		Washing hands before and after treatment	0.25			
2. Cleanliness	Floor	Clean [0.5]/Average[0.25]/Dirty [0]	0.5			
	Instrument storage	Clean [0.5]/Average[0.25]/Dirty [0]	0.5			
3. Instrument packing		Clean set instrument packing with tissue or boxes	1			
		Using boxes and transfer tweezers appropriately	0.5			
		Mix up in big containers	0			
4. Sterilization		Time and temperature set according to standards	0.25			
		Good standard autoclave or pressure cooker	0.75			
	- Integrated	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Good standard dry heat	0.5		
		Low standard dry heat / autoclave / pressure cooker	0.15			
		No sterilizer	0			
5. Waste management		Separate container for wastes	0.25			
		sharp containers	0.25			
		Good system for incineration (sharp and wastes)	0.5			
Total score:			5			

Maternity			Max	Score	Total	Comment
1. Hand washing	Facilities	Using liquid soap or alcohol hands rubs	0.25			
		Using bar/powder soap	0			
		Water tap is available in the room	0.25			
	Activities	* Correct methods	0.25			
		Washing hands before and after treatment	0.25			
2. Cleanliness	Floor	Clean [0.5]/Average[0.25]/Dirty [0]	0.5			
	Instrument storage	Clean [0.5]/Average[0.25]/Dirty [0]	0.5			
3. Instrument packing		Clean set instrument packing with tissue or boxes	1			
		Using boxes and transfer tweezers appropriately	0.5			
		Mix up in big containers	0			
4. Sterilization		Time and temperature set according to standards	0.25			
		Good standard autoclave or pressure cooker	0.75			
	- Integrated:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Good standard dry heat	0.5		
		Low standard dry heat / autoclave / pressure cooker	0.15			
		No sterilizer	0			

5. Waste management	Separate container for wastes	0.25			
	sharp containers	0.25			
	Good system for incineration (sharp and wastes)	0.5			
Total score:		5			

I- Room Plan:

Room size:

Annexe 7 Analyse de situation pour le sel fluoré en 2010

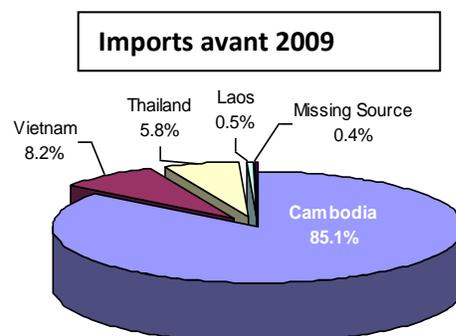
Projet pilote de fluoration du sel au Cambodge Analyse de situation du projet sel iodé et recommandations pour la fluoration du sel

1. Historique de la fluoration du sel au Cambodge:

Bien que la production du sel iodé ait commencé en 1999, l'échelle était réduite. En 2000 la consommation des ménages du sel iodé était seulement 12%. La situation a nettement changé après le décret ministériel sur « la gestion de l'exploitation de sel iodé » ait été signé par le premier ministre le 20 octobre 2003 et mis en œuvre en octobre 2004. C'est à partir de cette date que l'iodation du sel a fortement progressé au Cambodge (74% jusqu'en 2008)

2. Changements entre 2007 et 2010 concernant le programme iode:

Année	Production de sel	Couverture du programme iode	Imports
2007	160,000 t	74%	15%
2008	50,000 t	74%	15%
2009	30,000 t (mauvaise qualité)	50%?	70% (bcp illegal)
2010	174,000 t	?	Baisse des prix pour contrer les imports illégaux



Le SPCKK (coopérative des producteurs de sel de Kampot) a pris des mesures en 2010 pour régler le problème de concurrence avec les sels importés :

- Le prix du sel a été fixé à 42% du prix original, rendant le sel cambodgien meilleur marché que celui importé illégalement. En 2009 le prix de 50 kilogrammes de sel pour les distributeurs était de 4.9\$ il est passé à 2.8\$ en 2010.
- Pour motiver des producteurs de sel pour produire un sel de meilleure qualité, il leur est permis de pratiquer un prix plus élevé pour les produits de qualité.

