



Jacques Abellard
Jean Bertrand
Jean-Claude Borel
François Courtel
Yambulya Ousmane Dipama
Christopher Holmgren
Christian Pellistrandi
Jocelyn Rio
Isabelle Thiébot
Monique Triller
Hubert Weil



Enjeux d'intégration, de coopération et de développement

Sous la direction de
Bernard Decroix

Santé bucco-dentaire et santé générale

Enjeux d'intégration
de coopération et de développement





Santé bucco-dentaire et santé générale

Enjeux d'intégration
de coopération et de développement





Intervenants

Jacques Abellard, Hubert Balique, Habib Benzian, Richard Bercy, Jean-Claude Borel, Guillemette Clapeau, François Courtel, Bernard Decroix, Dominique Desplats, Pascaline Durand, Christophe Herran, Christopher Holmgren, Valérie Huguenin, Christophe Jacqmin, Axel Kahn, Alain Le Vigouroux, Michel Marquis, Michel Martuchou, Ziemlé Clément Meda, Clémence Pajot, Christian Pellistrandi, Poul Erik Petersen, Françoise Ponticq, Jocelyn Rio, Eric de Roodenbeke, Isabelle Thiébot, Monique Triller, Giancarlo Vecchiati, Hubert Weil.

Organisation

Jacques Abellard, Jean Bertrand, Jean-Claude Borel, Bernard Decroix, Yambuliya Ousmane Dipama, Christopher Holmgren, Christian Pellistrandi, Jocelyn Rio, Monique Triller, Hubert Weil.

Organisation administrative et logistique

Suzanne Benveniste,
Dorothee Cadre.

Soutiens

Agence française de développement, Organisation mondiale de la santé.

3M Espe, Air France, Alkapharm, Anios, Annuaire Dentaire, le Chirurgien Dentiste de France, Coltène Whaledent, GACD, GC, Information Dentaire, Itena, Ivoclar Vivadent, Kerr, Micro-Mega, Nichrominox, agence OBLO, l'Orthodontiste, ORTHO-CLEAN International, Roeko, groupe Salins, Schulke, Septodont, Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale, Société Française d'Endodontie, Unident, Wolters Kluwer France.

Université d'Auvergne, Université Paris Descartes.

Association Dentaire Française, CARCDF-SF, Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, Coordination Sud, Fédération Française d'Orthodontie, Journées d'Orthodontie, Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale.

Transcription des textes

Pascale Gallet.

Relecture

Cécile Hvostoff et Geneviève Fouqué.

Infographie et impression

XL Print Saint-Etienne.

Crédits photos

Introduction © Jean-Claude Borel –AOI, chap 1© Pierre Rouch –AOI, chap2© Christian Pellistrandi – AOI, chap 3© J-F Perigois - Fotolia.com, chap 4© Philippe Mignard – AOI ,chap5 © Christian Pellistrandi – AOI, chap 6© Pierre Rouch –AOI, chap7© Philippe Mignard – AOI, chap 8 © Gwenaelle Empis – AOI, chap 9 © Philippe Mignard – AOI, chap 10 ©michaeljung - Fotolia.com, chap11©Eric Isselee – Fotolia.com, chap12 © Christian Pellistrandi – AOI, chap 13© africa – Fotolia.com,Chap 14© jean claude braun - Fotolia.com, chap15© africa – Fotolia.com, chap 16 © Pierre Rouch –AOI, chap 17©Arnaud Castel - Fotolia.com, chap 17©Jocelyn Rio – AOI, chap 19©François Courtel – AOI, chap20© Bernard Decroix – AOI, chap21©Michel Martuchou – Bleu sel, chap 22©macky_ch - Fotolia.com, chap23© Bernard Decroix – AOI, chap24 © J-FPerigois - Fotolia.com , chap25© Digitalpress - Fotolia.com, conclusion © Christian Pellistrandi – AOI, fin© Pierre Rouch.





Jacques Abellard
Jean Bertrand
Jean-Claude Borel
François Courtel
Yambulya Ousmane Dipama
Christopher Holmgren
Christian Pellistrandi
Jocelyn Rio
Isabelle Thiébot
Monique Triller
Hubert Weil

Sous la direction de
Bernard Decroix



Santé bucco-dentaire et santé générale

Enjeux d'intégration
de coopération et de développement





Sommaire

Préface	9
Introduction	11
I CONTEXTE	
1. Etat des lieux et réponses de l'aide au développement	14
2. Université et Développement	34
3. Défis pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement	38
4. Evolution des défis pour les professionnels de santé	48
5. Evolution du rôle des ONG	56
6. Asprocop : un réseau de professionnels de santé publique	62
7. Paysage des ONG dentaires	66
8. AOI: 25 ans d'évolution	70
II ENJEUX DE LA FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE	
9. Ressources humaines dans le domaine de la santé	78
10. Ressources humaines en santé bucco-dentaire : aspects macro, global, international	90
11. Renforcement des capacités	96
12. Recherche et santé publique: nécessité et problématique	104
III SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : ENJEUX DE TERRAIN	
13. Problématique du soulagement de la douleur dentaire	112
14. Intégration des activités de santé bucco-dentaire dans le système de santé : cas du district sanitaire d'Orodara, Burkina Faso	118





Sommaire

15. Soulagement de la douleur en zone rurale : résultats d'évaluation	126
16. Auxiliaires dentaires en Haïti : formation, rôle, statut et enjeux à long terme	132
17. Expérience des médecins de campagne à Madagascar	138
18. Médecine communautaire et soins dentaires à Madagascar	142
19. Prévention des risques d'infections croisées	148
20. Accès au fluor : problématique et perspectives	154
21. Cas de fluoration du sel au Laos : enjeux de production	162

IV ACCOMPAGNEMENT DES ONG : ENJEUX DE LA PÉRENNITÉ

22. Evolution des partenariats entre le ministère des Affaires étrangères et européennes, l'AFD et les ONG	168
23. Evolution des approches de partenariat des ONG	174
24. Comité de Coopération avec le Laos (CCL)	180
25. Cooperazione Odontoiatrica Internazionale (COI)	184

Synthèse	190
-----------------	-----

Conclusion	195
-------------------	-----

Lectures	199
-----------------	-----

Liste des abréviations	205
-------------------------------	-----

Qui a fait quoi ?	207
--------------------------	-----







Ne doutons jamais qu'un petit groupe d'individus conscients et engagés puissent
changer le monde. C'est même de cette façon que cela s'est toujours produit .

Margaret Mead







Préface

Ce colloque a été organisé à l'occasion des 25 ans de l'AOI les 15 et 16 janvier 2009 pour mettre en évidence les évolutions en termes de développement et de coopération dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

Je tiens à remercier le Professeur Axel Kahn d'avoir accepté de présider ce colloque et de son appui à l'association, la direction de l'Ecole Normale qui nous a permis de l'organiser dans ses locaux. Merci aussi aux intervenants et aux différents partenaires qui ont contribué à la tenue de ce colloque.

Aujourd'hui, l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations défavorisées, particulièrement dans les pays en développement, ne saurait se faire sans une démarche de santé publique et une coopération entre les organisations travaillant sur les problèmes de santé générale.

En effet, dans bien des domaines, les pathologies dentaires sont fortement imbriquées avec les pathologies générales et on ne peut pas dissocier les problèmes des uns des problèmes des autres. Leur incidence et leur prévalence sont directement liées au contexte socio-économique.

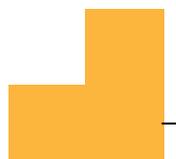
L'aide au développement suppose une connaissance approfondie de la situation rencontrée sur le terrain. Au fil des années, grâce à la recherche, cette aide a évolué peu à peu et les différents acteurs du développement se sont progressivement adaptés à cette évolution.

Certes, le problème des ressources humaines et matérielles demeure toujours un souci majeur, mais le renforcement des capacités et la complémentarité des compétences permet de mieux les appréhender.

Les actions de santé publique doivent tenir compte des acquis et évoluer pour s'adapter, en toutes circonstances aux conditions et aux ressources du terrain, parfois à l'encontre de nos habitudes professionnelles, mais sans jamais se départir d'un objectif incontournable de qualité et d'efficacité.

Les challenges sont nombreux et les ONG doivent faire preuve d'innovation dans leurs approches techniques, de partenariat et de recherche de fonds. Pour faire face à ces nombreux défis sur le terrain, l'AOI compte sur le soutien de la profession, des entreprises et des confrères pour donner à l'association les moyens d'agir en s'impliquant dans l'opération « 500 cabinets partenaires ».

Hubert Weil
Président AOI





Intro

introduction

Hubert Balique

Avant de présenter le contenu de ce colloque, je souhaite aborder quatre points.

PREMIER POINT :

La distinction est à faire entre action humanitaire et aide au développement. Sur le terrain, ces deux notions sont certainement complémentaires, mais très différentes. L'action humanitaire nécessite des compétences extrêmement pointues pour agir vite de façon très efficace avec relativement peu de souci d'efficacité parce qu'il faut agir dans l'immédiateté ; alors que l'aide au développement, nécessite une autre approche, une autre vision sur le long terme, le très long terme et ne traite pas du tout les mêmes réalités.

DEUXIÈME POINT :

Le développement est un exercice difficile et je dois dire que même maintenant, après quarante ans de contacts avec l'Afrique et trente-trois ans de vie professionnelle sur le terrain, je continue à apprendre. Etre dans un ministère au Niger, un des pays les plus défavorisés dans le monde, où les problèmes sont majeurs, est motivant. J'apprends en permanence, je mets en cause les idées que j'ai pu avoir. C'est passionnant mais difficile, et cela nécessite constamment d'enrichir son professionnalisme. Je me permets de le dire parce

que souvent la raison du cœur dépasse la raison de l'esprit. J'ai beaucoup de contacts avec les ONG et j'ai souvent noté les difficultés qu'elles ont pour s'insérer dans le processus de développement.

UNE TROISIÈME IDÉE sur laquelle je voudrais insister c'est que **le développement d'un pays appartient d'abord à l'Etat de ce pays.** Au Niger, on doit travailler dans le cadre des initiatives du pays, prises par l'Etat qui a lui-même sa démarche et ses difficultés.

Et puis, le **QUATRIÈME POINT** concerne **cette exigence de solidarité**, c'est une exigence du cœur, et c'est aussi une exigence de l'esprit. Même si les gens ne sont pas alertés par ce qui peut se passer à distance de la France, il y a aussi des choses à faire dans l'hexagone et notre intelligence doit nous faire prendre conscience qu'on vit tous sur la même planète, que notre destin est commun, que celui de nos enfants et de nos petits-enfants est commun. Les problèmes que nous avons à aborder sur le terrain sont nos problèmes de façon collective et nous sommes dans une communauté mondiale.

Le colloque, tel qu'il a été conçu a eu pour but :

- D'apporter des éclairages sur l'évolution



Colloque 25 ans de l'AOI

des enjeux en matière de santé dans les pays en développement,

- **De préciser les approches dans les différents domaines et dans ce contexte,**
- **De situer l'évolution des ONG.**

Dans une première session a été abordé le problème général du contexte dans lequel évoluent les questions de santé bucco-dentaire.

Ensuite, les questions de santé publique ont été traitées et plus spécifiquement de formation en santé publique. La santé publique est une façon d'aborder les questions de santé mais c'est aussi l'appel à des compétences, à un état d'esprit, à une culture qui oriente les

praticiens vers des questions de collectivité et de communauté.

La troisième session nous a amenés sur le terrain à réfléchir à l'intégration des questions de santé bucco-dentaire dans les systèmes de soins des pays en développement.

Enfin, nous avons abordé les problématiques du partenariat à la rencontre des ONG avec leurs expériences diverses, suivi d'une synthèse et d'une conclusion.

Ces deux journées ont été des journées enrichissantes pour les uns les autres afin de pouvoir être plus à même d'aborder ces questions à l'avenir.





Développement, coopération, santé bucco-dentaire : 25 ans d'évolution



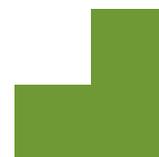


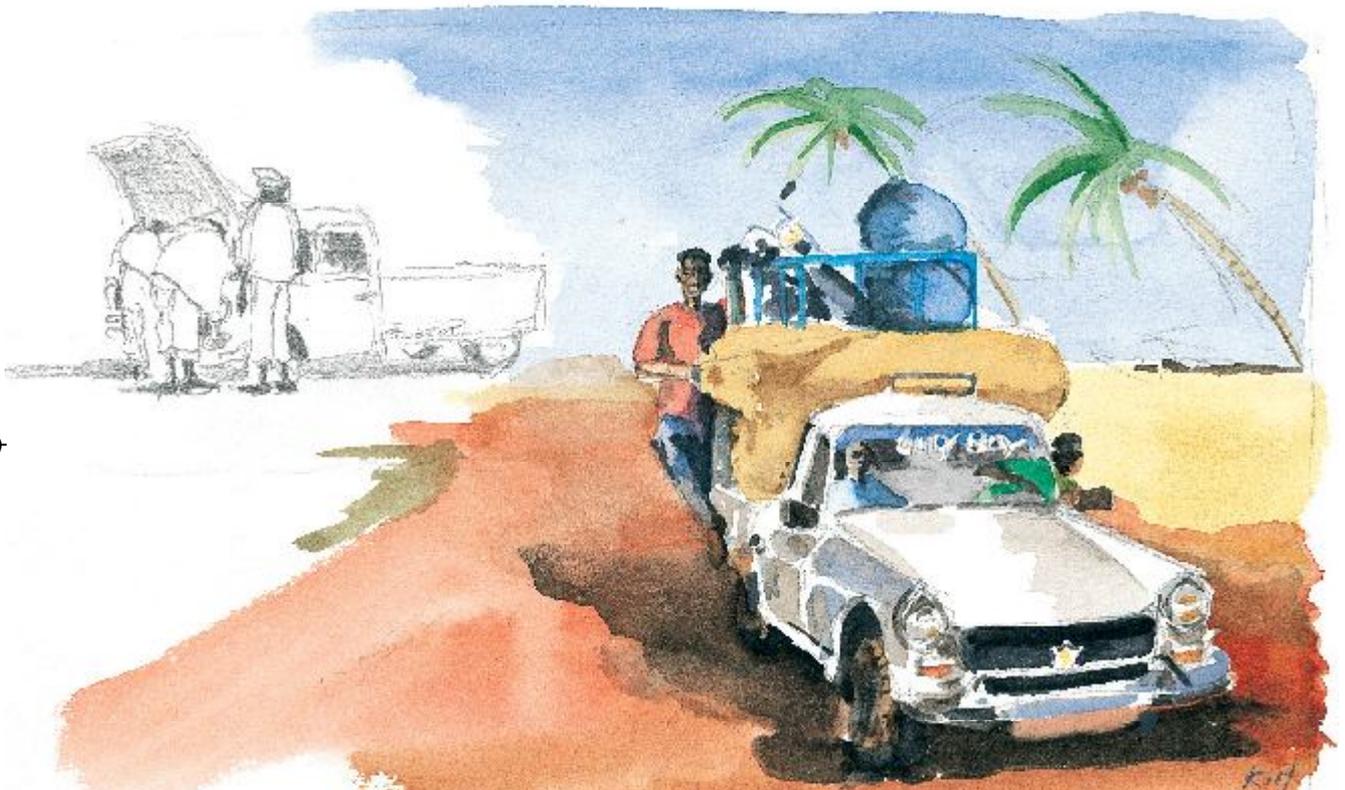


Le Contexte

I - CONTEXTE

1. Etat des lieux et réponses de l'aide au développement *H. Baliqne*
2. Université et Développement *A.Kahn*
3. Défis pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement *P.E. Petersen*
4. Evolution des défis pour les professionnels de santé *E. de Roodenbeke*
5. Evolution du rôle des ONG *C.Pajot*
6. Asprocop : un réseau de professionnels de santé publique *A. Le Vigouroux, M. Marquis*
7. Paysage des ONG dentaires *H. Benzian*
8. AOI : 25 ans d'évolution *J. Abellard, F. Courtel, B. Decroix, J. Rio, I. Thiébot,*





APRÈS MORTI ET SÈVARE ON QUITTE LE SOUDRON POUR LA RISTE QUI MÈNE VERS BAKWASSA 1999
ET LE PAYS BOGON...

K.H.
01



Chap

chapitre 1

Etat des lieux et réponses de l'aide au développement

Hubert Balique

Comment présenter la situation dans les pays en développement où la réalité est encore souvent dramatique ? Je donne simplement deux indicateurs auxquels on est confronté immédiatement quand on se retrouve sur le terrain : la mortalité des enfants et la mortalité des mères. Il est important de le dire au moment où on va aborder la problématique de la santé bucco-dentaire qui n'est pas prioritaire. La santé doit être prise dans son ensemble, on ne peut demander à une personne de se couper en deux, la globalité est une priorité. C'est un vrai problème parce que quand on se retrouve devant une personne, on est bien obligé de hiérarchiser les priorités dans l'action. Il ne peut pas être accordé la même importance à tous les problèmes. Des méthodes existent pour traiter cette question. C'est difficile car il ne faut pas oublier la personne qui souffre, avec ses difficultés dans sa vie sociale et personnelle. J'ai été très impliqué dans la genèse des soins de santé primaire et j'ai commencé à travailler sur ces questions avant Alma Ata. Des exemples d'expériences menées encore actuellement et qui ont maintenant vingt ans d'âge montrent qu'on peut parfaitement associer la résolution des problèmes de l'individu à celle des problèmes de la communauté et très bien maintenir la personne dans nos perspectives, tout en ayant une approche de santé publique. Aborder saine-

ment ces questions difficiles est tout à fait possible.

UNE REALITE ENCORE DRAMATIQUE

Pour que tout le monde soit au fait de cette réalité, voici une liste de pays, le Niger avec un taux de mortalité maternelle infanto - juvénile, c'est-à-dire avant cinq ans chiffré à 253 pour mille, (chiffres publiés dans des documents officiels de l'Unicef) le Sénégal, le Togo, le Burundi... En France quatre enfants sur mille décèdent avant l'âge de cinq ans ; au Niger, un enfant sur quatre. La mortalité maternelle, c'est le drame absolu. La mort d'une gamine de quinze ans, qui au fond de sa case, sans pleurer, va mourir au bout de quatre, cinq, six jours de travail infructueux parce qu'elle n'a pas l'âge pour pouvoir mettre cet enfant au monde.

Tableau 1

Comparaison de mortalité infantile et maternelle

	Taux de mortalité	
	avant 5 ans pour mille	maternelle pour 100 000
Niger	253	648
Mali	217	580
Sénégal	116	430
Togo	108	480
Burundi	181	620
France	4	10



Le Contexte

Au Niger, on a encore six cent quarante huit pour cent mille de mortalité maternelle, en France on est à dix pour cent mille et certains pays européens sont encore en dessous. Des chiffres dramatiques pour l'Afrique, mais des chiffres qui varient d'un pays à l'autre.