Recommandations du consultant UNICEF en 2009 (extrait d'un rapport UNICEF)

Tandis que les mesures prises par le SPCKK devraient atténuer l'impact de la demande accrue du sel non-iodé à court terme, des mesures devraient également être prises pour réduire la vulnérabilité de production.

Ceci devrait être inclus dans un plan d'action pour le SPCKK. En outre, le SPCKK devrait être formé à « l'échantillonnage du Contrôle de Qualité sur les Lots » afin de tester de sel lorsqu'il est nécessaire d'en importer et afin d'améliorer l'auto-évaluation. Les efforts actuels du NSCIDD (comité national pour l'iode) et le CamControl de limiter l'importation du sel non-iodé et l'éducation de la population concernant le sel iodé doivent continuer.

3. Opinion de l'association des producteurs de sel de Kampot (Juillet 2010)

Il y a une réticence de l'association de producteurs de sel dans Kampot 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 qu'ils fassent l'iodation, le prix du sel iodé à Phnom Penh est identique que non iodé sur le marché et eux doivent faire face à la concurrence de Chine et de Thaïlande qui importent le sel qui n'a aucun contenu en iode. Dû à de fortes précipitations en 2009, la production a été faible, et il a fallu recourir à du sel 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.

4. Opinion du représentant de l'UNICEF (Juillet 2010):

Personne rencontrée : Un Sam Oeur (responsable du programme iodation depuis 1996)

Situation avec l'association des producteurs de sel de Kampot et problèmes de contrôle de qualité :

Ils ne savent pas comment faire avec la situation actuelle, l'association des producteurs a signé un MOU comme quoi en 2011 les producteurs prennent en charge l'iode. Nous avons décidé d'arrêter de fournir de l'iode depuis l'enquête en 2007 d'un expert spécialisé en marketing du sel qui avait démontré que l'association des producteurs de sel avait fait beaucoup de bénéfices. En réalité ils devraient avoir déjà acheté l'iode par eux même depuis 2010, mais à cause des pluies en 2009, cela a été reporté d'un an.

Mais il a des doutes sur la volonté de l'association des producteurs et pense qu'il faudra continuer à soutenir. Il a peur que quand il n'y ait plus de soutien de l'UNICEF les producteurs veulent économiser et ne mettre pas les bons contenus d'iode, sachant que derrière les autorités ne sont pas très sévères sur le contrôle et qu'il suffit de leur donner un peu d'argent et ils ferment les yeux. Par exemple la camcontrol n'a jamais donné aucune pénalité aux producteurs de sel. Il est également inquiet pour le problème de contrôle de qualité à l'avenir du aux conditions et au contexte du Cambodge où l'administration n'est pas très forte.

L'association des producteurs de sel est devenue très puissante, et ils aident la province de Kampot, la croix rouge locale, ... Il pense également que les autorités de la province n'auront pas forcément envie de poser des problèmes à l'association. Le pouvoir et les relations sont souvent au dessus des lois au Cambodge. De plus Kampot n'est pas une grande ville, les gens se connaissent.

Il pense que les problèmes viennent également de la mauvaise qualité du sel produit et le prix pratiqué qui était trop élevé, ce qui a facilité l'entrée sur le marché de produits plus compétitifs. C'est également lié à la situation de monopole de l'association des producteurs. C'est également l'association des producteurs

de sel qui ait importé du sel non iodé et non seulement les imports illégaux. Mais il semble que cela ait été étouffé...

Les bouilleurs de sel ont également préféré utiliser du sel de Chine, car le sel produit en 2009 était de mauvaise qualité (trop d'impuretés).

L'association des producteurs a souhaité accentuer la différence de prix entre les trois grades de sel. Le sel de bonne qualité s'est toujours bien vendu, ils ont souhaité en augmenter la différence de prix afin de pousser à la production de qualité.

Tout est en place pour le contrôle de qualité, depuis 2008 ils font des tests tous les ans, soit au niveau national soit sur quelques provinces. Mais tout est dirigé par le comité national de surveillance pour l'iode et le ministère du planning.

L'avis du représentant de l'UNICEF sur l'association des producteurs de sel et leur volonté à arrêter le programme iodation : Il pense que c'est une attitude de leur côté pour que l'UNICEF continue à les soutenir. Ils ont pris l'habitude d'avoir l'iode gratuit, ils veulent que ça continue. Sa vision est un peu comme celle d'un enfant auquel on apprend à marcher en lui tenant la main, et au bout d'un moment on la lâche...