Carte 1

Le Niger

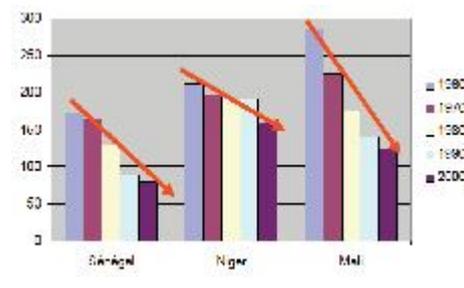


MAIS EN PROGRES CONSTANT

La situation s'améliore dans tous les pays globalement. Même dans les plus pauvres, il y a une amélioration. Le Sénégal est passé de 170 pour mille pour la mortalité infantile (avant un an), à quatre-vingt pour mille (derniers chiffres donnés). Au Niger cela avance également.

Schéma 1

Evolution du taux de mortalité infantile entre 1960 et 2000



Pas aussi vite qu'on pourrait le souhaiter, mais cela va dans le bon sens, et il est raisonnable de penser qu'on travaille de façon positive. Le monde se construit. La communauté internationale est très engagée dans ce processus. Il est difficile d'avoir des informations globales relatives aux moyens disponibles car il y a encore de grandes difficultés à faire travailler tous les pays ensemble. La « déclaration de Paris » invite toutes les institutions à travailler sur la même matrice, à travailler sur la même partition. Si chacun joue de son côté même en maîtrisant très bien son instrument sans tenir compte de l'ensemble de l'orchestre, il y a cacophonie, le résultat souhaité n'est pas obtenu. On présente ce dysfonctionnement au niveau international mais aussi au niveau local tout particulièrement au Niger.

UN ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTE INTERNATIONALE

Le Fonds mondial, créé pour la lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose dispose pour les années 2008/2010, d'un budget de 9,7 milliards d'euros. Ce sont des sommes relativement conséquentes sur ce dossier qui concerne trois maladies. La Banque mondiale dans son budget a placé 8,1 milliards d'US Dollars pour 2002. L'Unicef Niger, vient de s'engager pour 76 millions de dollars pour la période 2009/2013, l'Union européenne apporte au Niger une aide budgétaire de l'ordre de 30 millions d'euros par an. Il y a de l'argent, pas autant qu'il faudrait, mais si cet argent était optimisé dans son utilisation, nous aurions probablement de meilleurs résultats.

LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT D'ICI 2015.

Deuxième engagement, en 2000, une réunion des Nations unies a défini des objectifs à atteindre à échéance 2015 ; trois d'entre eux sont spécifiquement orientés sur les questions de santé ; l'objectif quatre, réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'objectif cinq réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle et l'objectif six, enrayer la propagation du VIH Sida et du paludisme et commencer à inverser la tendance. L'objectif paraît tout à fait réaliste et il est d'ail-



leurs en bonne voie, du moins en ce qui concerne le Sida.

La France, avec un PIB de l'ordre de 1900 milliards d'euros, n'accorde que 0,39 % de son PIB à l'aide publique au développement, réparti pour 62 % à l'aide bilatérale et 38 % à l'aide multilatérale à travers l'Union européenne par le Fonds mondial déjà cité. Il y a bien un engagement de la France mais sans atteindre le taux de 0,7 % promis depuis bien longtemps. La situation de 2009 reste optimiste à court terme : la Norvège s'est fixée pour but d'atteindre le 1 %. On sent vraiment que certains pays ont un engagement fort pour aller dans le sens de la prise en compte des problèmes de santé.

MULTIPLICITE DES BAILLEURS DE FONDS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Au Niger les principaux bailleurs de fonds interviennent aux côtés de l'Etat nigérien. Les ONG qui représentent 26 % des apports de façon générale ont représenté pour 2006, 14 millions d'euros, toutes ONG réunies. Certaines d'entre elles sont de très grosses ONG. Quand l'Unicef était présente au Niger, le budget de l'Unicef au Niger était de 4,7 milliards de francs CFA, c'est-à-dire à peu près 6 à 7 millions d'euros. Celui du Fonds mondial de lutte contre le Sida est de 11 milliards de francs CFA. Il y a beaucoup de monde sur le terrain avec des financements assez conséquents, la Banque africaine alloue au développement presque 8 millions d'euros, l'OMS 6,3 millions d'euros, la Banque mondiale 4,6 millions d'euros, la Belgique 2,2 millions et... La France intervient à travers l'AFD, l'Agence française de développement, avec une dotation de 2,3 millions pour l'année 2006.

DEUX FORMES D'AIDE AU NIGER

Au Niger, on rencontre des organisations spécialisées sur certains problèmes et c'est une préoccupation sur le terrain. L'Unicef est particulièrement orientée vers la réduction de la mortalité infanto-juvénile, le Fonds des nations unies pour les populations (FNUAP) sur la santé de la reproduction et la planification familiale, le Fonds mondial sur trois maladies, sida, paludisme, tuberculose, l'OPC, l'Organisation de prévention de la cécité, sur les problèmes de cécité, HKI, l'orga-

nisation Hélène Keller internationale, sur les questions de nutrition et d'avitaminose. L'ONG Médecins sans frontières s'est focalisée sur la nutrition. A côté des organisations qui interviennent chacune dans leur secteur, il y a aussi celles qui, de façon beaucoup plus transversale, abordent le système dans sa globalité. C'est le cas notamment de la Banque mondiale et de l'Agence française de développement (en tout cas en ce qui concerne le Niger) qui toutes les deux se retrouvent dans un fonds commun. Les deux institutions mettent leurs financements sur un compte unique ; ce compte va permettre d'aider le gouvernement à réaliser des activités qu'il a programmées dans le cadre d'une concertation avec les différents partenaires. L'Union européenne intervient quasi exclusivement avec une aide donnée au gouvernement nigérien. Cette aide n'est pas ciblée, c'est le gouvernement nigérien qui doit décider de son utilisation ; quelques indicateurs permettent simplement de suivre l'évolution. Une autre intervention que je souhaite signaler est celle de Médecins du monde qui fait un travail très remarquable sur un district sanitaire. Parmi les différentes ONG, Médecins du monde fait partie de celles qui ont vraiment pris en compte la dimension d'un système de santé en l'abordant dans sa globalité, en essayant de lui donner une cohérence, d'améliorer ses performances, de lui permettre d'avoir les capacités requises. Ainsi, à l'intérieur du système, chaque problème peut trouver sa solution.

J'insiste sur ce point parce que ce n'est pas l'image de l'ONG présente dans les médias. Dans une société de médias, il faut trouver des images qui choquent, des images qui mobilisent. Pour collecter de l'argent, et les ONG ont besoin de trouver de l'argent, elles doivent toucher au cœur les gens susceptibles de contribuer à son financement. Cette démarche est d'autant plus nécessaire pour certaines ONG qui ne sollicitent pas les subventions d'organisations internationales.

Dans ce contexte, le ministère est complètement dépassé par des organisations internationales qui souvent l'amènent dans des directions déjà établies, sans donner le temps d'analyser ce qui est proposé pour dynamiser le développement du système. A courir derrière le bailleur de fonds, d'une réunion à une



Le Contexte

autre, d'un colloque à un autre, on oublie la réflexion sur l'activité et l'efficacité sur le terrain. Je souligne ce point parce que si on parle de santé bucco-dentaire, on peut avoir une approche verticale de la santé bucco-dentaire mais je ne pense pas que l'on puisse obtenir les résultats souhaités. Si on veut arriver à ce que la santé bucco-dentaire trouve sa place, il est important que ce soit dans un système de santé solide, bien enraciné et œuvrant dans un contexte où il y a mille problèmes pour lesquels il faut savoir prendre des décisions, faire des choix.

Le système de santé, c'est très schématiquement un environnement et un système de soins. Ce sont deux choses différentes et qui font appel à des réalités différentes, des compétences différentes. L'environnement désigne le jeu général de la politique, avec, bien sûr, les conseils des professionnels. Le système de santé recouvre la disponibilité de soins de qualité, avec tout ce que cela représente en termes de financement pour atteindre la qualité requise, seule garante d'efficacité sur le terrain. Il faut y ajouter la problématique de l'accès aux soins. Pour faire émerger une vision systémique, il faut une régulation : sans régulation, les meilleures attitudes, les meilleures conduites, les meilleurs financements, les meilleurs engagements n'auront pas les résultats souhaités. La dispo-

nibilité du soin impose le financement et des ressources humaines.

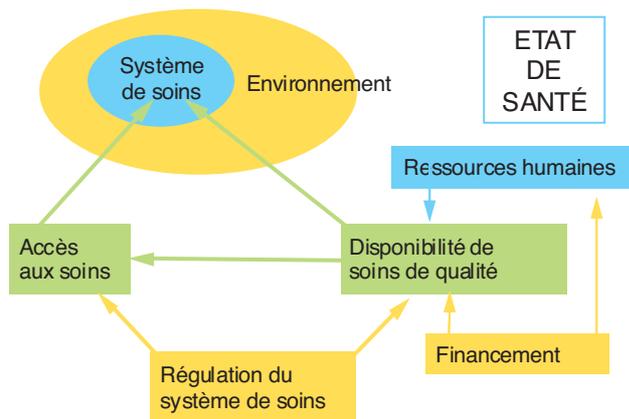
LE NIGER : L'ACCES AUX SOINS

Une vision de terrain paraît d'autant plus intéressante que chaque pays est différent. J'ai travaillé vingt-sept ans au Mali, un pays que je connais assez bien et depuis trois ans seulement, je suis au Niger. Ce sont deux pays assez proches, de même superficie, des populations qui ont à peu près les mêmes références culturelles, mais deux pays très différents. Et ce serait une faute grave de venir au Niger avec des solutions toutes faites. Dans le domaine de la santé publique, il existe deux approches : l'approche des solutions et l'approche des contextes et des problèmes. Pour moi, il est important de choisir la deuxième approche : dans quel contexte je me trouve et quels sont les problèmes ? Ensuite, je vais faire appel à ma culture scientifique, aux travaux de recherche, à tout ce qui **a été fait pour trouver la solution. Trop souvent, on est dans une logique de solutions toutes faites.**

Il est très important de ne pas oublier le contexte, de bien identifier les problèmes que l'on veut résoudre, de voir comment on va intervenir, et d'agir. Il ne s'agit pas simplement de venir avec une clef. Je suis médecin et je ne viens pas avec une ordonnance dans la poche. Ce qui m'intéresse quand je m'occupe

Schéma 2

Système de santé



d'un malade, c'est de savoir qui il est et où il vit. A partir de ce moment-là, je vais pouvoir analyser ses problèmes de santé et faire une ordonnance. C'est un petit peu comparable quand on travaille sur un système de santé, **il est relativement simple d'avoir une solution et de venir d'un pays à l'autre avec sa solution. Cela ne marche pas sur le terrain**, il n'y a pas de réaction. Alors bien sûr, on organise de grandes manifestations, on réunit beaucoup de monde, tout le monde acclame, tout le monde est d'accord, on a donné le change.

Dans ce contexte, on ne peut pas s'opposer. Personne ne peut lever la main et dire « moi je ne suis pas tout à fait d'accord ». Un jour, dans une conférence, c'était au début des soins de santé primaire, je représentais la coopération française. J'étais du côté de gens qui avaient la solution. Un représentant a dit qu'il n'était pas tout à fait d'accord, ce fut comme s'il avait prononcé une injure. Je ne dis pas qu'il avait tort ou qu'il avait raison, je pense qu'il avait le droit aussi de penser que peut-être pour son pays, c'était aller un peu trop vite. En médecine, on ne donne pas le

même traitement à deux malades différents qui peuvent avoir la même maladie, parce qu'on n'a pas en face de soi la même réalité. C'est la base même de la médecine individuelle et je pense que ne pas appliquer ce principe en santé publique est encore plus grave.

Situation des différents taux de couverture.

Le taux de fréquentation des consultations, donné en pourcentage, pour la consultation de médecine générale il est à peu près de 25 %. La couverture vaccinale DTC 3 (diph-térie- tétanos - coqueluche), est de 40 % avec les disparités rural/urbain qu'on peut imaginer. DTC 3 c'est trois injections, cela veut dire qu'il faut qu'il y ait eu trois contacts, ce n'est pas simple. Le PEV a été lancé en 1981, pour un taux de couverture vaccinale de 80 %. Il reste encore du chemin à parcourir, les choses vont dans le bon sens mais avec leurs contraintes.

Le taux de consultation prénatale (CPN) est de 46 %, 88 % en milieu urbain, ce qui dé-

Tableau 2

Comparaison des taux de couverture en milieu urbain et rural au Niger

	Niger	Urbain	Rural
Taux de fréquentation consultations	25 %		
Taux de couverture vaccinale DTC 3	40 %	62 %	35 %
Taux de couverture CPN	46 %	88 %	39 %
Taux de couverture contraceptive	5 %	18 %	3 %
Taux d'accouchement en maternité	17 %	69 %	8 %
Taux de césariennes	1 %	4,6 %	0,3 %

Source : EDS 2006

montre bien l'acceptabilité, 39 % en milieu rural c'est déjà notable dans un pays comme le Niger, quand on sait que Diffa, par exemple, est à 1500 km de Niamey (3 jours de voyage avec tous les problèmes que posent les routes).

Le taux de couverture contraceptive, gros problème au Niger, est de 5 % dont 18 % en milieu urbain (cela prouve bien qu'il y a une réceptivité du pays), en milieu rural il est à 3 %. L'accouchement en maternité : 8 % des femmes accouchent en maternité au Niger,

en milieu rural qui représente dans ce pays 80 % de la population.

On ne peut pas s'étonner ensuite d'un taux de mortalité aussi élevé. Quand on traite une hémorragie dans un village, quelle que soit la solution, ce n'est pas une accoucheuse traditionnelle qui va régler le problème. On ne peut appliquer une solution toute faite, à l'échelle de tout le pays. Au Niger, dans la région de Maradi, les densités sont quasi rwandaises, de 100, 200, 300 habitants au km². Mais dans des zones nomades, les densités de

Le Contexte

population sont de 0,1, à 2 habitants au km². On ne peut pas avoir la même stratégie dans toutes les zones, on est pourtant dans le même pays. De même, quand il s'agit de travailler sur plusieurs pays, on ne peut aborder les réalités de la même façon.

De plus, le Niger a 1200 kms de frontière avec le Nigeria. Le Nigeria est issu d'une vieille féodalité encore vivante aujourd'hui avec toutes ses implications aux niveaux politique et religieux. Lors des campagnes de polio, il y a eu énormément de problèmes, venus en particulier du Nigeria. Le Niger n'avait pas maîtrisé cette situation lorsqu'il a été avancé que les occidentaux voulaient stériliser les femmes au moyen du vaccin qu'ils distribuaient partout. Dans ce contexte, lors d'accouchements en maternité, le taux de césarienne est de 1 % pour le pays alors qu'en France il est d'environ 15 %. Les spécialistes de Santé publique considèrent que l'objectif à se donner est un taux de 5 % : 4,6 % en milieu urbain et 0,3 % en milieu rural car pour ces femmes, sans césarienne, c'est le décès assuré. Ces points sont très importants et il faut gérer cette réalité-là. Les problèmes de santé bucco-dentaire sont à résoudre par rapport à cette réalité.

L'ACCÈS AUX SOINS

L'accessibilité dépend de deux facteurs déterminants :

L'accessibilité géographique : *distance entre l'offre de soins et les populations*

L'accessibilité financière : *niveau des tarifs, ce que le patient doit payer.* La notion de tarif est différente de la notion de coût. La notion de coût, correspond à la production d'un soin et relève d'un domaine scientifique, le tarif relève d'un domaine politique. Que faire pour que les patients puissent accéder à un service coûteux parce qu'il correspond aux données scientifiques. Un médecin doit avoir des moyens pour travailler.

Il existe enfin un troisième facteur indispensable qui n'est pas directement un facteur d'accessibilité mais qui va jouer un rôle majeur, c'est **l'attractivité de l'offre de soins**. Des structures de soins qui sont très proches sont peu fréquentées et au contraire des structures éloignées sont sollicitées parce qu'il y a **un accueil**, le respect du patient, la communication, parce qu'il y a la **réputation**, **d'où le sentiment de satisfaction** que les gens en reti-

rent. Ce sont des éléments qui sont importants dans l'accès aux soins.

L'accueil, le respect, la communication, le sentiment de satisfaction des patients sont des éléments importants dans l'accès aux soins.

L'ouverture d'un poste de santé ou d'un centre de santé, ne suffit pas pour assurer une couverture médicale, et même si en terme de chiffre cela donne des ratios rassurants à présenter lors des conférences, ce n'est pas suffisant.

Le Niger a abordé le problème de l'accès géographique par la dimension donnée aux soins de santé primaire. Le président de la République, avec le fonds pour utilisation de la remise de la dette, a créé plus de 2000 cases de santé pour rapprocher les soins des populations, décision extrêmement noble qui ne pose pas de problèmes. Encore faut-il que dans ces cases de santé soient délivrées un certain type de prestations, ce qui n'est pas acquis, parce que outre les bâtiments, la qualité des hommes et des femmes qui travaillent entre en jeu et ce n'est pas simple.

Concernant **l'accès financier**, les *médicaments essentiels* se sont imposés conformément à l'initiative de Bamako, ce qui n'est pas encore une réalité en France. Heureusement que les pays du Sud disposent des *médicaments essentiels*. Par exemple, la Gentaline 80 mg coûte 2500 F CFA, c'est-à-dire 3,5 euros l'ampoule, alors que la Gentamycine exactement la même molécule coûte 200 F CFA, soit un rapport de 1 à 10. Cette disposition ne concerne pas tous les médicaments, mais c'est un point important. L'autre facteur favorisant l'accès financier est la *gratuité des soins*. Le Niger est un des pays qui s'est lancé dans la gratuité des soins, fin 2005, sur décision politique des autorités nationales. C'est un sujet dont on parle beaucoup, c'est une solution à laquelle on doit penser.

PROBLÉMATIQUE DE L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE.

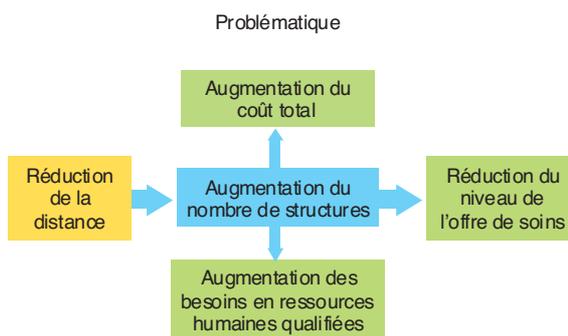
Si la distance est réduite, on augmente le nombre de structures, entraînant une augmentation du coût total qu'il faut assumer en même temps que des besoins en ressources humaines. Là se pose aussi le problème du ni-

veau des ressources humaines. Avec des étudiants de la faculté de médecine de Bamako, des centaines voire des milliers d'hygiénistes -secouristes ont été formés. Techniquement, c'est formidable et exaltant, mais cela ne peut certainement pas être la réponse universelle, c'est une réponse parmi d'autres.

Pour comparer quelques pays, j'ai choisi le Niger, le Mali, le Sénégal, le Togo, le Burundi parce qu'il y a entre ces pays de grandes différences quant à leurs superficies. Le Niger et le Mali ont une superficie d'environ 1,2 millions de km², le Sénégal de 196 000 km², le Togo de 56 000 km², le Burundi de

Schéma 3

Accessibilité géographique



27 000 km². Afin de pouvoir établir des comparaisons, je propose une correction pour le Niger et le Mali, qui présentent des zones désertiques.

Si on prend l'hypothèse de travail que toute formation sanitaire doit être, au plus,

distante de 15 km, on définit un territoire de 700 km² de surface. Ce chiffre permet de calculer le nombre de structures qu'il faudrait pour arriver à assurer une accessibilité géographique à 15 km sur la totalité du pays.

Pour le Niger, dans les zones peuplées, on

Tableau 3

Nombre de centres de santé nécessaires pour assurer l'accessibilité géographique (moins de 15 km)

Pays	Superficie km ²	Superficie habitée	Centres santé
Niger	1 268 000	653 821	934
Mali	1 242 000	621 000	887
Sénégal	196 700	196 700	281
Togo	56 785	56 785	81
Burundi	27 834	27 834	40

Surface située dans un rayon de 15 km autour d'un centre de santé : $\pi \times 15^2 \approx 700 \text{ km}^2$

obtient 934 centres de santé ; au Mali 887, chiffre à nuancer ; au Sénégal 281, au Togo 81, au Burundi 40.

Cet exemple montre qu'on peut être trop simplificateur à vouloir appliquer une solution universelle. Le Niger n'est pas le Burundi. Le Burundi est un pays dont la

superficie est comparable à celle d'un district du Niger. La plupart des districts du Niger ont plus de 27 000 km². On est dans un pays avec ses réalités qui ne sont pas les mêmes dans le pays voisin. Ensuite, lorsqu'on étudie le ratio : 934 centres de santé au Niger, pour une population de 13 millions d'habitants. On

Tableau 4

Comparaison entre pays de la population par centre de santé

Pays	Population	Centre santé	Pop/CS	Ratio
Niger	13 787 000	934	14 761	1
Mali	119 680 000	887	13 490	1
Sénégal	12 072 000	281	42 961	3
Togo	5 900 000	81	72 730	5
Burundi	8 090 000	40	203 456	15

Surface située dans un rayon de 15 km² autour d'un centre de santé : $\pi \times 15^2 \approx 700 \text{ km}^2$

obtient 14 000 habitants par centre de santé alors qu'au Burundi cela fait 203 000 habitants. C'est un simple ratio. Vous n'avez pas du tout la même situation. Si on implante un centre de santé au Togo, on a de fait une population importante autour du centre ce qui permet de concentrer les moyens, de développer. Quand le centre de santé est implanté au Niger, l'environnement n'est pas le même.

Si de plus, des mécanismes de recouvrement des coûts sont mis en place, alors là aussi on rencontre des problèmes. Il n'y a pas

une clef qui ouvre toutes les portes, chaque porte a sa propre serrure. Au Niger, le recouvrement des coûts a été entrepris.

S'il n'existe pas la même densité de population autour d'un centre de santé, les paramètres économiques restent présents. Les charges fixes, les salaires etc. sont à répartir sur une population plus faible entraînant une diminution de la productivité et une augmentation du coût unitaire. On connaît aussi ces problèmes en France... ils relèvent partout d'une décision politique.

Tableau 5

Nombre de centres de santé nécessaires pour assurer l'accessibilité à moins de 15 km

Pays	Superficie km ²	Superficie habitée	Centres santé
Zinder	155 466	155 466	222
Agadez	669 730	133 946	191
Tahoua	113 159	113 159	162
Tillabery	97 094	97 094	139
Diffa	156 791	78 395	112
Maradi	41 722	41 722	60
Dosso	33 783	33 783	48
Niamey	255	255	
Total	1 268 000	653 821	934

2. GRATUITE DES SOINS AU NIGER

La gratuité des soins, a été instaurée par décision du président de la République, selon les recommandations des experts des organisations internationales. En premier lieu la gratuité des césariennes a été appliquée, ensuite progressivement gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans, gratuité des CPN,

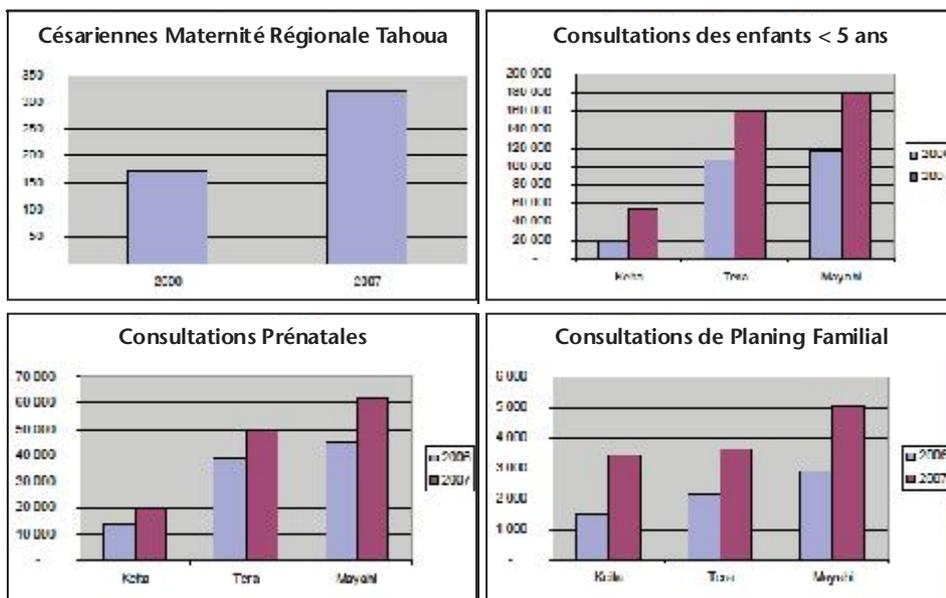
gratuité de la planification familiale. Maintenant, va être mise en place la gratuité des accouchements, qui manquait dans la logique. L'Etat nigérien a instauré, à juste titre, un mécanisme de tiers payant : le malade ne paie pas, mais quelqu'un paie à sa place, une forme de Couverture Médicale Universelle. Cette disposition est très intéressante parce

que, contrairement à ce qui est parfois objecté, l'instauration de la gratuité des soins n'a pas remis en cause le principe du recouvrement des coûts - concept important de « l'initiative de Bamako ». Les effets sont assez parlants, et apparus rapidement : le nombre de césariennes à la maternité de Tahoua, est passé en 2006 de 160 à 310, dans le district de Keita où intervient Médecins du Monde. L'augmentation de fréquentation était prévue ; encore faut-il assurer un service de qualité.

Sur ces questions de l'accès aux soins, le débat est toujours ouvert. Les soins de santé primaires, basés sur une simplification de l'offre de soins, mis en œuvre par des agents de santé communautaire avec la participation des populations permettent de réduire le coût de l'offre de soins. C'est le concept dominant, majeur autour duquel toutes les réflexions doivent se faire.

L'initiative de Bamako, après 10 ans, relance les soins de santé primaire et ajoute le concept d'appel aux médicaments essentiels

Schéma 4



génériques. Les ressources économisées par les ménages sur l'achat des médicaments pouvant être affectées au paiement du service en application du principe de recouvrement des coûts.

L'instauration d'un mécanisme de couverture maladie est également discutée, avec mise en place d'une mutuelle au « premier franc » et non pas d'une mutuelle complémentaire. Cette démarche est intéressante et semble prévaloir, dans un pays en développement, sur un système de type « sécurité sociale » à la française. Le Sénégal, le Mali s'y sont lancés depuis plus de vingt ans, la Guinée, le Burkina, le Cameroun sont dans cette

logique, le Niger a un petit programme mutualiste. Les résultats, encore limités, touchent 1 à 3 % des dépenses de santé publique, ce qui reste très marginal dans ces pays.

La tentation existe dans certains pays notamment la Côte-d'Ivoire et le Mali de mettre en place une **couverture maladie universelle**.

Des organisations appuient cette dynamique, le Bureau international du travail, la Fédération nationale de la mutualité française, la mutuelle belge. L'un des points-clé est de créer une institution qui gère un grand nombre de mutuelles pour réduire les coûts, pour introduire de la technologie, de la sécu-

Le Contexte

rité etc. ... C'est un champ ouvert, important parce que les mutuelles ont l'avantage des structures de type privé, sans but lucratif avec des règles, des obligations de gestion imposées. Enfin, les mutuelles ne pratiquent pas de sélection des risques, et sont des mécanismes participatifs avec une logique de citoyenneté, argument particulièrement fort dans le domaine de la santé.

La **gratuité des soins** donne lieu à débat actuellement dans différents pays et face à différentes situations médicales : césarienne, sida, tuberculose, urgences. La prise en charge requiert un tiers payant, et à choisir un mécanisme où les tarifs sont adaptés aux capacités financières des populations. Il ne s'agit pas d'instaurer la gratuité, mais de faire payer à hauteur de ce que les patients peuvent assumer et de compléter par une subvention. En matière de soins, la formule, **Coût = Tarif + Subvention**, est la plus simple. Si on veut baisser les tarifs, il faut augmenter les subventions.

3. LE FINANCEMENT DE LA SANTE

Comment aborder ces questions financières ? Le constat : il existe de fortes disparités entre les pays pour faire face aux dépenses de santé. C'est un premier point. Deuxièmement, il y a une prééminence des dépenses des ménages. Même au Niger, ce sont les ménages qui dépensent le plus. Il y a les partenaires techniques et financiers (PTF) avec leur logique propre : celle d'une organisation, peu importe laquelle, qui s'occupe d'un problème et s'intéresse à ce seul problème sans discernement. Prenons le cas du planning familial : parce que s'il n'y a pas de planning familial, les femmes ont 7,1 enfants dans leur vie ! On a constaté après des interventions dans les villages, que toute la population est opposante, parce que dans un milieu musulman le marabout n'a pas été bien informé, les députés non plus, alors qu'il y a des solutions. Les femmes nigériennes aujourd'hui ont besoin, et elles le savent, de planning familial. Il ne doit pas être présenté comme la limitation des naissances parce qu'elles ne sont pas dans cette rationalité-là, mais dans celle de la protection des enfants. Une femme enceinte qui accouche va allaiter son enfant, et doit allaiter le plus longtemps possible, exclusivement au lait maternel pen-

dant six mois, puis ensuite avec un complément. Le problème : si elle tombe enceinte à nouveau, elle va immédiatement sevrer son enfant qui bien souvent alors meurt de malnutrition. Voilà une situation courante dans les pays du Sahel.

Quand on rencontre, dans le village le plus éloigné, une femme qui vient d'accoucher, heureuse avec son enfant dans les bras, et qu'on dialogue avec elle et avec son mari, on entend cette réalité : elle a accouché, et grâce à Dieu, elle est là, l'enfant est là maintenant il faut que l'enfant vive... on est dans la réalité divine d'un milieu musulman.

Le médecin ou l'infirmier est perçu et entendu dans la même réalité, il peut donner des conseils parfaitement acceptés : pour que l'enfant vive, il faut un allaitement exclusif, ne rien donner d'autre que du lait à l'enfant; ensuite il faut effectuer les vaccinations et que la mère ne tombe pas enceinte. La mère et le père sont ravis d'entendre ces conseils et le planning des naissances trouve à leurs yeux une justification positive qui n'apparaissait pas dans l'objectif brutalement affirmé de limitation des naissances. Au Niger les parents veulent des enfants et s'il y a beaucoup de grossesses c'est aussi parce que beaucoup d'enfants meurent très jeunes. On perçoit combien la mortalité infanto-juvénile et la planification familiale sont deux problèmes étroitement liés. Le problème, c'est de pouvoir parler aux femmes, d'aborder aussi l'accouchement parce qu'il ne faut pas que les femmes souffrent.

Peut-être au Togo ou ailleurs, faudrait-il aborder ce problème autrement. C'est un choix stratégique issu d'une réflexion. Et les partenaires techniques et financiers (PTF) doivent s'adapter aux choix faits par le pays.

Et puis il y a aussi la logique administrative selon laquelle la politique consiste à dépenser les ressources disponibles. L'expérience montre que chaque partenaire ne peut à lui seul résoudre un problème et que l'objectif n'est pas que chacun finance une action ciblée mais que tous les partenaires assurent ensemble l'équilibre des comptes dans une politique globale. Réduire la mortalité infanto-juvénile requiert un budget conséquent qui ne peut être réuni qu'en mobilisant les ressources de l'Etat, des familles et des partenaires techniques et financiers (PTF).

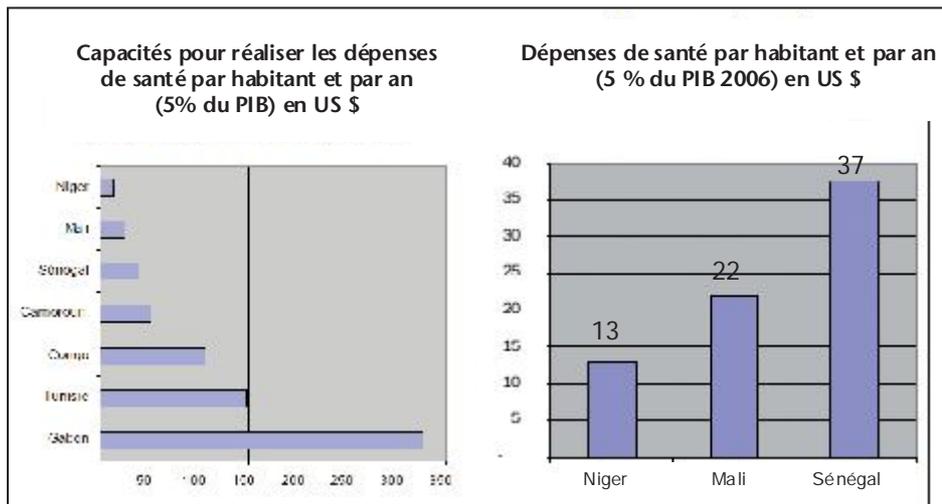
Les grandes disparités entre les pays

La France, consacre 10,9 à 11 % du PIB aux dépenses de santé (y compris la recherche) et 8,6 % du PIB pour les seules dépenses de soins, soit 2500 euros/habitant. Si 5% du PIB

est consacré à la santé dans trois pays du Sahel, le quotient par habitant donne des chiffres très différents :

13 dollars par habitant au Niger, 22 dollars par habitant au Mali, 37 dollars par habitant au Sénégal, alors que les mêmes objectifs

Schéma 5



sont à atteindre : diminuer la mortalité maternelle et infanto-juvénile...

A l'évidence, le Niger a besoin de plus d'argent que le Sénégal si on se réfère à l'immensité de son territoire et plus encore si on se place dans la logique d'équilibre des comptes, mais les bailleurs de fonds ne raisonnent pas ainsi.

Une prééminence des ménages.

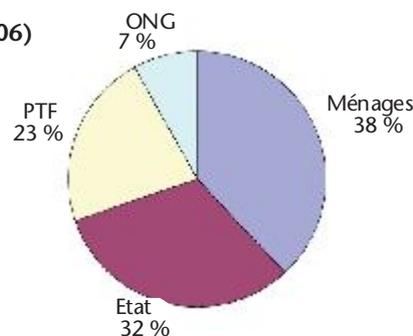
Selon les comptes nationaux 2006, les dépenses de santé du Niger se sont élevées à 116 milliards de FCFA (environ 150 millions d'euros) et réparties entre les ménages 38%, l'Etat 32%, les partenaires techniques et financiers 23%, les ONG 7%.

Les ménages avec 38%, sont le premier contributeur aux dépenses de santé du pays.

Schéma 6

Répartition des dépenses de santé au Niger (2006)

	2006	
	Mds FCFA	%
Ménages	44	38 %
Etat	34,7	32 %
PTF	27,6	23 %
ONG	9,7	7 %
Total	116	100 %



Le Contexte

Ce constat justifie les études menées actuellement sur les mutuelles. Le principe est de drainer vers des mécanismes de mutualisation les sommes affectées à la santé par les ménages, et de prendre en charge le patient lorsqu'il est malade. Voilà une orientation extrêmement intéressante. A l'image des mutuelles de producteurs de coton du Mali, une étude est conduite actuellement au Niger avec les agents de l'Etat. La création d'une mutuelle de fonctionnaires apporterait 4,8 milliards de francs CFA soit plus du 1/10^e des dépenses de santé de l'Etat. On ne peut ignorer que, si cette disposition ne touche que 15% ou 20% de la population, elle lance une dynamique, apporte la sécurité aux agents de l'Etat et valorise la fonction publique. La protection sociale est un point important et si on pose le problème de la santé bucco-dentaire on perçoit très bien que les agents de l'Etat, les agents de la Société des eaux, les agents des entreprises, la jeune fille de dix-huit ans qui rentre dans la fonction publique etc., ont des exigences et que la mutualisation peut être un moyen de financer ces dépenses.

La prééminence des Partenaires Techniques et Financiers

Il y a eu de grandes options au niveau mondial sur les soins de santé primaire, l'initiative de Bamako etc. qui sont extrêmement riches

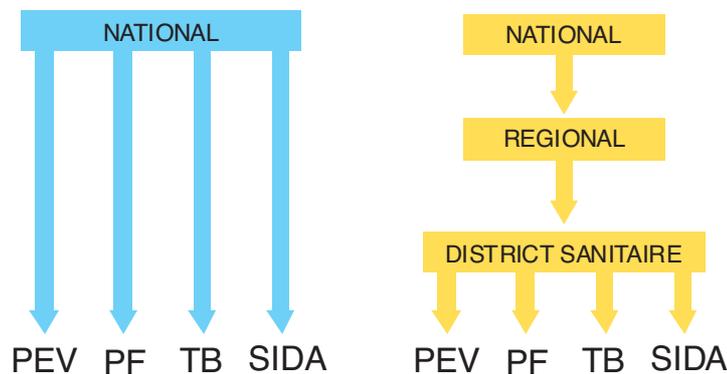
et importantes. Elles sont apportées à tous les pays par des grandes conférences internationales, par des armadas d'experts. Mais on peut regretter une certaine « soviétisation » de l'aide internationale, une trop forte tendance à la verticalité. Par exemple, on cible le sida, ou la mortalité maternelle, on développe des centres partout et après... se posent des problèmes de fonctionnement, d'approvisionnement etc.

Les médias participent à l'amplification des réactions psycho-affectives dans certaines situations avec pour effet d'oublier l'importance du système de santé qui supporte pourtant toutes les luttes contre les grandes affections.