Ils devaient acheter l'iode par eux même en 2010 et finalement c'est reporté à 2011, pour l'instant ils n'ont jamais acheté d'iode par eux-mêmes. Ils ne connaissent même pas de fournisseurs pour l'instant.

L'UNICEF leur a donné les contacts pour les fournisseurs, mais ils demandent de l'aide. En 2011, ils veulent bien payer pour l'iode (théoriquement ?), mais demandent que l'UNICEF achète et contacte le fournisseur, ils achèteront à l'UNICEF.

Fournisseurs principalement au Chili et parfois en Chine, mais la qualité y est moins bonne. C'est plus cher au Chili.

Les bouilleurs de sel :

Il y en 28 en tout au Cambodge.

Sel bouilli : 30% de la production au Cambodge

Ils sont plus positifs que l'association des producteurs de sel. Et ont un sel de meilleure qualité.

(voir rapport sur la rencontre avec un bouilleur de sel)

Problème de mixeurs et de choix de technologie

Concernant **le gros sel** : Il y a des variations de concentration avec les vis, mais pour le gros sel c'est la seule méthode disponible.

Concernant **le sel fin** (chez les bouilleurs de sel) :

Il est mélangé manuellement avec des pelles et des pre-mix. En 1997 il y a eu 10 mixeurs distribués pour des bouilleurs de sel, mais ils ont arrêté de s'en servir au bout d'un an. La capacité était de 25Kg par batch et il fallait 10mn de rotation. La plus grosse machine était de 50 Kg. Les producteurs ont préféré mixer manuellement plutôt que d'utiliser les machines, car ils gagnaient du temps et ne dépensaient pas d'électricité. L'électricité est souvent très chère en province (jusqu'à 0,5\$ le Kwh), et ils économisent s'ils n'utilisent pas les machines. Les mixeurs étaient fabriqués au Cambodge pour 800\$.

A Kompong Cham il a un producteur qui avait réalisé une machine pour faire le mélange lui-même, avec son propre budget, mais il ne l'utilise pas régulièrement et depuis qu'il a augmenté son activité, il mixe de

nouveau manuellement. Il y a peut-être une machine qui fonctionne encore à Kompong Speu, mais il n'est pas sûr.

Les recommandations à l'époque des experts étaient de ne pas mixer trop de volume important à la fois pour avoir une meilleure qualité, c'est pour cela qu'ils ont installé des machines de petite taille. Mais en fait les mixeurs étaient trop petits pour la plupart des sites.

Pour l'UNICEF les mixeurs ne sont pas une priorité. En fait depuis 1998, lorsque les bouilleurs ont arrêté d'utiliser les machines, ils n'ont plus suivi cet aspect du projet. En connaissance de ce problème de qualité de mixage, ils ont recommandé de mettre plus d'iode dans les mélanges.

Même s'ils voient bien qu'il y a des variations dans les mélanges, cela reste acceptable et adapté à la situation actuelle.

Extrait d'une publication UNICEF en 2008 :

Les résultats de l'enquête en 2008 indiquent que seulement 4.9% de la population cambodgienne, en particulier dans des provinces de Kampot et de Kep, a une nutrition insatisfaisante en iode tandis que le reste de population (plus de 95%) a des taux normaux voir supérieurs à la norme recommandée.

Les résultats d'analyse d'urine suggèrent que la prise d'iode de la majeure partie de la population du Cambodge est suffisante. Dans quelques régions il est probable qu'elle soit supérieure aux normes recommandées, parce que pour 10 provinces plus de 40% des échantillons d'urine ont des niveaux supérieurs à 300 µg/L d'iode, le point limite pour identifier la prise excessive d'iode.

Résultats des études d'ingestion en iode (2008) (relevés des urines):

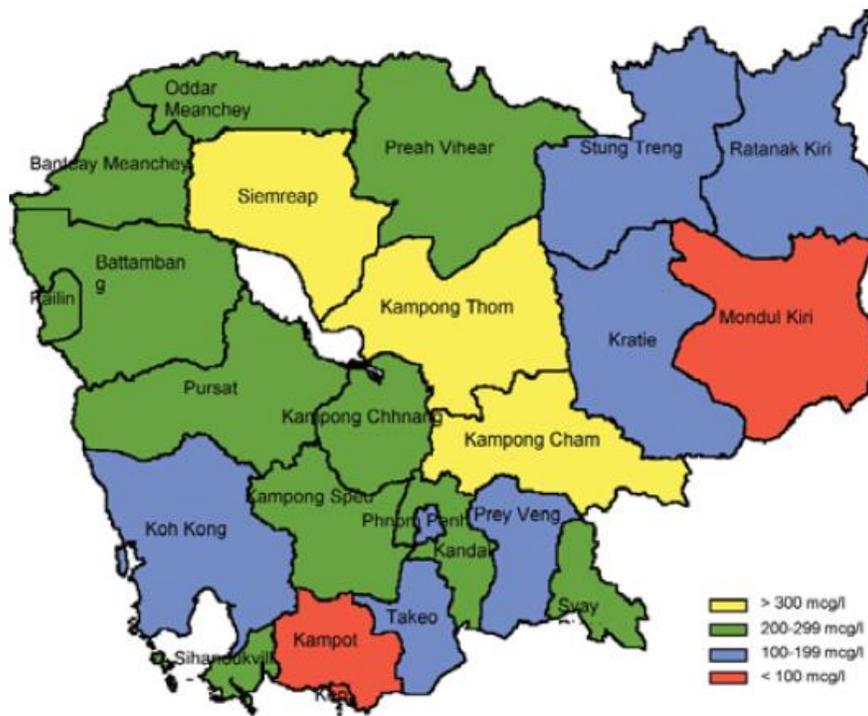


Figure 3: Median UI in the provinces of Cambodia

Son avis sur la sélection d'un site pilote pour la fluoration :

Comme nous voulons intégrer le fluor au sel fin, il faut travailler avec les bouilleurs de sel. Parmi les 23 bouilleurs de sel, il y a quelques producteurs plus fiables que d'autres. Deux proches de Phnom Penh, un à Kandal et un à Kompong Speu. Le site de production équipé VISALCO à Kampot (Nuon Huong), ne marche pas bien, il n'arrive pas à rivaliser avec la qualité du sel bouilli, ce n'est pas un site adapté.

Il n'a pas la liste à jour des bouilleurs, car parfois ils changent d'endroit. Il va bientôt l'avoir.

Il dit que nous pouvons quand même essayer de faire un projet pilote à petite échelle pour apprendre et en tirer les conclusions par la suite.

Compatibilité avec le prahok (poisson fermenté)

Ils ont réalisé une enquête de compatibilité avec le prahok (cf padek) en 2005 : résultat pas de problème, sauf à un endroit où ils mixaient avec une substance (borate ?), et ils ont du modifier le fonctionnement avec ce producteur.

Autres approches :

Il nous conseille si c'est trop difficile d'ajouter le fluor dans le sel, il faudrait également voir du côté des assaisonnements de type sauce poisson auquel sont ajoutés le fer actuellement avec le support d'ONG.

Ils ont a priori déjà reçu des mixeurs depuis 2 ans sur trois sites. Mais c'est toujours au niveau de projet pilote. Ils ont des mixeurs qui viennent du Japon, soutenu par l'organisation RACHA.

5. Opinion et visite d'un site de bouilleurs de sel près de Phnom Penh

Site visité de la marque couronne. Le directeur est propriétaire du terrain, le site existe depuis plus de 20 ans, il est situé à 20 Km de Phnom Penh. Ce site nous a été recommandé par un distributeur de sel à Phnom Penh (le frère de Hak Sithan, directeur du département dentaire du Ministère de la Santé).

Nombre d'ouvriers : 30

Taille du site : un hectare

Aspect du site : L'état du site est assez sale et l'hygiène n'est pas très bonne. La production reste artisanale.

Production moyenne : 7 tonnes par jour. Sur 7 postes de bouilleurs et mixeurs (voir photos).

Origine du sel : Le sel est produit et transporté de Kampot où il a été iodé, c'est du sel avec des impuretés, il est bouilli pour être purifié et devenir du sel fin pour la consommation. Le sel de Kampot a beaucoup d'impuretés (parfois 30% en 2009 quand le sel était de mauvaise qualité).