La verticalité est un vrai problème aujourd'hui, on doit travailler davantage sur une vision systémique. Rapprochons nous des systèmes de santé. On va pouvoir faire une lutte contre le sida, une lutte contre la mortalité maternelle, une lutte pour la santé bucco-dentaire efficace. C'est l'importance du système de santé qui supporte toutes les luttes. C'est le système qui fait que cela marche : le personnel est engagé et motivé, le système est géré, l'argent tourne, le matériel est amorti, renouvelé. Les 13 dollars par personne et par an du Niger, vont être optimisés et à ce moment-là les bailleurs de fonds viendront d'autant plus facilement aider que l'argent investi sera bien utilisé.

Schéma 7

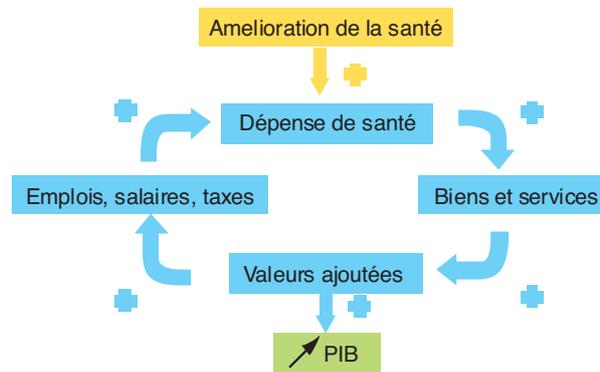
Verticalité/approche systématique



Où trouver les ressources nécessaires ?

Schéma 8

Choix de société, choix économique, choix politique



C'est un choix de société qui débouche sur des choix économiques, sur des choix politiques. Améliorer la santé, c'est augmenter les dépenses de santé, indiscutablement, mais augmenter les dépenses de santé c'est permettre une augmentation des biens et des services, c'est augmenter la valeur ajoutée, c'est faire du produit intérieur brut, c'est créer des richesses, dans le système ambiant, créer des emplois, créer des salaires qui vont permettre de réalimenter les dépenses de santé. On est dans un secteur où l'approche économique nous permet justement d'avancer de façon positive, alors que si on reste dans une approche strictement technique médicale, on sera toujours en train de dire, que l'on manque de moyens.

4. LES GRANDS ENJEUX

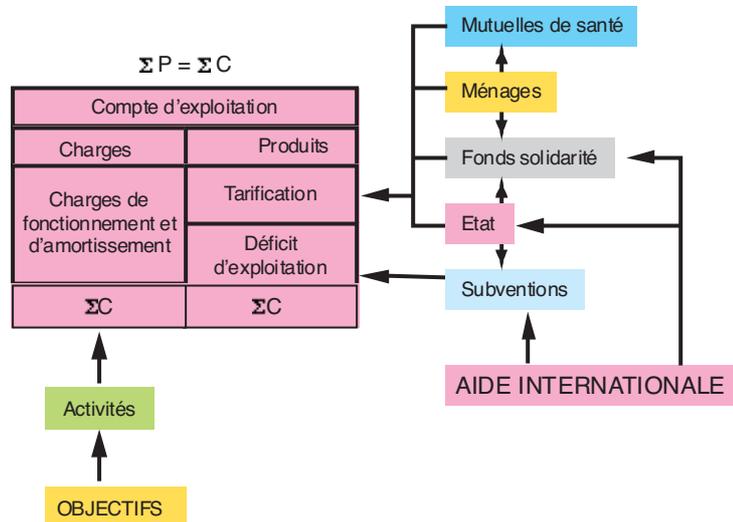
Avant tout, il faut structurer les interventions pour la réalisation du service public de santé. Le service public de santé est fondamental afin d'assurer l'accès de l'ensemble de la population à des soins essentiels de qualité produits aux meilleurs coûts. Pour cela, il faut définir le rôle de l'Etat qui dans un rôle de direction, de subventions, de régulation (à partir d'informations, il peut modifier ses directions, modifier ses subventions), de formation, de recherche et avoir une logique de résultat.

Quand on veut atteindre les objectifs, on réalise des activités, ces activités débouchent sur des charges, mais ces charges doivent être équilibrées. Il faut que la somme des charges soit égale à la somme des produits. Donc, on a une tarification qui viendra soit des mutuelles de santé, soit des ménages, soit d'un fonds de solidarité. Le fonds de solidarité est aussi un mécanisme qu'on peut mettre en place pour les personnes les plus démunies. Au Niger, pays musulman, l'un des sept piliers de l'Islam est la zakat : obligation d'aider les démunis. C'est une piste de travail : comment utiliser la zakat ? C'est plus facile à dire, qu'à réaliser parce que les personnes démunies, ne sont pas facilement identifiées. L'Etat aussi, pourra intervenir dans la tarification. L'Etat intervient au Niger, il a créé un fonds pour prendre en charge le tiers-payant. Le déficit d'exploitation est constitué par la différence entre les produits et les charges. Il est couvert par des subventions qui viennent de l'Etat, et de l'aide internationale. L'aide internationale doit pouvoir alimenter à la fois l'Etat : c'est l'aide budgétaire, que donnent essentiellement l'Union européenne, la Banque mondiale et la France. La France est en train de signer une nouvelle tranche d'aide au Niger, d'aide budgétaire, dont une partie est ciblée sur la gratuité des soins.

Un point important consiste à passer d'une logique administrative à une logique

Schéma 9

Assurer l'équilibre des comptes



managériale. Nous avons hérité d'un système très administratif où l'égalité est dominante. Le règlement est dominant au point qu'il est plus important qu'il soit appliqué que de voir si le résultat est atteint. C'est un changement de culture complet de rentrer dans cette logique managériale pour passer d'un modèle dirigé à un modèle régulé dans lequel on introduit une évaluation. C'est l'évaluation qui permet au système de se réguler. En France, la création de l'ANAES devenue la Haute autorité de santé, a marqué une importante évolution du système de santé français.

Prenons l'exemple du Programme élargi de vaccination (PEV) visant à élever le taux de couverture vaccinale de 25 %. Dans une logique administrative, on va lister toutes les dépenses : les achats de réfrigérateurs, les frais de déplacement, les frais de communication. L'objectif se limite à une bonne utilisation de l'argent. Dans la logique managériale, on aborde le problème sous un autre angle en considérant le système de soins comme un ensemble d'unités de production avec des formations sanitaires, des centres de santé, des hôpitaux, des districts sanitaires; il faut comptabiliser l'ensemble des charges, prendre en compte la diversité des services rendus par chaque agent, par chaque équipement, prendre en compte les

économies d'échelle ...les coûts unitaires ne sont pas les mêmes dans un bloc opératoire pour 30 interventions chirurgicales ou pour 3000 interventions annuelles .

C'est un débat d'actualité en France sur les maternités, qui recouvre à la fois le problème financier, le problème des compétences et le problème de l'accessibilité aux soins dans une logique d'obligation de résultat et d'équilibre des comptes.

Dans la conception managériale, un autre élément important est la signature de contrats de service public. En France, on a des contrats d'objectifs et de moyens entre l'Etat et les hôpitaux, ce qui nécessite une évaluation de la Haute Autorité de Santé.

C'est très important et la mise en place de structures d'évaluation doit être créée dans le système de santé du pays. On comprend bien que l'Union européenne a ses propres mécanismes mais le Niger doit avoir ses structures d'évaluation. L'Etat et le responsable de la zone sanitaire vont signer ensemble un contrat sur les objectifs à atteindre. Par exemple, l'étude des coûts unitaires par zone permet de dire que la vaccination d'un enfant coûte 2000 FCFA, le contrat va stipuler qu'on s'engage à atteindre 70 % de couverture vaccinale pour un coût de 2000 FCFA. Le coût total (200 000 habitants X par 5 %, = nombre



d'enfants, X par 2000 par 70 %) s'élève à 14 millions, et donc un contrat de 14 millions est signé. Puis l'Etat et le partenaire vont évaluer le taux réellement réalisé qui va être de

50 % ; le paiement ne sera que de 11 millions. Sans une logique de résultat, on aurait dépensé 14 millions soit une dépense de 3 millions injustifiée.

Schéma 10

Approche managériale

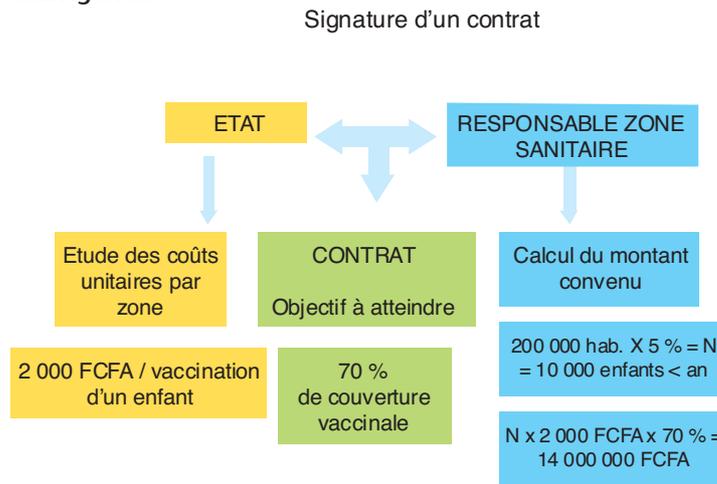
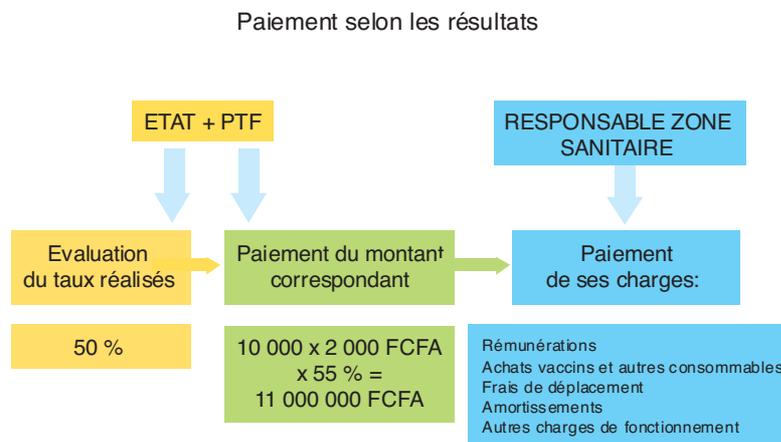


Schéma 11

Approche managériale



Le responsable de la zone sanitaire, ayant reçu ces 11 millions, va pouvoir assurer les rémunérations, acheter les vaccins à une centrale d'achats... On introduit ainsi la logique de résultat, c'est sa responsabilité, il devient responsable de l'opération y compris des rup-

tures de stock ! On peut, de cette façon-là, aborder les problèmes les plus courants : fistule obstétricale, trépanocytose, tuberculose...

Un schéma d'organisation qui peut être établi pour que les aires de santé faisant ap-



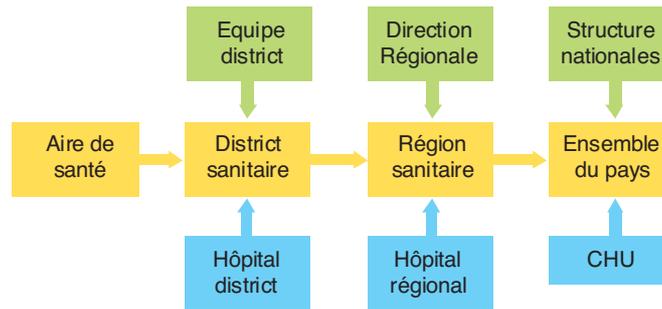


Le Contexte

paraître leurs besoins d'équilibre au niveau des districts, au niveau régional et puis au niveau national, puissent bénéficier d'une distribution régulière.

Schéma 12

Schéma d'organisation



En conclusion il faut souligner ce qui paraît le plus important :

- La **contractualisation** soutenue par l’OMS et qui va nécessiter un changement de culture complet,
- L’**évaluation** mise en place par une structure nationale,

- L’**introduction de la notion d’amortissement**, en créant un fonds d’investissement pour la santé,
- La **mise en place la couverture maladie**,
- Le **paiement par l’Etat du service public** par la création d’un fonds de paiement du service public.





Etat des lieux et réponses de l'aide au développement





Chap

chapitre 2

Université et développement

Axel Kahn

L'université Paris Descartes est heureuse de contribuer à votre action en faveur des populations des pays en développement. Lorsque j'ai été contacté pour trouver une solution permettant à votre association, Aide Odontologique Internationale, d'installer ses locaux à la faculté de chirurgie dentaire, je n'ai pas hésité. J'ai demandé au doyen, Bernard Pellat, de bien vouloir accepter et cela, au-delà des raisons personnelles, pour trois motifs précis :

- Le premier, notre université s'intéresse bien évidemment à l'odontologie puisqu'elle a l'une des grandes facultés de chirurgie dentaire du pays.
- Deuxièmement, à l'université Paris Descartes, nous sommes attachés à la continuité, je devrais dire au rétablissement de la continuité entre l'apprentissage des métiers des soins dentaires d'avant l'intégration dans les universités et toute la tradition universitaire. Avec plusieurs de nos collègues, nous sommes totalement convaincus que la formation et l'apprentissage de ces métiers, doivent être intégrés à l'enseignement supérieur. Vous connaissez la définition de l'enseignement supérieur : c'est un enseignement adossé à la recherche, capable à la fois de transmettre des savoirs mais également de contribuer à les enrichir.

Par ailleurs, il existe une continuité thématique. Les problèmes dentaires sont parmi les grands problèmes de santé publique. Le mauvais état dentaire contribue à tous les signes et à toutes les complications de la pauvreté, que ce soit dans nos pays ou dans les pays en voie de développement, et la manifestation dentaire de la pauvreté est facteur de maladies supplémentaires, affections somatiques et sociales. Nous savons combien, pour quiconque fait une demande d'emploi, l'état dentaire est un élément fondamental. Il y a aussi tous les problèmes de santé publique, puisqu'il s'agit de la porte d'entrée de nombreuses maladies et de l'aggravation de problèmes nutritionnels. Nous sommes passionnés par le vieillissement qui est associé à des problèmes dentaires surtout dans le cadre de difficultés économiques. La denture est également un merveilleux modèle de développement et nous sommes dans cette université - la plus grande université française en termes de biologie, médecine, pharmacie, une des plus grandes universités mondiales et européennes en ce domaine - nous sommes également très intéressés par le merveilleux modèle que constitue la croissance des phanères, la différenciation en général et toute la morphogenèse, l'embryogenèse, l'ontogénèse, la dentition.



Le contexte

• Et puis, il existe une autre raison, dans «université», on entend aussi «universel», ce qui doit se comprendre de différentes manières.

La première est la pluridisciplinarité ; est universel, au sens universitaire du terme, un établissement d'enseignement supérieur qui est capable d'aborder des questions importantes par tous leurs aspects : scientifiques, techniques, sociologiques, philosophiques, juridiques, économiques. Notre université est pluridisciplinaire. Universel renvoie également à l'universalité des droits et des personnes telle qu'elle est défendue par les manifestations de la solidarité. Une université se doit d'enrichir, de transmettre des savoirs, de contribuer à l'animation y compris économique de son tissu national et de son tissu régional. Elle se doit également de tisser des liens, pas simplement avec les pays les plus développés sur le plan universitaire, mais aussi avec tous les pays parce que le partage du savoir et la manifestation de la solidarité correspondent à un incontestable devoir collectif. C'est la raison pour laquelle notre université, dans le cadre de la préparation de son programme quadriennal qui se déroulera entre 2010 et 2013, a créé un institut Paris Descartes de formation et de recherche pour

le développement et la solidarité internationale. Cet institut de recherche Paris Descartes comporte plusieurs unités mixtes de recherche de l'INED pour la démographie, de l'IRD pour la recherche en développement, en association également avec l'Inserm, pour travailler sur les problèmes dans les pays en développement mais également pour participer à la formation des professionnels de ces pays. Le but est de permettre à tous les pays en développement de se prendre en main grâce au partage des savoirs, grâce à la formation de leurs jeunes, à l'amélioration de la formation de leurs élites.

Cette réunion, à l'occasion de votre vingt-cinquième anniversaire, est pour moi l'occasion de redire combien cette action m'apparaît essentielle, l'une des actions prioritaires de notre université. Je me réjouis réellement de ce que la qualité des intervenants, les sujets à traiter, témoignent de la réalité de l'engagement, de l'importance que vous accordez à ce problème et à cette action.

Croyez que l'université Paris Descartes vous aidera comme elle peut le faire, sera solidaire de votre action généreuse, solidaire aussi de tous les pays en faveur desquels vous vous mobilisez.









Chap

chapitre 3

Défis pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement

Poul Erik Petersen

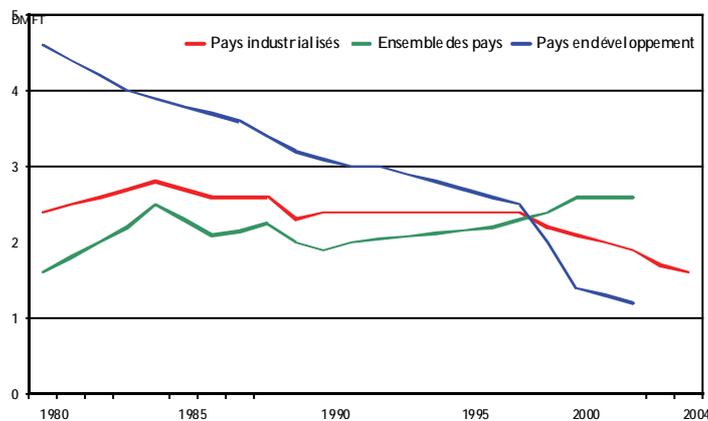
Le programme de santé bucco-dentaire de l'OMS a travaillé ces cinq dernières années à améliorer la prise en compte de la santé bucco-dentaire à travers le monde et à ce qu'elle soit mise à l'ordre du jour de la politique et des décideurs. La santé bucco-dentaire est une composante importante de la santé générale et de la qualité de vie. Les pathologies bucco-dentaires sont toujours un problème important de santé publique dans des pays à revenus élevés et leur charge augmente dans beaucoup de pays à revenu faible

et moyen. Dans de nombreux rapports, l'OMS a formulé des directives et des actions nécessaires pour améliorer la situation. La stratégie repose sur la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire à intégrer à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé, les risques pour la santé étant liés. En outre, des services de prévention efficaces doivent être disponibles et accessibles à toute la population dans les pays.

Cependant, le progrès pour un monde en

Schéma 1

Comparaison de l'évolution de la carie entre pays en développement et pays industrialisés





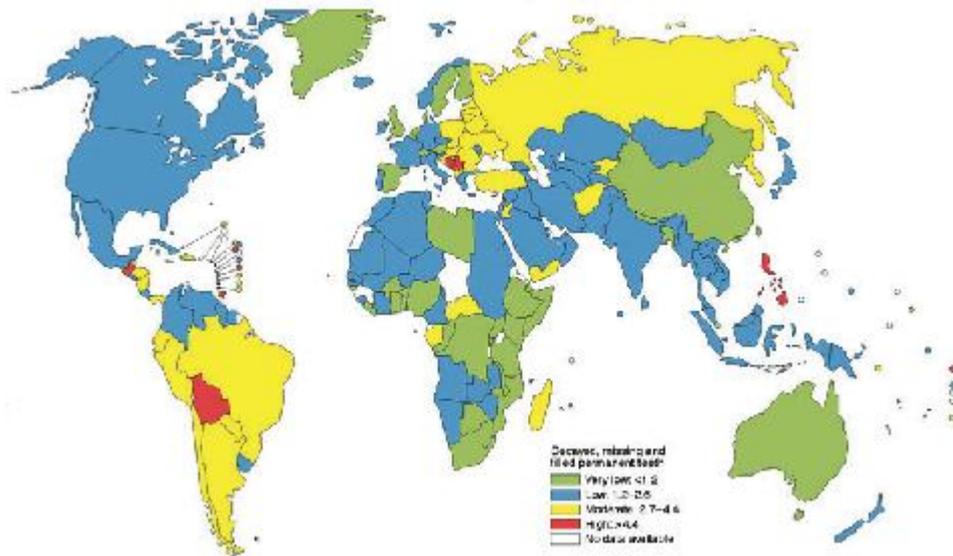
Le Contexte

meilleure santé exige une action politique forte, une large participation et une recommandation soutenue. Pour la première fois en 25 ans, la santé bucco-dentaire a été mise en discussion en 2007 au conseil exécutif de l'OMS et à l'Assemblée Mondiale de la santé, - les deux instances dirigeantes de l'OMS.

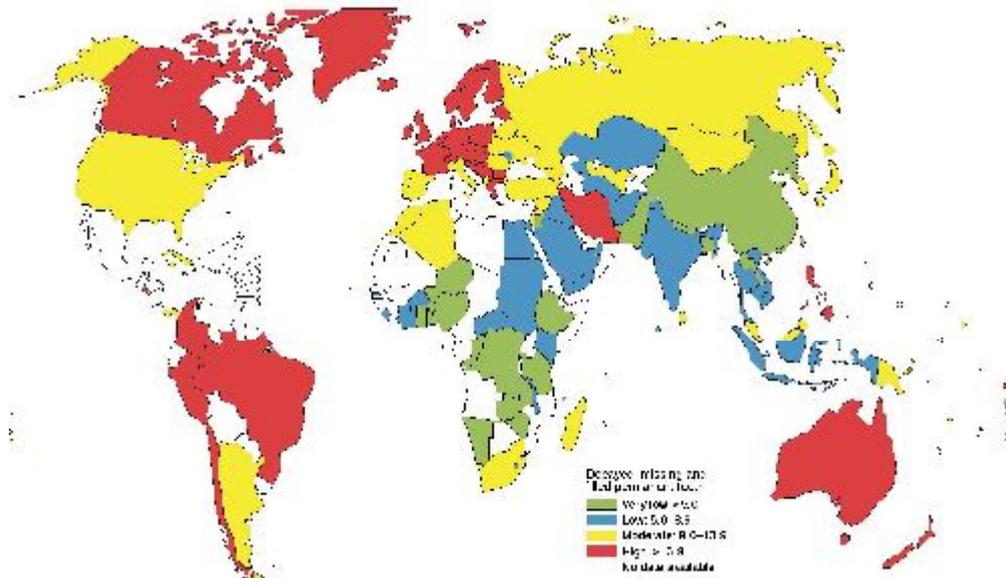
Les Etats membres ont arrêté un plan d'action et intégré la prévention, confirmant de ce fait l'approche du programme de santé bucco-dentaire. C'est une base pour les autorités de santé publique dans le développement futur ou l'ajustement des programmes au niveau, global, régional ou national.

Carte 1

Indices de carie (CAOD) dans le monde à -12 ans (OMS)



Indices de carie (CAOD) dans le monde à 35-44 ans (OMS)



Rapport sur la santé bucco dentaire dans le monde - OMS-2003.





Défis pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement

La résolution se concentre sur plusieurs questions clés, comme :

1. L'intégration de la santé bucco-dentaire dans les politiques nationales de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé générale,
2. L'augmentation des budgets pour la santé bucco-dentaire,
3. L'utilisation des méthodes basées sur des preuves dans les programmes de santé bucco-dentaire,
4. Délivrer des soins de santé bucco-dentaire primaires à toute la population, et plus particulièrement pour les personnes défavorisées,
5. L'utilisation efficace des fluorures, leur administration automatique et un dentifrice fluoré de qualité,
6. Une prévention efficace du cancer buccal, impliquant les professionnels de la santé bucco-dentaire ou les personnels de soins de santé primaire avec une formation appropriée pour la détection, le diagnostic, le traitement précoce et la référence pour traitement.
7. Une prévention de la double charge de la maladie bucco-dentaire pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et la promotion de la santé et de leur qualité de vie,
8. La promotion de la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes dans les écoles
9. La promotion de la santé et la qualité de vie des personnes âgées.

Le rapport de l'OMS a plusieurs implications importantes visant l'intervention de santé publique, le développement et l'ajustement des services de santé bucco-dentaire ainsi que la recherche. Il montre les responsabilités à différents niveaux, incluant la profession dentaire aux niveaux national et international, les chercheurs, les organisations non gouvernementales, les administrateurs de santé publique, en particulier les responsables de la santé bucco-dentaire, les ministères de la Santé, et l'OMS.

Je saisis l'occasion pour souligner quelques défis importants pour le contrôle des maladies bucco-dentaires dans les pays en développement et l'amélioration permanente de la santé.

L'attention portera sur :

1. La santé bucco-dentaire et la capacité des systèmes de santé,
2. La politique de santé bucco-dentaire,

3. Les échanges d'expériences pour le développement des systèmes de santé bucco-dentaire,
4. Les groupes cibles importants pour la promotion de la santé bucco-dentaire,
5. Les stratégies de la santé publique bucco-dentaire pour une meilleure santé
6. La recherche en santé bucco-dentaire.

1. LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET LA CAPACITÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Dans une perspective globale, le poids de la maladie « carie dentaire » est actuellement relativement faible dans beaucoup de pays en développement ; cependant, son incidence se développe rapidement compte tenu des changements de style de vie pouvant en affecter la qualité. Les risques des maladies bucco-dentaires telles que la carie dentaire, les maladies parodontales, la perte des dents, et le cancer buccal, sont liés à l'évolution de l'alimentation, à la consommation de tabac, à l'accès limité aux équipements sanitaires et à l'eau potable, et au manque de tradition d'hygiène bucco-dentaire.

Les soins dentaires ne sont ni disponibles, ni accessibles à la population générale dans la majorité de pays en développement. C'est en particulier le cas pour les pays pauvres de l'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique. Les pays d'Afrique subsaharienne ont un manque critique de personnel en santé bucco-dentaire. Les soins sont généralement dispensés dans des hôpitaux situés dans les centres urbains tandis que des soins limités sont offerts dans des régions rurales éloignées. L'utilisation des services est souvent dictée par les symptômes, et les services sont la plupart du temps orientés vers le soulagement de la douleur.

L'activité visant à encourager les communautés désavantagées, est de les aider dans leur besoin aigu de soins et à assurer l'introduction de la prévention et de la promotion de la santé. En plus, pour améliorer la disponibilité du personnel de santé bucco-dentaire dans les pays en développement, des professionnels de santé primaire formés en santé bucco-dentaire peuvent jouer des rôles importants dans la communauté et fournir des soins essentiels à la population depuis les dispensaires ou les postes de santé.



2. POLITIQUE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Le manque de services de santé bucco-dentaire dans des pays à revenu bas ou intermédiaire reflète fortement la faible priorité pour la santé bucco-dentaire pour les décideurs dans ces pays. Le personnel de santé bucco-dentaire n'est pas toujours disponible au sein des ministères de la santé dans de nombreux pays. Cette absence a une influence négative pour le plaidoyer de la santé bucco-dentaire. Dans la politique de santé bucco-dentaire, une importance continue doit être accordée aux soins de santé bucco-dentaire primaires intégrés, selon le concept des soins de santé primaires de l'OMS axé sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie plutôt que sur le traitement traditionnel. Les solutions occidentales basées sur des soins dentaires restaurateurs sophistiqués - s'étendant des obturations dentaires, des couronnes et des bridges au traitement ART (Atraumatic restorative treatment) - reflète non seulement un concept démodé, mais également des approches peu réalistes et d'importance limitée pour la santé publique dans les pays en développement.

De plus, dans les pays en développement, les budgets pour la santé bucco-dentaire doivent être augmentés d'urgence et cela reste un défi pour les décideurs politiques et les autorités de santé publique de rendre les soins de santé bucco-dentaire accessibles aux tranches pauvres de la population. Le coût des soins de santé bucco-dentaire est extrêmement élevé pour les personnes défavorisées et les soins sont la plupart du temps limités au niveau des soins d'urgence. L'établissement de systèmes bucco-dentaires financièrement justes prenant en compte la prévention est un besoin urgent.

L'occasion d'accéder à la santé bucco-dentaire dans la politique sanitaire nationale doit également être vue à la lumière du rapport 2008 de santé du monde de l'OMS sur les soins de santé primaires (SSP). Le processus de renouvellement lancé à l'Assemblée Mondiale de la santé en mai 2009 encourage tous les pays à s'engager dans quatre formes des soins de santé primaires :

- Réformes de la couverture universelle pour améliorer l'équité,
- Réformes des prestations de service pour axer les systèmes de santé sur la personne,

- Réformes des directions pour rendre les services de santé plus sûrs,
- Réformes d'ordre public pour favoriser et protéger la santé des communautés.

3. ÉCHANGE D'EXPÉRIENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE SYSTÈMES DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Il est primordial que les expériences nationales en santé publique soient partagées entre les professionnels de la santé et les décideurs des différents pays. Si des expériences positives et négatives de promotion de santé, de prévention et de services sont échangées, il est possible d'améliorer l'état de santé et les styles de vie de la population dans les pays en développement. Dans beaucoup de pays à revenu faible ou moyen, les professionnels de la santé bucco-dentaire travaillent de manière isolée. Des réseaux de personnels doivent être établis pour que le dentiste puisse intégrer son travail dans un ensemble. Des programmes de formation permanente utilisant les technologies modernes de l'information sont à développer en les centrant sur les besoins de soins de santé bucco-dentaires des populations des pays en développement, combinés avec la formation sur des travaux de terrain axés sur la prévention intégrée et la promotion de la santé.

4. GROUPES CIBLES IMPORTANTS POUR LES PROGRAMMES DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRES

Enfants et jeunes

Le poids des pathologies bucco-dentaires et des maladies chroniques est important pour les enfants dans le monde entier, et le programme de promotion de la santé à l'école a prouvé que c'était la stratégie la plus efficace de santé publique pour atteindre la santé pour tous.

Dans les pays en développement, la promotion de la santé dans les écoles contribue à assurer un environnement de santé, incorporant l'accès à l'eau potable et aux équipements sanitaires. La cible des enfants et des adolescents dans les écoles offre des opportunités excellentes pour développer des styles de vie sains, et l'école est un lieu propice pour des activités relatives à la prévention bucco-dentaire, telles que l'hygiène buccale et l'ad-



Défis pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement

ministration de fluorure. La fourniture de soins de santé à l'école peut être organisée. Le niveau dépendra des ressources disponibles, et de la volonté politique des autorités sanitaires nationales et des décideurs politiques.

Personnes âgées

Globalement, le nombre et la proportion de personnes âgées augmentent rapidement, et c'est de plus en plus le cas pour les pays en développement. Dans certains pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, l'état de santé bucco-dentaire des personnes les plus âgées est extrêmement mauvais et les pourcentages de perte de dent ont atteint des niveaux élevés et avec un impact principal sur la qualité de vie. Aussi, les taux de cancer de cavité buccale sont relativement élevés dans certains pays principalement dûs à la consommation croissante du tabac.

Les futurs programmes nationaux de santé bucco-dentaires doivent satisfaire les besoins des personnes plus âgées par l'établissement de soins de santé primaire bucco den-

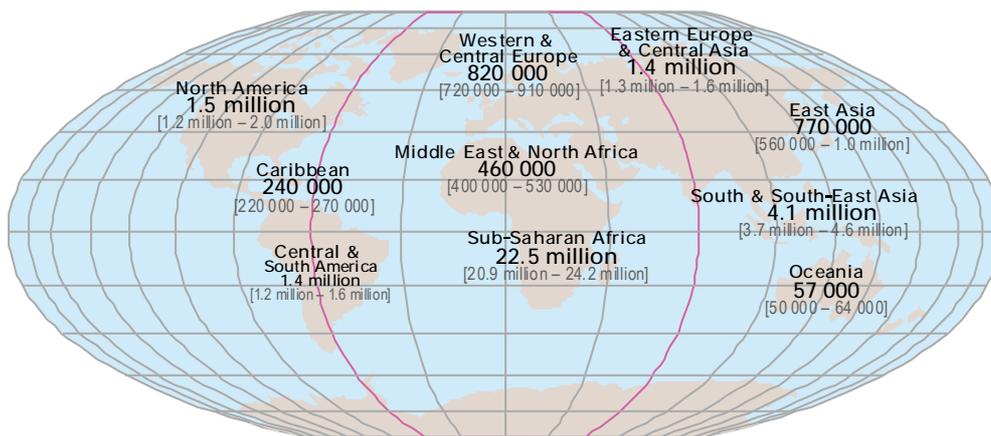
taires. Quant à la prévention du cancer buccal, les professionnels de santé primaire avec une formation appropriée peuvent effectivement aider au dépistage précoce, au soin initial et à la référence pour un traitement adéquat.

Les personnes vivant avec le VIH SIDA

Dans la majorité de pays pauvres en Afrique et en Asie peu d'attention est accordée à la santé bucco-dentaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui se rendent moins compte des manifestations buccales de l'infection que des symptômes généraux. Les personnels de la santé primaire avec une formation appropriée doivent être impliqués si les professionnels de la santé bucco-dentaire ne sont pas disponibles. Généralement, les personnels de la santé primaire, formés par les professionnels de la santé bucco-dentaire, seront nécessaires pour s'engager dans la promotion de la santé bucco-dentaire, la prévention, le dépistage précoce des lésions, l'urgence et le soin de base et la référence pour les soins adéquats.

Figure 1

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2009



Total : 33.3 millions [31.4 millions - 35.3 millions]



Le Contexte

5. STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE POUR UNE MEILLEURE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Le programme de santé bucco-dentaire de l'OMS a décrit les principales stratégies pour la promotion de la santé bucco-dentaire et intégré la prévention au 21^e siècle. Les approches de facteurs de risques communs et les activités menées par la population sont des clefs pour une meilleure santé. Ces stratégies devraient être adoptées par les autorités sanitaires nationales dans tous les pays. Elles ont une pertinence particulière pour les pays en développement ayant une capacité limitée des systèmes de santé bucco-dentaires. Dans les pays en développement, les autorités de santé publique ne doivent manquer aucune occasion d'intégrer la prévention bucco-dentaire aux programmes de santé générale existants.

Dans les pays en développement, les autorités de santé publique ne doivent manquer aucune occasion d'intégrer la prévention bucco-dentaire aux programmes de santé générale existants

Par exemples :

La prévention de la carie dentaire est liée aux programmes de nutrition pour une alimentation saine : pour la prévention, réduire la consommation de sucre, assurer la mise en place d'une fluoruration efficace automatique (eau, sel ou lait), avec un accès au dentifrice fluoré de qualité.

La prévention des maladies parodontales

doit être liée aux programmes de prévention du diabète, en plus des programmes d'hygiène bucco-dentaire appropriés.

La prévention des lésions buccales liées au VIH/SIDA doit être incorporée aux programmes nationaux de prévention du VIH / SIDA et aux soins de santé primaires.

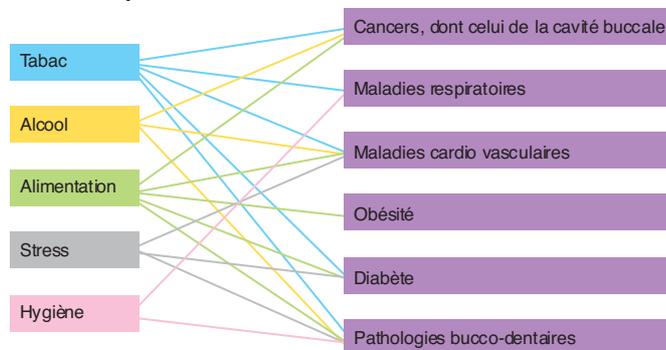
L'efficacité de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de santé est évidente. Le défi pour les autorités de santé nationales et les personnels soignants est de la traduire en pratique au profit des personnes désavantagées. L'abondance des preuves sur la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire est aussi valable en santé publique. Cette preuve donne la direction pour les planificateurs et les personnels de santé pour l'organisation et la mise en œuvre de programmes de santé bucco-dentaires appropriés.

6. RECHERCHE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La recherche est un moyen incontournable pour générer de nouvelles connaissances en sciences biomédicales et sociales qui contribuent à la santé publique. Essentiellement, les étiologies des maladies bucco-dentaires sont connues et la priorité principale pour de nouvelles recherches porte sur la politique de prévention et l'efficacité des programmes. Les avancées de la science et des connaissances en santé bucco-dentaire ne bénéficient pas encore aux populations des pays en développement dans la plus large mesure possible.

Figure 2

Santé et facteurs de risques communs





Défis pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement

Les disparités économiques, la volonté politique, les ressources et les possibilités scientifiques, ainsi que la capacité d'accéder aux réseaux de l'information ont élargi le fossé de la connaissance entre les pays riches et pauvres. Établir et renforcer la capacité de recherches est l'une des stratégies les plus efficaces, les plus décisives et soutenables pour permettre aux pays en développement de tirer bénéfice des avancées de la connaissance, en particulier par la promotion de réseaux de recherche bucco-dentaires entre pays. La communauté internationale de recherche et le programme de santé bucco-dentaire de l'OMS peuvent renforcer la recherche pour, avec et par les pays en développement de plusieurs manières :

- Soutenir les initiatives qui renforcent les capacités de recherche dans les pays en développement de sorte qu'elles soient identifiées comme base de politique de santé bucco-dentaire,
- Encourager les programmes de formation à la recherche dans les pays à faible revenu basés sur des collaborations transversales,
- Soutenir les universités et les instituts de recherche dans les pays en développement avec un accès facile à la littérature scientifique sur la santé bucco-dentaire et à celui en ligne des articles scientifiques et des rapports tel que le site initié par l'OMS (HINARI) WHO initiated Health InterNetwork Access to Research Initiative (HINARI) www.who.int/hinari/en.