Mélange concernant l'iode :

En 1997, ils ont reçu des machines de l'UNICEF (Don Hellen Keller), et ils s'en sont servi pendant 3 ans. Ensuite ils ont arrêté et les machines ne fonctionnent plus (voir les photos). Les machines fournies par l'UNICEF étaient trop petites, il n'était pas possible de suivre le rythme (au maximum deux tonnes par jour). Selon le producteur, s'il utilise la machine, il ne peut être compétitif par rapports aux concurrents

qui font tout manuellement. L'utilisation de machine lui coutait entre 30 à 50 \$ par jour (essence, entretien et main d'œuvre). L'électricité utilisée sur le site n'est pas celle du gouvernement, c'est un fournisseur privé, elle est vendue à 1800 riels/Kwh soit 0,42\$/Kwh. Le prix à Phnom Penh est de 700 riels/Kwh. Ce qui est déjà élevé.

De plus les machines étaient en grande partie réalisées en métal, et non en inox, ce qui a réduit leur durée de vie.

Actuellement, ils réalisent le mélange à chaque poste de bouilloires avec un pré-mix dans un petit bac et ensuite avec une pelle dans un gros bac en béton.

Selon le producteur, si le gouvernement impose à tous les sites de production d'utiliser des mélangeurs, pas de problème, mais ce n'est pas le cas, donc personne ne le fait, ce n'est pas possible de le faire de façon isolée. Pour l'instant personne n'a été pénalisé ou contrôlé par le gouvernement sur cette méthode de mélange.

Le personnel n'est pas attribué spécifiquement pour le sel iodé car ce sont les personnes qui récolte le sel bouilli qui le font au niveau de chaque poste, cela réduit les couts.

Ils mettent 2g d'iode pour 25 Kg de sel.

Il n'a jamais entendu parler du sel fluoré, mais il n'y est pas opposé. Il pense que de toute façon à l'avenir, ils devront utiliser des mixeurs de nouveau. Mais il faut que les mixeurs aient une capacité adaptée. S'ils ont une machine adaptée, ils pensent que cela peut se faire correctement, l'essence ne devrait pas être un problème.

Ils savent que le mélange avec les pelles est moins précis, dans le analyses en iode que fournit l'UNICEF lors de réunions ils savent que les résultats sont parfois 30, 40 ou au-dessus 70, jusqu'à 90 ppm. C'est le seul moyen dont ils disent disposer vu les circonstances. Ils ont mis au point eux-mêmes cette technique de mélange. Niveau d'iode inscrit sur les sachets :50 ppm

Il connaît un endroit qui fait de meilleurs mélanges, les concentrations varient entre 40 et 60 ppm. Selon lui c'est parce qu'ils mélangent mieux et leur production est réduite (2 tonnes par jour).

Provisions en iode et financement :

L'iode est donné par l'UNICEF tous les mois. Ils demandent mensuellement en fonction des besoins. Ils utilisent environ 30-40 Kg d'iode par mois.

En fin d'année ils doivent financer l'iode par eux-mêmes, par l'intermédiaire de l'association des producteurs de sel de Kampot. Le prix de l'iode au Kg est environ de 20 à 25 \$/Kg.

L'iode de qualité est à 25\$/Kg et la moins bonne est à 20\$/Kg, sans taxes d'importations.

Ils souhaitent continuer à ioder le sel, car c'est une obligation, pour eux la différence de coût est minime (300 riels par Kg – 4000riels=1\$). Selon le producteur, cela ne sera pas difficile de continuer l'iodation par autofinancement. « Si on ne le fait pas, on sera pénalisés par le gouvernement. Pour l'instant il n'y a eu aucune pénalités, mais il y en aura lorsque nous achèterons l'iode nous-même ».

Contrôle de qualité :

Il n'y a pas d'électrode et de laboratoire sur le site pour analyser les niveaux d'iode, uniquement les rapid tests sont utilisés, mais ils ne permettent pas de connaître les concentrations. Mais UNICEF leur fournit les résultats suites aux analyses qu'ils effectuent sur le marché, donc ils connaissent les variations de leur produit (voir plus haut).

6. Opinions au niveau du ministère de la santé

La directrice de la directrice de la médecine préventive (Dr Prak Piseth):

- La loi est en place, mais elle n'est pas respectée en raison du manque de contrôle
- Il y a risque fort que le projet ne sera pas pérenne
- Nous devrions envisager de ne pas mettre en application le projet pilote et employer le budget pour d'autres activités

Le bureau dentaire (Tepirou and Hak Sithan):

Il est trop tôt pour commencer un projet dans ce contexte, il faudrait réévaluer la situation dans 3 à 5 ans si le projet d'iode fonctionne bien ce sera un facteur favorable.

Ils craignent qu'il y ait trop de difficultés et de risques, ils pensent que nous devrions employer le budget pour d'autres activités.

7. Opinion du responsable de l'AOI au Cambodge (François Courtel)

Liste des aspects positifs et négatifs et recommandations pour le projet pilote de fluoration du sel.

Aspects positifs:

- Soutien du ministère de la santé et équipe en place au bureau dentaire (mais c'est le Ministère du Planning qui dirige l'iodation)
- Budget disponible (mais uniquement pour un projet pilote)
- Projets pilotes au Vietnam et au Laos
- Efficacité de l'approche (fluoration du sel)
- Intérêt des bouilleurs de sel (à confirmer)

Aspects négatifs:

- Situation difficile du programme d'iodation,
- Risques de pérennité et difficultés probables d'étendre le programme de fluoration du sel
- Les bouilleurs de sel ont reçu des mélangeurs mais ne les utilisent pas, ils souhaitent également économiser
- Manque d'intérêt de la part de l'UNICEF pour l'utilisation de mixeurs auprès des bouilleurs de sel
- Prix de l'électricité en province et surtout en cas d'utilisation de mixeur
- Petite taille des bouilleurs de sel et côté artisanal
- Inexistence de laboratoire au niveau des bouilleurs de sel (pas d'électrode fournie par UNICEF, pas de labo et pas de personnel, uniquement des rapid tests utilisés)
- Réticence de l'association de producteurs de sel pour commencer la fluoration de sel
- Le Ministère de la Santé n'est pas responsable de l'iodation de sel
- Le budget du gouvernement et HSSP ne peut pas être facilement employés pour soutenir le secteur privé

Questions:

- Le problème avec l'iodation et l'importation est-il provisoire ? Est-ce qu'il s'améliorera à l'avenir ou peut s'empirer?

- Le programme d'iodation est-il trop fragile pour commencer la fluoration ?
- Quels sont les risques liés aux bouilleurs de sel, ce sont de petits producteurs et certains pourraient disparaître à l'avenir en raison des contraintes d'environnement ou concurrence accrue d'autres pays et dans le pays ?
- Le bouilleur de sel rencontré dit qu'il n'y a pas de problème pour continuer en autofinancement, mais que se passera-t-il si les autres ne jouent pas le jeu (comme pour l'utilisation des mélangeurs) ?
- La vente massive du sel non iodé sur le marché a envoyé un message aux producteurs concernant l'iodation : « l'iode n'est pas si important mais la qualité et le prix du sel sont plus importants, et même sans iode la population achète ».

Recommendations:

- S'il y a un projet pilote lancé, le financement à long terme doit être prévu pour soutenir les producteurs de sel concernant l'ajout en fluor
- La technique et les procédures de mélange devraient permettre aux producteurs d'être gagnant financièrement, autrement il y a un risque qu'ils cessent d'employer les mélangeurs (voir l'expérience de l'UNICEF concernant les mixeurs)

Annexe 8 Liste des documents réalisés durant le projet (disponibles sur demande)

- Evaluation des pratiques en hygiène à la faculté dentaire de Phnom Penh (2011 et 2013)
- Document d'analyse de situation pour le sel fluoré (2010)
- Evaluation des hôpitaux (2010, 2012, 2013)
- Evaluation des centres de santé (2010, 2012, 2013)
- Grilles d'évaluation pour centres de santé et hôpitaux
- Guides d'évaluation pour hôpitaux et centres de santé (2011)
- Evaluation initiale des écoles pour le projet de santé scolaire intégré (2012)
- Modules de formation pour les hôpitaux et centres de santé (2012-2013)
- Critères de sélection et étapes de réhabilitation pour hôpitaux (2011)
- Analyse des dentifrices fluorés disponibles sur le marché (2012 et 2013)
- Agrément avec le ministère de la santé (2010)
- DVD et posters publiés (2012)
- Programme de formation en endodontie/restauratrice (2011)