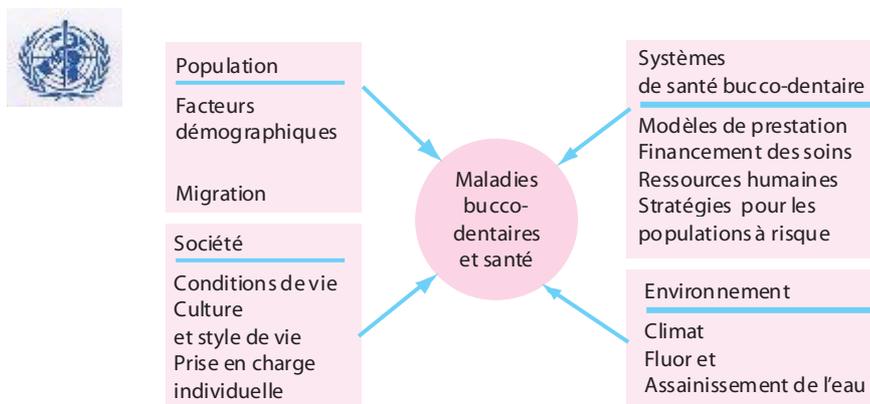
Ainsi, comme la connaissance est un véhicule important pour améliorer la santé des populations défavorisées, la communauté de la recherche internationale devrait orienter la recherche en santé bucco-dentaire dans les pays en développement sur les déterminants sociaux de la santé, le fossé entre la santé bucco-dentaire des riches et des pauvres, l'amélioration des systèmes de santé, les mécanismes de couverture universelle des soins de santé primaires, et l'efficacité des programmes communautaires.

Collaboration AOI et OMS

Le colloque d'aujourd'hui est une manifestation importante du travail significatif entrepris par l'AOI au cours des 25 dernières années. Le but de l'AOI est de soutenir le développement de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement. Des projets de collaboration ont été initiés en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Plusieurs de ces projets ont été menés avec l'appui de l'OMS, et au cours de ces années l'AOI et le programme de santé bucco-dentaire global de l'OMS ont collaboré activement. Voici quelques exemples. En Afrique, des projets communs ont été organisés au Burkina Faso, au Togo et au Niger, dans le but de développer des modèles pour la promotion de la santé et la prévention. Au Burkina Faso, la collaboration inclut également la prévention des lésions bucco-dentaires pour personnes atteintes du VIH /SIDA.

Figure 3

Facteurs d'évolution des maladies bucco-dentaires





Le Contexte

En Asie, l'AOI et l'OMS ont collaboré au Vietnam pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les écoles en zones rurales et au Laos pour la mise en place d'un programme de fluoration de sel. En Afrique francophone, l'AOI et l'OMS collaborent aussi à la formation en santé publique et au développement d'échanges d'expériences, tels que des réseaux inter pays pour le développement de systèmes de santé bucco-den-

taire, ainsi que la formation en santé publique de terrain, dispensée à l'université d'Auvergne avec la contribution de l'OMS.

Le programme global de santé bucco-dentaire de l'OMS souhaite poursuivre une collaboration fructueuse dans les projets de terrain pour soutenir l'exécution de la résolution 2007 de l'Assemblée Mondiale de la Santé concernant la santé bucco-dentaire.





Défis pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement





Chap

chapitre 4

Evolution des défis pour les professionnels de santé

Eric de Roodenbeke

Les défis pour les professionnels de santé sont intimement liés aux défis des situations auxquelles sont confrontés les pays en développement.

LES DÉFIS À RELEVER DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

En premier lieu, les soins dentaires ne sont pas une **priorité de santé**. Le doyen Axel Kahn a fait un plaidoyer - que nous partageons - sur l'importance des soins dentaires en santé publique. Mais si l'on considère les dépenses de santé, le point de vue macro-économique, les politiques nationales de santé, les soins dentaires ne sont pas parmi les premières priorités de santé. C'est un fait, dont il faut s'accommoder. Comme nous l'a très bien expliqué Hubert Baliqne précédemment, trois facteurs déterminent l'état de santé des populations : les maladies transmissibles mortelles, l'hygiène du milieu et la densité de la population.

Le financement est le deuxième élément important à prendre en compte pour positionner les professionnels de santé. Le Niger reçoit des bailleurs une aide significative par rapport à d'autres pays. Dans d'autres pays le financement des soins de santé repose sur le patient et peut représenter jusqu'à 60 % des dépenses de santé. L'utilisateur n'a pas beaucoup

d'argent, il va donc privilégier les soins curatifs avec pronostic vital. De plus, il a une capacité de paiement variable dans le temps, liée au rythme des récoltes, lorsqu'il tire ses revenus de l'agriculture.

Troisième élément : **les professionnels**. Ces professionnels sont en nombre très limité. Ce nombre limité tient à un faible flux de formation. Dans ce nombre limité, on trouve, en fonction des pays, et en particulier dans le domaine bucco-dentaire, une grande variabilité dans la définition des métiers, c'est-à-dire dans la nature des activités exercées par les professionnels de santé.

PRIORITÉ DE SANTÉ : OPPORTUNITÉS

S'il y a des défis à relever, il y a aussi **des opportunités**. Les soins bucco-dentaires ne sont pas une grande priorité de santé. Cependant un certain nombre d'opportunités sont à saisir. La première est celle de la **transition épidémiologique**. Tous ces pays sont confrontés actuellement à cette transition épidémiologique, c'est-à-dire à la fois à une évolution des maladies transmissibles et à une évolution de toutes les maladies dites dégénératives au long cours, en particulier liées à l'hygiène alimentaire. Toute cette évolution épidémiologique et démographique avec l'urbanisation croissante, induit une importance

Le contexte

accrue des maladies bucco-dentaires. Même si, comme au Niger, les zones rurales peuvent accueillir 80 % de la population, la croissance des populations en zone urbaine est deux fois plus importante que la croissance de la population en zone rurale. Donc, l'avenir par rapport à la prise en charge de la santé bucco-dentaire, est devant nous. Et cette prise en charge va devenir de plus en plus un problème de santé pour lequel les pouvoirs publics devront trouver des solutions. On travaille aujourd'hui pour préparer demain.

La deuxième opportunité est la **revitalisation des soins de santé primaires** qui a été le sujet du rapport de l'OMS de cette année. L'AOI aborde la santé bucco-dentaire dans une problématique de santé publique. La démarche de santé publique, sur ce domaine particulier, peut être appliquée à d'autres problèmes de santé. Donc, il y a un atout à utiliser cette démarche exemplaire pour d'autres problèmes de santé.

Enfin, une troisième opportunité est l'**urbanisation**. Elle donne un meilleur accès aux services de santé. Pour une meilleure utilisation des ressources et un souci d'efficacité, les professionnels, en nombre peu important, vont pouvoir être utilisés pleinement dans un bassin de population.

NOUVELLE PERSPECTIVE DE FINANCEMENT

Le financement est très important, Hubert Balique a longuement présenté des éléments sur ce domaine. Je reviens sur **le financement** moins parce que je suis un économiste de la santé mais surtout parce que le financement est le nerf de la guerre. Avec les nouvelles perspectives évoquées, va se poser la question : comment inscrire les soins de santé bucco-dentaire dans **l'assurance santé**. Il y a toute une réflexion à pousser sur cette problématique de la couverture des soins dentaires, maintenant, au moment où ces formes d'assurance se mettent en place. Il en est de même pour **la gratuité**, il existe un paquet de soins autour de la santé maternelle et infantile. Est-ce qu'il n'y a pas une petite place pour la santé bucco-dentaire de l'enfant, eu égard à son importance sur le développement ? Enfin, il y a **les financements ciblés** : il y a de plus en plus de financements ciblés apportés par tous ces bailleurs. Un grand

bailleur a été oublié dans la présentation d'Hubert Balique. Celui qui est symbolisé maintenant par la Gates Foundation, c'est-à-dire les bailleurs privés qui ont de plus en plus d'argent pour l'aide au développement. Ces bailleurs de fonds sont sensibles aux actions ayant un impact. Il peut être intéressant de faire valoir auprès de ces nouveaux bailleurs de fonds, l'impact des actions de prévention en santé bucco-dentaire car ils sont très sensibles à la logique de l'efficacité de leurs dépenses. Donc si on peut montrer qu'avec la prévention, le dollar dépensé aujourd'hui permet d'économiser beaucoup plus de dollars demain, ils peuvent être sensibles à l'appui demandé.

EVOLUTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé sont la troisième composante des défis. Il faut **des professionnels pour délivrer les soins**. Comme on verra un peu plus tard, ces professionnels ne sont pas très nombreux et sont confrontés à une demande considérable. Donc, il existe toute une problématique de stratégie thérapeutique efficace. Je pense que dans l'exposé présenté au nom de l'OMS, on voit qu'il faut des stratégies thérapeutiques adaptées au contexte des pays en développement. Il ne s'agit pas de créer des professionnels à deux vitesses, mais de créer des professionnels capables de répondre aux conditions de prise en charge de leur pays.

Ces professionnels ont un rôle très important **pour accompagner des actions de santé publique**. Ce rôle est certainement davantage de guider et superviser plutôt que de faire car leur nombre n'est pas suffisant. Enfin, déjà lorsque je travaillais auprès de l'Alliance Mondiale pour les Ressources Humaines, avant de prendre ce poste à la Fédération Internationale des Hôpitaux, il y avait toute cette réflexion engagée pour savoir quel est le champ d'activité des professionnels, et ce, quel que soit le pays. Il faut que **ces professionnels interviennent à bon escient**. Il faut que les activités techniques correspondent à leur niveau de formation, parfois il n'est pas nécessaire de faire cinq, sept années de formation pour faire un certain nombre de soins dentaires. Certains pays ont fait le choix des agents dentaires ou même des agents de

santé. Il existe donc toute une réflexion sur le champ d'activité des professionnels de santé. Rapidement, un petit flash-back sur la France pour montrer que ces soucis de l'utilisation

des professionnels de santé ne sont pas réservés aux pays en développement. Ce sont des chiffres que vous devez connaître si vous exercez en France.

Schéma 1

Les chirurgiens-dentistes : importance relative en baisse

Démographie comparée des médecins et des autres professions médicales en France

	Médecins	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers	Sages-femmes	Pharmaciens
1991	175 500	38 146	308 141	10 872	50 989
1996	188 500	39 565	343 654	12 662	55 153
2001	196 000	40 426	397 506	14 725	60 366
2006	207 277	41 374	469 011	16 995	69 431
	Médecins	Effectifs pour 1 000 médecins			
1991	175 500	217	1 756	62	291
1996	188 500	210	1 823	67	293
2001	196 000	206	2 028	75	308
2006	207 277	200	2 263	82	335

Source : Eco-Santé France d'après données ADELI (DREES).

En France, le nombre de chirurgiens-dentistes est en train de **relativement diminuer** parce que votre progression globale est moindre que dans toutes les autres professions de santé (même si vous êtes 41 000 aujourd'hui, par rapport aux 38 000 que vous étiez en 1990). C'est-à-dire que les effectifs de votre profession ont le moins progressé. Même si on fait des efforts très importants dans les années à venir sur le numerus clausus, on aura une baisse du ratio de chirurgiens-dentistes par habitant en France. Donc toute la réflexion sur le rôle des chirurgiens-dentistes se pose et se posera avec plus d'acuité en France. Peut-être que, se posant en France, ces réflexions pourront aussi bénéficier dans l'intervention dans les pays en développement. Autre élément très sensible : la faiblesse du nombre de professionnels dans les pays développés a un impact sur les pays en développement puisque elle crée des mouvements migratoires.

CETTE PERSPECTIVE EST AGGRAVÉE PAR LA MIGRATION

Au regard des données sur les médecins, les

chirurgiens-dentistes et les pharmaciens dans les pays de l'OCDE, on voit qu'en France **15 %** des chirurgiens-dentistes exerçant (environ 6 000) sont d'origine étrangère. Soit 6 000 personnes qui n'exercent pas dans leur pays et sont venues exercer en France. Or si vous regardez l'état de la situation de l'offre de soins, de l'accès aux professionnels de santé dans les pays africains, on n'est pas du tout dans les mêmes ordres de grandeur. Comme les dépenses de santé (entre 13 dollars et 2500 euros), la densité de la population par dentiste a une grande variabilité. Une étude faite sur les pays du Commonwealth (accessible dans la globalité sur le site internet de la Fédération dentaire internationale) montre que dans les pays en crise comme la Sierra Leone, vous avez un chirurgien-dentiste pour 275 000 habitants. Dans des pays africains, vous avez des densités faibles comme le Kenya qui a connu une crise aiguë mais ponctuelle, un chirurgien-dentiste pour 25 000 habitants au Kenya ou au Nigeria. Les densités sont donc faibles. **La migration vers les pays développés pèse lourdement sur les pays en développement.**



Le contexte

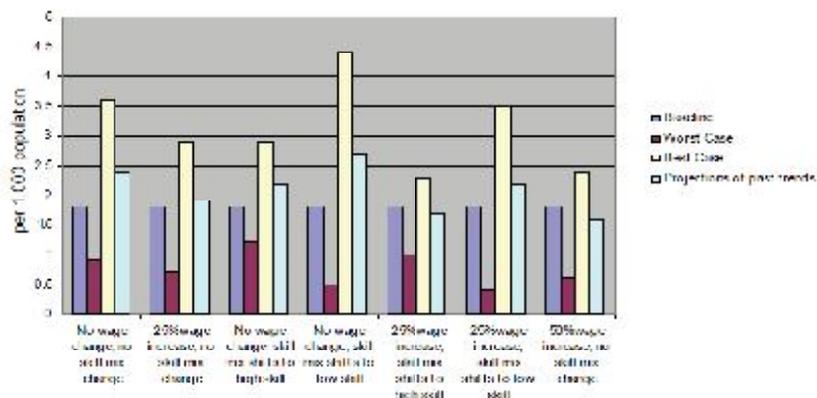
Encadré 1

Dans les pays en développement
 Les soins dentaires ne sont pas une priorité de santé
 - **Importance des maladies transmissibles mortelles**
 - **Importance de l'hygiène du milieu**
 - **Faible densité de population en zone rurale**

Schéma 2

Etude sur les professionnels santé

Augmenter le nombre de professionnels de santé dépend non seulement de la volonté politique mais aussi de la situation économique et de choix dans l'organisation des professions.



Source : A. Preker M. Vujcic - scaling up health professional education in Africa - World Bank 2008..

Alors, quelle possibilité pour ces pays en développement ?

Une étude a été faite par la Banque mondiale sur les professionnels de santé. Pas explicitement sur les *chirurgiens-dentistes*, mais le modèle est tout à fait applicable et je vais prendre un peu de temps pour vous expliquer l'objet de cette étude.

Les premières colonnes du diagramme montrent la situation actuelle. C'est-à-dire que vous ne changez ni les salaires pour rendre la profession plus attractive, ni le « skill mix » qui est la répartition des activités entre les professionnels de santé. Le « skill mix » est un enjeu très important puisque que vous pouvez déléguer des tâches élémentaires à des professionnels formés. Plus vous augmentez le nombre de professionnels plus vous favorisez l'accès aux soins de la population. Ensuite, dans cette étude, ils ont fait trois scénarios en fonction de l'évolution de l'économie des pays. On sait très bien que la pos-

sibilité de mobiliser des ressources est liée à l'évolution de l'économie, exprimée par le PIB. Le premier scénario est celui du « base-line », c'est-à-dire les choses continuent comme aujourd'hui. On est sur la même tendance de croissance économique, une évolution dans laquelle la croissance économique diminue, ce qui va être le cas certainement dans les prochaines années. Les scénarios suivants sont sur les possibilités d'augmentation de la croissance ou la projection de la croissance. Il faut savoir que sur le continent africain au cours de la dernière décennie, on a enregistré une croissance économique positive et nette, au-delà de la croissance démographique. Malgré cette importante croissance démographique, la richesse nationale a augmenté dans tous les pays. Dans cette étude, on voit que même si, on joue sur tous les facteurs, la couverture en personnel de santé par rapport à la population restera toujours limitée. Même dans le meilleur cas





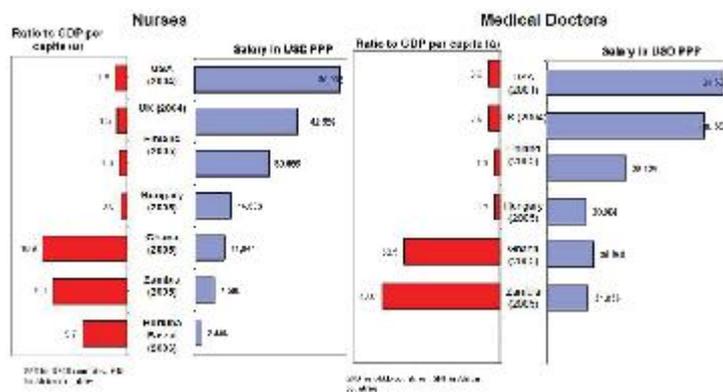
(symbolisé au milieu) c'est-à-dire sans augmenter les salaires des professionnels, avec « skill mix » permettant l'utilisation de professionnels qui ont une formation de base beaucoup plus limitée, et une situation de croissance économique accrue, on arrive à une couverture de professionnels de santé confondus (médecins, infirmiers, l'ensemble

des professionnels) de 4 pour 1 000 habitants. Ce qui reste une couverture jugée **très largement insuffisante** pour assurer un bon accès aux soins à la population. Donc, il faut savoir que même si la situation globale s'améliore elle restera toujours une situation difficile. Aussi, il ne faut pas négliger toutes les solutions alternatives.

Schéma 3

Rémunération des professionnels de santé

Il est important de dissocier l'écart absolu entre les rémunérations et la rémunération relative des professionnels de santé.



LA QUESTION DE LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS EST AU CŒUR DES DISCUSSIONS

Un diagramme un peu provocateur fait par l'OCDE montre que la rémunération est une des questions au cœur de la mobilisation des professionnels de santé.

Contrairement à ce que l'on peut penser, les professionnels de santé des pays en développement ont une rémunération relative beaucoup plus élevée que les professionnels de santé des pays riches. Même si cette rémunération relative est très faible par rapport à la rémunération qu'ils pourraient avoir dans les pays riches. Par exemple, en ramenant par rapport au PIB du pays : en Zambie, un médecin gagne un ratio de 40 par rapport au PIB. Alors qu'un médecin aux Etats-Unis gagne un ratio de 4 % (3.8 exactement). Donc le médecin de Zambie a un salaire dix fois plus élevé par rapport à la richesse nationale. Mais, si on regarde le salaire en valeur,

il est évident que les différences de PIB entre les pays font que les revenus d'un médecin zambien à 31 000 dollars par an sont quatre fois moins élevés que ceux possibles aux Etats-Unis. Si ces revenus relatifs dans les pays en développement sont élevés ils restent terriblement bas comparés au gain possible par migration dans les pays développés. D'où une vraie difficulté puisque qu'il n'est pas évident d'augmenter leurs salaires dans leurs propres pays. L'immigration est donc une problématique majeure parce que dans les conditions économiques actuelles, on ne pourra **pas assurer une augmentation des rémunérations** qui permettrait de garder les professionnels dans leur pays.

LES FACTEURS DE MOTIVATION SONT COMPLEXES

Aussi, un certain nombre d'organisations, dont la Fédération Dentaire Internationale, la Fédération Internationale des Hôpitaux, la



Le contexte

Confédération Mondiale des Médecins, le Conseil International des Infirmières, la Fédération Internationale des Pharmaciens et les kinésithérapeutes, ont lancé une initiative avec l'appui de l'Agence Mondiale pour les Ressources Humaines pour essayer de développer ce qui semble être un facteur essentiel pour maintenir des professionnels de santé dans leur pays : environnements favorables à la pratique des professionnels de santé (« *positive practice environment* »). On sait que l'environnement professionnel est un facteur essentiel pour maintenir les professionnels de santé dans leur exercice.

Encadré 2

Un accès limité aux soins bucco-dentaires

- Importance majeure des actions de prévention
 - Convaincre les responsables sanitaires
 - Mobiliser de nouveaux acteurs
 - Engager des interventions communautaires
 - Trouver des partenaires privés
 - Mobiliser les bailleurs

Pour exemple, voici une anecdote : il y a quelques mois, à un colloque sur la recherche en santé, j'ai rencontré un chirurgien-dentiste burkinabé qui du temps où j'étais à Bobo Dioulasso, m'avait fort bien soigné les dents. Je le lui dis : « mais qu'est-ce que tu fais ? » « Maintenant, je suis au Centre Muraz, je fais de la recherche en santé publique ». « Ah oui, dans le domaine des soins dentaires ? » « Non, non, d'une manière générale », mais je dis : « pourquoi tu as abandonné ta pratique ? » « Parce que les conditions d'exercice professionnel se sont tellement dégradées que ce n'était plus intéressant pour moi de faire ce que je faisais, d'être chirurgien-dentiste ». Donc, ce n'est pas qu'une question de revenus. Ce chirurgien-dentiste burkinabé n'a pas émigré pour essayer de gagner le jack-pot en essayant de trouver un moyen de devenir chirurgien-dentiste en France. Il est resté dans son pays mais il a changé de domaine d'activité. Le domaine dentaire au Burkina Faso, où il y a peu de chirurgiens-dentistes, était celui où il pouvait apporter le plus à la population. Dans le domaine de la santé publique, il y a maintenant pas mal de monde, même si on peut estimer qu'il n'y en a pas

assez. En termes de capital humain, c'est une perte nette parce que l'environnement professionnel ne le motive plus. Donc, la mobilisation autour de l'environnement professionnel est un **élément essentiel**. Il est important que tout le monde intègre cette thématique.

QUELLES PERSPECTIVES POUR LES POPULATIONS ?

Pour encore un certain nombre d'années, il y aura dans les pays en développement un **accès limité aux soins bucco-dentaires**, d'où **l'importance majeure des actions de prévention**. Cela ne veut pas dire que la prévention se substitue aux soins, mais la prévention a un rôle majeur pour diminuer la prévalence des maladies bucco-dentaires. Il faut convaincre les responsables sanitaires de l'importance de la santé bucco-dentaire, et du rôle de la prévention, dans les politiques nationales de santé. Je crois que vous avez les éléments pour convaincre et l'expérience de l'AOI est très riche et peut apporter un certain nombre d'arguments forts. Il y a une nécessité de mobiliser de **nouveaux acteurs** et là aussi, je pense que l'AOI a de l'expérience dans ce domaine. Car comme cela a été cité lors de l'intervention de l'OMS : les soins, la prévention, ne reposent pas uniquement sur les professionnels. Si vous arrivez à mobiliser les enseignants de classes primaires pour faire de la prévention bucco-dentaire sur tout le système éducatif, vous avez un nombre de vecteurs qui vont apporter un appui colossal à ces politiques.

Les **interventions communautaires**. C'est une autre approche. Il faut passer par d'autres relais et ces relais communautaires sont complexes dans les pays en développement. Aujourd'hui, la mobilisation de ressources passe par la mobilisation de partenaires privés. Evidemment dans cette période de crise économique dont on ne sait pas la portée ni comment elle va se traduire, tout le monde est un peu frileux. Mais, il ne faut pas oublier que beaucoup de partenaires privés se sont engagés sur la responsabilité sociale d'entreprise. Et dans une crise économique, il y a toujours des gagnants c'est-à-dire des entreprises qui vont se développer et qui vont avoir de la richesse, comme ces nouveaux bailleurs évoqués précédemment.

QUELLES PERSPECTIVES POUR LES PROFESSIONNELS ?

Pour les professionnels, la sélectivité des interventions semble un enjeu majeur. Elle passe par l'octroi d'une rémunération cohérente et importante pour la motivation des professionnels. Si vous voulez que les chirurgiens-dentistes fassent des actions de santé bucco-dentaire, il faut les rémunérer pour ces actions. S'il est beaucoup plus rémunérateur de soigner une carie que d'avoir des actions de santé publique, comment convaincre un ensemble de professeurs du primaire d'engager des actions de santé bucco-dentaire ? Il faut trouver un moyen de rémunérer tous les actes d'appui aux actions de prévention de façon significative et attractive. C'est un élément très important pour mobiliser les professionnels.

Les **métiers intermédiaires** sont aussi très importants. Il faut une montée en charge de ces métiers intermédiaires. Cependant, je crois que les chirurgiens-dentistes ont un rôle (j'en parle librement puisque je ne fais pas partie de la profession) d'encadrement de ces professions intermédiaires. On crée une fonction de supervision. Là aussi, en lien avec ce qui a été évoqué précédemment, il faut un système de rémunération cohérent avec ce changement de rôle.

L'expertise en santé publique est un élément particulièrement important, en particulier sur **l'évaluation de la santé bucco-**

dentaire. Tant que dans les pays en développement il n'y aura pas de chirurgiens-dentistes nationaux capables de faire et de promouvoir des évaluations de l'état de santé bucco-dentaire et de leurs conséquences médico-économiques, il sera difficile de faire remonter dans l'ordre des priorités l'intervention en santé publique bucco-dentaire. C'est aux chirurgiens-dentistes nationaux de le faire, ils sont les « driver site » dans le langage de la Banque Mondiale. Il faut les accompagner pour qu'ils puissent développer cette expertise. Et enfin, ces 6000 chirurgiens-dentistes étrangers exerçant en France, cette diaspora, constitue un atout très important. Il faut savoir mobiliser cet atout. Mais il n'est pas évident de mobiliser la diaspora si on n'accorde pas les facilités pour la mobilité. Il existe sans doute des possibilités. En France, le ministère qui s'occupe de l'Identité nationale et du contrôle de l'immigration, a un autre volet qui consiste à favoriser le développement et le co-développement. Peut-être est-ce un levier à ne pas négliger par rapport à la réflexion sur l'utilisation et le meilleur recours à la diaspora. Cette dernière constitue un atout majeur car toutes ces personnes originaires d'un pays, ont une volonté, une aptitude et le cœur y est, ce qui est essentiel.





Chap

chapitre 5

Evolution du rôle des ONG

Clémence Pajot



Coordination SUD est un **collectif d'ONG** qui a été créé il y a quinze ans par quatre collectifs d'ONG qui existaient eux-mêmes depuis plusieurs années :

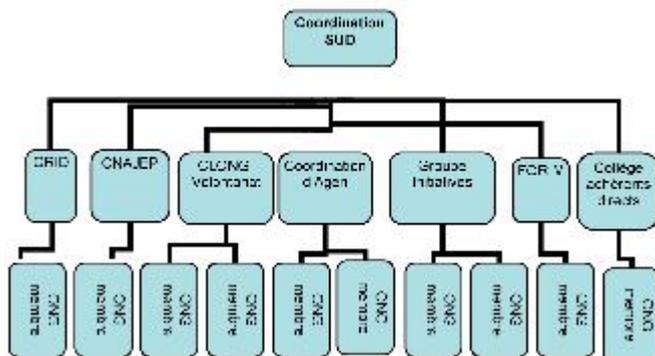
- Le CLONG volontariat : le Collectif des ONG de volontariat,
- Le CRID (Centre de recherches internationales pour le développement) qui est un collectif d'ONG plutôt militantes, travaillant depuis longtemps sur le partenariat,
- Le groupe Initiatives qui réunit des ONG de type Bureau d'études ou travaillant dans le domaine de la coopération technique,
- Et enfin, la Coordination d'Agen créée pour fédérer des ONG d'urgence au départ et qui organisait jusqu'à récemment, tous les ans, le forum d'Agen.

Les ont rejoints :

- Le CNAJEP qui est le collectif des organisations d'éducation populaire,
- Le FORIM qui est le Forum des ONG issues des Migrations.

Ainsi, **6 collectifs d'ONG sont fédérés au sein de Coordination SUD.**

S'ajoutent à ces collectifs des adhérents directs, comme Médecins du monde, Action contre la faim, et un certain nombre d'ONG de grosse taille qui forment le collège des adhérents directs. Coordination SUD est un regroupement d'ONG de développement, d'urgence, d'éducation en développement et de plaidoyer. On a aujourd'hui environ **130 membres** issus de ces collectifs ou bien adhérant directement à Coordination SUD.



LES TROIS MISSIONS DE COORDINATION SUD

La première mission est **syndicale**. Coordination SUD a été créée à l'origine pour répondre à un besoin urgent de parler d'une seule voix auprès des pouvoirs publics, de négocier directement avec le ministère des Affaires étrangères et aussi à un niveau européen par l'adhésion au collectif des ONG européennes CONCORDE. Il existe une nécessité de **défendre les intérêts des ONG françaises**, pas uniquement sur les questions de financement, même si cela nous mobilise beaucoup, mais aussi sur les questions de professionnalisation du secteur, par exemple.

Notre deuxième mission est une mission de **plaidoyer**. Au sein de Coordination SUD, des **commissions thématiques** ont été organisées : une commission Education, une commission Santé, une commission Urgences pour les questions dédiées aux femmes dans le développement, une commission Aide publique au développement, une commission Humanitaire,... Il existe aussi des groupes de travail sur les ressources humaines, sur les relations médias/entreprises, sur l'éthique et la transparence. Au sein de chacune de ces commissions, des positions collectives sont prises, ensuite **défendues par Coordination SUD**, au moment des grandes négociations internationales ou auprès des interlocuteurs publics ou privés parfois, lorsque des intérêts importants sont en jeu.

La troisième mission de Coordination SUD est une mission **d'appui à la professionnalisation du secteur**. Le pôle d'appui propose **des services, des conseils** à ses membres. Une mission de service public s'adresse aux ONG françaises, sur toutes les questions organisationnelles et institutionnelles, avec appui juridique, appui sur la gestion des ressources humaines, sur les stratégies de financement, sur les partenariats, sur l'introduction d'une approche genre.

PROCESSUS DE RÉFLEXION PROSPECTIVE (PRP)

En 2007, Coordination SUD a lancé un **processus de réflexion prospective appelé le PRP pour aider l'ensemble du secteur à avancer sur les grands enjeux** à venir et analyser comment au niveau individuel et collectif, les ONG doivent s'adapter. L'aimant central de

cette réflexion a été **une enquête sur les enjeux, les forces et faiblesses des ONG françaises**. Il en résulte un état des lieux assez complet, puisque environ 400 ONG ont répondu au questionnaire sur leur situation dont leurs relations avec l'Etat, leur situation au niveau organisationnel, au niveau des ressources humaines, et quels étaient, selon elles, les grands enjeux à venir.

Les quatre grands défis

De grandes tendances ont été dégagées et surtout les quatre défis pour les ONG dans les années à venir :

• 1^{er} défi : évolution du rôle des ONG

L'évolution du rôle des ONG **vis-à-vis de leurs partenaires du Sud**. Le contexte de la coopération dans les pays du Sud change. Le processus démocratique dans un certain nombre de pays a bien avancé, les sociétés civiles de ces pays se construisent du niveau local jusqu'au niveau national parfois. La structuration des sociétés civiles du Sud amène **l'émergence d'acteurs forts** qui sont des partenaires de plus en plus reconnus au niveau local parfois même au niveau national voire régional. L'émergence de ces organisations, de ces sociétés civiles du Sud et leurs demandes, leurs revendications tout à fait légitimes à se voir confier la responsabilité du **développement de leur propre pays**, amène les ONG du Nord à revoir leur positionnement et leur rôle. Un autre élément du contexte est l'évolution des politiques de certains bailleurs comme la Commission européenne. **Les collectivités territoriales, les syndicats, les entreprises vont être des acteurs de plus en plus importants en concurrence avec les ONG**. Ceci est à prendre en compte parce que de plus en plus, les ONG du Nord vont être questionnées sur leur légitimité à intervenir en tant qu'acteurs de coopération dans les pays du Sud. Déjà, les partenaires du Sud interpellent les ONG sur leur **légitimité** et sur leur **plus-value** par rapport aux autres acteurs, notamment vis-à-vis des collectivités territoriales. Les **processus de décentralisation sont très avancés** dans un certain nombre de pays, notamment en Afrique de l'Ouest, et de plus en plus les collectivités territoriales françaises sont considérées comme les acteurs les plus légitimes pour travailler avec les gouvernements locaux

ou avec les collectivités territoriales locales de ces pays. Ces nouvelles orientations questionnent largement le rôle et les stratégies des ONG du Nord.

Un gros chantier s'annonce pour nos collectifs, sur la nécessité aujourd'hui de démontrer la plus-value des ONG du Nord, comme partenaires des partenaires du Sud qui peuvent être aussi bien des ONG, des collectivités territoriales, des services décentralisés d'Etat etc. Coordination Sud travaille depuis quelques années avec des collectifs nationaux d'ONG qui sont ses homologues dans les pays du Sud, comme par exemple CONGAD au Sénégal, ACCION au Chili. Aujourd'hui 80 plates-formes nationales d'ONG ont été identifiées. Depuis trois ans, Coordination SUD appuie ces plates-formes nationales d'ONG pour leur donner la possibilité de représenter les acteurs de la société civile de leur pays et pour les aider à faire entendre leur voix dans les grandes négociations internationales ou pour participer à la construction des politiques internationales de développement.

• 2^e défi : la spécificité des ONG

Un deuxième enjeu important aujourd'hui pour les ONG est le besoin de **faire reconnaître le caractère non-gouvernemental** et la spécificité des ONG et plus généralement des associations Loi 1901. Il y a une tendance à l'instrumentalisation et à la « gouvernementalisation » des ONG. On voit bien que le ministère a souvent la tendance d'utiliser les ONG comme de simples **prestataires de services** par exemple avec le développement des appels à initiatives. Avec la réforme de la coopération et le transfert de l'appui de la coopération non-gouvernementale à l'AFD, Coordination Sud est vigilant sur la manière dont l'AFD va percevoir les ONG et sur la relation partenariale qui va pouvoir être établie. La Coordination permanente des coordinations associatives (CPCA) est une coordination réunissant toutes les fédérations associatives françaises quel que soit le domaine. Elle a les mêmes débats avec le Ministère de la vie associative et défend elle aussi, le droit d'initiative des associations. L'idée est que les associations ne sont pas là pour mettre en œuvre la politique de l'Etat, elles sont là pour proposer des solutions. La

plus-value des associations est justement de pouvoir initier des modèles nouveaux, proposer des solutions alternatives qui parfois, si elles font leurs preuves, sont généralisées et reprises par les pouvoirs publics. Cette **capacité d'initiative et d'innovation** peut risquer de disparaître. L'AFD a une approche bancaire du développement très éloignée de la culture associative. Il existe un consensus au sein de Coordination Sud pour défendre ce droit d'initiative et demander que les cofinancements ne disparaissent pas. Un enjeu majeur est d'éviter par exemple que les financements de l'AFD aux ONG se limitent à des appels d'offres comme c'est maintenant le cas au niveau de l'Union européenne.

• 3^e défi : la professionnalisation

Auparavant, les ONG étaient créditées d'une bonne image auprès du grand public et leur bonne volonté suffisait à servir leur image. Maintenant, on est interpellé par le grand public, les médias, les entreprises sur **la qualité de nos actions, notre efficacité mais aussi sur notre légitimité à agir en tant qu'acteur de solidarité internationale**. Ce chantier fait référence à un grand nombre de notions mal maîtrisées : l'évaluation, la certification, l'accreditation, les labels, la notation, la transparence, l'éthique, la qualité des actions, la qualité des organisations, de la gouvernance...

Les ONG, pour être des acteurs efficaces et légitimes, doivent **respecter un cadre éthique**. Elles doivent se soumettre à une **rigueur dans la transparence et la gestion, notamment la gestion financière**, faire preuve d'une bonne gouvernance, d'une efficacité et **prouver** la qualité de leurs actions et leur impact. Elles doivent surtout être en mesure **d'évaluer l'utilité sociale de leurs actions**. Il y a un enjeu majeur à **développer des outils de mesure** de cette utilité sociale. Ces outils doivent être bien en phase avec la manière dont les ONG voient leur rôle. Le risque actuel est de voir des **acteurs privés développer des systèmes de notation**. Le risque important est que ces systèmes soient ensuite utilisés aussi bien par les bailleurs publics que par les entreprises pour évaluer les ONG et de voir se développer des référentiels qui ne soient pas adaptés et qui soient pourtant utilisés pour nous évaluer. L'autre risque est de



Le contexte

voir des systèmes de notation se développer qui seraient utilisés comme unique moyen d'évaluer le travail d'une ONG. **Ceci risquerait de diminuer la diversité et la dynamique de notre milieu.** Coordination SUD a développé toute une ligne de recommandations sur la transparence et l'éthique qui va être diffusée à nos membres.

• 4^e défi : le champ politique

Le quatrième enjeu est de **renforcer la capacité des ONG à intervenir sur le champ politique.** Pour pouvoir peser dans les grands débats internationaux, elles ont la nécessité de renforcer leurs capacités internes à analyser les impacts des politiques publiques de développement, à produire des analyses, et de travailler à un niveau collectif. Or aujourd'hui en France, les financements apportés à cette question du **plaidoyer collectif** sont extrêmement faibles. C'est certainement

aussi une des faiblesses des ONG françaises par rapport à d'autres pays où le plaidoyer est un champ qui a des ressources humaines et financières importantes.

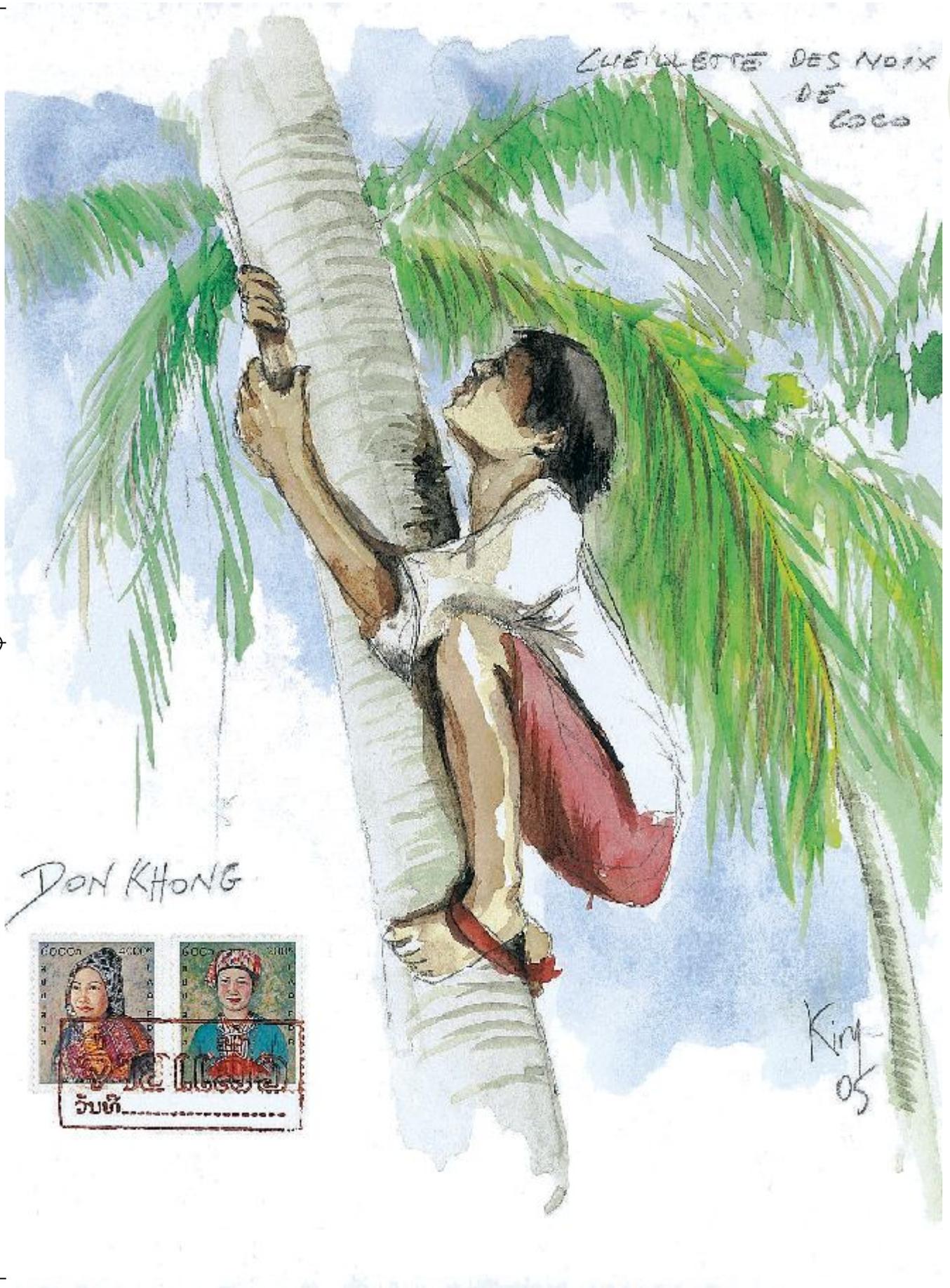
Le dernier enjeu sur cette question du plaidoyer est de **travailler du niveau local au niveau global.** En France, les ONG sont souvent bien ancrées dans la société civile. Elles ont cette capacité d'éducation au développement, à relayer des messages dans la population sur les grands enjeux du développement. Il faut arriver à structurer notre milieu pour que du niveau très local au niveau national, il y ait un relais des différentes campagnes, une **uniformité des messages.** Et ensuite dans les partenariats avec les partenaires du Sud, il est extrêmement important d'arriver à renforcer les structures de base pour que les messages relayés dans ces campagnes soient bien des messages issus du terrain.





Evolution du rôle des ONG





LUNETTES DES NOIX DE COCO

DON KHONG

Kim 05



Chap

chapitre 6

Asprocop : un réseau de professionnels de santé publique

Alain Le Vigouroux

Michel Marquis

ASPROCOP
Association des Professionnels de Santé en Coopération

L'Association des professionnels de santé en coopération (ASPROCOP) regroupe des professionnels de la santé qui, pour la plupart d'entre eux, ont travaillé dans les pays en développement. Nombre de sympathisants représentent d'autres associations travaillant dans le champ du développement.

L'ASPROCOP regroupe des professionnels de métiers différents tels les médecins, les chirurgiens dentistes, les infirmiers, les ingénieurs du génie sanitaire ou encore les directeurs d'hôpitaux. Aujourd'hui ces professionnels, de statuts divers, fonctionnaires ou employés du secteur privé voire consultants, occupent une place reconnue par les institutions de l'aide au développement (Ministère français des Affaires étrangères et européennes, Agence française de développement, Union européenne, OMS).

L'ASPROCOP regroupe une soixantaine d'adhérents et environ 200 sympathisants. Depuis 1992, date de sa création, l'ASPROCOP apporte sa contribution aux politiques en faveur de l'aide au développement en santé des pays les moins avancés et alerte les pouvoirs publics. Régulièrement, une fois par an, l'association propose des Journées de rencontre annuelles sur des thèmes d'actualités qui, historiquement, ont permis jusqu'ici de mener des échanges entre les acteurs institu-

tionnels (MAEE, AFD) et les experts techniques internationaux (ETI), membres de l'association, dont nombre d'entre eux étaient employés par ces institutions.

En adéquation avec l'actualité du développement, les thèmes retenus pour ces Journées sont nombreux. Parmi les plus marquants on retiendra les forums relatifs *aux Savoirs et pratiques à l'épreuve du réel* (1993), *aux Choix des politiques de coopération dans le domaine de la santé* (1995), ou encore *aux activités de formation dans le domaine de la santé* (1997) et plus récemment à *La crise des ressources humaines en santé : quand le local interpelle le global* (2008). Ces Journées peuvent rassembler une centaine de participants sur une durée de deux à trois jours. Une journée de formation / information appuyée par ces institutions a contribué, jusqu'ici, au renforcement des compétences des ETI. Nourrie des retours d'expériences (REX) de terrain documentées et partagées lors de ces Journées, l'ASPROCOP propose son expertise aux pouvoirs publics et aux organismes porteurs de projets de développement à l'exemple de *l'évaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali* (juin 2009).

Consciente de la nécessité d'un travail en réseau, l'association est aujourd'hui membre



Le contexte

de Coordination Sud. L'ASPROCOP prend position sur les politiques de la France et de l'Union européenne aux côtés d'associations membres de la commission santé de Coordination Sud. A partir de son *Document de positionnement, les ressources humaines en santé* (août 2008), L'ASPROCOP continue à mener sa réflexion sur les professionnels de santé en coordonnant des débats tel que celui de la *fidélisation des ressources humaines en santé en milieu rural* (2010) ou en prenant position lors de l'élaboration du *Code de pratique mondiale pour le recrutement international des personnels de santé* (OMS, mai 2010) ainsi que sur le statut des professionnels de santé et les échanges migratoires. Plus récemment l'ASPROCOP a apporté son expertise à la demande de la sous-direction des Biens publics mondiaux (Pôle santé dé-

veloppement humain, MAEE) à propos de son dernier document d'orientation stratégique *Coopération internationale en santé 2011-2015*.

Par ailleurs, les métiers du développement en santé ont évolué. Certains ont disparu, d'autres émergent. Face à ces nouveaux défis, les acteurs multilatéraux, gouvernementaux, décentralisés et associatifs, peinent à mettre en adéquation les compétences qu'ils recherchent et la formation des candidats à ces métiers. Consciente de cette mutation, l'ASPROCOP se propose d'organiser ses prochaines Journées de rencontre sur ce thème. L'ASPROCOP est prête à travailler avec les acteurs du développement qui se sentiraient partie prenante dans ce débat. Les plus jeunes sont dans l'attente de leurs aînés, le défi est maintenant ici.





Asprocop : un réseau de professionnels de santé publique







Chap

chapitre 7

Paysage des ONG dentaires

Habib Benzian

La FDI a suivi l'évolution de l'AOI pendant les dix dernières années. L'analyse de cette évolution montre combien l'AOI est différente de la majorité des ONG de santé bucco-dentaire.

D'abord quelques mots de **présentation de la Fédération dentaire internationale (FDI)** dont le siège est à Ferney-Voltaire près de Genève. En regroupant les associations de chirurgiens dentistes de plus de 140 pays, la FDI représente près d'un million de chirurgiens dentistes, soit la quasi totalité des praticiens de la planète car les pays qui n'en sont pas membres ont très peu de dentistes et pas d'associations. La FDI est en relation officielle avec l'OMS, l'ONU et diverses organisations internationales.

A PROPOS DES ONG

Rappelons les caractéristiques d'une ONG : c'est une structure d'origine privée sans but lucratif, indépendante financièrement et politiquement orientée vers le bien public.

On peut classer les ONG selon les types d'organisation, les types d'activités, leur provenance géographique, leur degré de développement organisationnel.

Le secteur des ONG dentaires est encore peu développé : on estime qu'il y a environ

500 ONG au niveau international, dans tous les pays du monde qui s'occupent de la santé bucco-dentaire alors qu'il y en a plus de 50 000 dans le secteur médical. Cette situation minoritaire transparaît dans les démarches, les approches et les caractéristiques de ces ONG dentaires qui ont des difficultés à mobiliser, plaider, faciliter, catalyser, réaliser des projets, modérer, et parfois fournir des fonds. Il existe peu de documents sur les ONG dentaires et ce que l'on sait provient d'une enquête effectuée par la FDI en 2001-2002, 240 ONG dentaires ont répondu à un questionnaire dont voici les résultats.

ON PEUT DISTINGUER PLUSIEURS ÉTAPES DANS LA VIE D'UNE ONG

La plupart des ONG démarrent leurs activités autour d'une **intervention d'urgence**, autour de la technologie, autour de la prestation de soins ; des volontaires, des bénévoles effectuent des interventions de courte durée sur un site défini.

La deuxième étape engage un peu plus de réflexion. Les ONG essaient d'**intégrer l'idée du développement local**, l'éducation des professionnels sur place afin de leur permettre d'améliorer leur propre situation et un timide plaidoyer dans les pays du Nord. La plupart





Le contexte

des ONG dentaires se situent dans ces deux champs d'intervention.

Dans la troisième étape, le **partenariat local** est vraiment mis au centre : la coopération, l'intégration au système national ou local est plus élargie et plus profonde. L'ONG est aussi engagée dans le plaidoyer et les critiques des politiques existantes, en proposant peut-être d'autres modèles.

Actuellement, la dernière étape correspond à l'ONG qui se concentre sur le **renforcement des capacités**, étant très consciente du contexte international, des objectifs du millénaire et d'autres politiques internationales qui influencent son travail. Le rôle de l'ONG est d'accompagner, de superviser, de faire faire.

Certains ONG ont des champs d'activité correspondants à plusieurs des étapes décrites, attestant de transitions, de phases d'évolution.

Dans l'idéal, toutes les approches et les interventions des ONG devraient s'appuyer sur la science et l'expertise. L'enquête citée, a souligné la bonne volonté, le manque d'expérience, le manque d'expertise pour la plupart des ONG ; 75 % n'avaient aucun soutien scientifique faisant, parfois mal à propos, ce qui semblait être le meilleur et le mieux. Plusieurs ONG exportaient des démarches inappropriées et aucune évaluation ne contribuait à l'assurance de qualité.

Dans l'idéal, les ONG devraient partager l'information, les idées, les concepts, les relations, les contacts, les ressources, pour avoir

une bonne efficacité. En réalité, les ONG dentaires travaillent dans l'isolement, elles ont très peu de relations avec le gouvernement et avec les communautés dans lesquelles elles interviennent sans vraiment savoir quels sont les besoins réels, quelles sont les conditions et les déterminants sur place. Parfois il y a compétition entre les ONG, alors qu'il faudrait la collaboration, l'intégration avec les autres ONG, l'intégration avec le système de santé national. La plupart des gens qui travaillent dans des ONG dentaires ont de bonnes intentions, et c'est très difficile de critiquer quelqu'un qui part dans un pays en développement avec de bonnes intentions, de la bonne volonté, mais il faut professionnaliser le secteur. Il est nécessaire d'avoir une stratégie quand on envisage une action. En réalité les 2/3 des ONG n'ont aucun plan stratégique et n'ont pas de plan opérationnel : elles font des activités spontanées, pour l'occasion qui se présente. Et pourtant il y a toutes sortes d'interventions, de démarches que pourraient emprunter les ONG : travailler sur le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale, promouvoir le fluor, la lutte anti-tabac, l'information, la promotion du paquet minimum d'activité, la recherche. Il existe toute sorte de stratégies, mais la diversité des approches est vraiment inexistante dans le secteur des ONG dentaires ; pour 80 % des ONG, l'activité se résume à la prestation des soins curatifs à l'exemple du modèle des pays développés.

Tableau 1

Classification et évolution des ONG- modifié selon Korten *et al*

Type I	Type II	Type III	Type IV
<ul style="list-style-type: none"> ✘ Interventions d'urgence, catastrophes ✘ Dominance des approches liées à la technologie et la logistique ✘ Interventions de courte durée 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Promotion du développement local ✘ Auto prise en charge ✘ Sensibilisation dans les pays du nord 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Travail en partenariat local ✘ Coopération et intégration élargie ✘ Critique des politiques 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Renforcement des capacités locales ✘ Conscience du contexte international ✘ Approche d'accompagnement

Korten DC. *Getting to the 21st century. Voluntary action and the global Agenda.* West Hartford: Kumarian Press;1990.





En réalité beaucoup d'ONG (plus d'1/3) se dispensent d'étude pilote, très peu évaluent leurs activités, une grande majorité ignore le cycle de planification et seulement 3 % ont accepté une évaluation externe par une entité indépendante. On se demande vraiment quelle est l'assurance qualité, où est la transparence, où est la comptabilité de ces ONG ?

Que faire de cette triste réalité ? Ce n'est pas facile, il faut répéter, répéter. Il faut créer

des occasions de rencontre et de concertation. Il faut renforcer les capacités. Il faut professionnaliser le secteur, introduire un processus et un système d'évaluation et d'assurance qualité. Il faut créer des réseaux pour permettre l'échange d'idées. Il faut renforcer le concept de collaboration entre partenaires... Dans tous ces domaines-là, l'AOI est exemplaire et d'autres ONG ont beaucoup à apprendre.







Chap

chapitre 8

AOI : 25 ans d'évolution

J. Abellard, F. Courtel
B. Decroix, J. Rio
I. Thiébot

En 25 ans, l'AOI est intervenue dans des régions aux contextes différents en Afrique, en Asie du Sud-est et en Haïti.

Les analyses de situation et les actions de terrain ont permis d'acquérir une connaissance des problèmes spécifiques de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement où des **constantes communes** sont observées.

CONTEXTE

La situation épidémiologique dans les pays en développement se caractérise par la progression des pathologies bucco-dentaires liée à l'augmentation de la consommation en sucres et en tabac.

La santé bucco-dentaire n'est pas une priorité dans des régions où des pathologies à risque vital sont très fréquentes (HIV, paludisme...). Pourtant, les maladies bucco-dentaires provoquent des douleurs intenses qui perturbent la vie quotidienne (perte de sommeil, fatigue, diminution de la capacité de travail, absentéisme à l'école...), des altérations de fonctions importantes, en particulier des difficultés pour s'alimenter, des infections chroniques susceptibles d'aggraver des états de santé précaires.

La santé bucco-dentaire est peu prise en compte dans le cadre des politiques de santé

publique. Les ministères de la santé avec un secteur de santé bucco-dentaire et un plan national sectoriel sont rares. Dans ce contexte épidémiologique, les activités curatives sont la priorité à tous les niveaux de décision et d'action (ministères, districts, acteurs de la solidarité internationale...) au détriment des approches préventives.

Les ressources affectées à la santé bucco-dentaire sont insuffisantes. Les faibles moyens financiers des Etats et de la population sont mobilisés pour d'autres besoins.

La prévention est peu développée. Les dentifrices fluorés, dont l'efficacité est prouvée, ne sont pas accessibles financièrement pour la majorité de la population. Ils sont importés et classés comme cosmétiques et fortement taxés. La fiabilité du fluor contenu dans les dentifrices « bon marché » est douteuse. Dans une perspective de prévention, la fluoration de l'eau ou du sel de table est plus abordable pour la population. Celle de l'eau n'est envisageable dans les contextes de ces pays qu'en milieu urbain en fonction du niveau du réseau de distribution en eau potable. La fluoration du sel est envisageable dans des pays où la production de la plus grande partie du sel est locale.

La majorité de l'offre de soins est concentrée dans les plus grandes villes. Elle est fon-



Le contexte

dée sur une approche de type occidental : cabinet dentaire avec un plateau technique performant et du personnel très qualifié (chirurgiens-dentistes ou infirmiers spécialisés en odontologie). Les services dentaires publics souffrent de leur qualité souvent médiocre (hygiène et soins), de la moindre confiance de la population, de leur dysfonctionnement fréquent : pannes de matériel (absence de pièces de rechange ou de technicien de maintenance), ruptures d'approvisionnement de consommables faute de budgets et du manque d'accessibilité aux consommables (circuits d'approvisionnement, pas de suivi par les centrales d'achats des médicaments essentiels...). L'activité principale est l'extraction. Ces services sont peu utilisés. De nombreuses études ont montré les très grandes difficultés de fonctionnement, butant sur des problèmes techniques, financiers, organisationnels auxquels s'ajoute la motivation du personnel. La plupart des tentatives de rationalisation des activités et des méthodes de gestion se sont soldées par des échecs.

Le service privé se développe en zone urbaine. Il n'est accessible qu'à la partie la plus aisée de la population.

En zone rurale, l'offre de soins bucco-dentaires est limitée. Elle est rare dans les centres de santé. Il existe parfois des cabinets dentaires dans les hôpitaux de district mais leur fonctionnement est encore plus aléatoire que dans les villes (équipements en panne, absence de consommables...). Généralement, on n'y pratique que des extractions. L'hygiène est souvent défaillante.

La population fait fréquemment appel à des "tradipraticiens" moins coûteux (tarif, déplacement). Sans formation médicale, ils pratiquent des extractions, généralement sur les marchés. Les risques de contamination entre patients sont très importants et ils n'ont pas de compétences en cas de complications (fractures de racines, hémorragies...). L'expérience montre, qu'après l'ouverture d'un service de qualité assurant le "soulagement de la douleur dentaire" dans un centre de santé, la population abandonne rapidement le thérapeute ambulancier qui quitte les lieux faute de clients.

La formation des chirurgiens-dentistes est calquée sur le modèle des pays développés avec une représentation curative de la

fonction. Pour des motifs socioculturels et économiques, les praticiens ne souhaitent pas s'éloigner des grandes villes. Ils sont peu formés en santé publique et voient dans la délégation de tâches plus une concurrence qu'une complémentarité ou une occasion de jouer un rôle différent (formation, mise en place de programmes, suivi et supervision) dans une visée de santé publique (accès aux soins d'urgence en zone rurale, éducation pour la santé...).

La plupart des **auxiliaires spécialisés en santé bucco-dentaire** ont une activité similaire à celle des chirurgiens-dentistes dans les structures sanitaires. Cette superposition de fonction de deux échelons de formations différentes est préjudiciable au système de santé.

Les intervenants européens qui s'impliquent dans des actions de solidarité internationale transfèrent fréquemment les schémas de la santé bucco-dentaire de leur pays sans adaptation aux problèmes locaux.

ÉLÉMENTS DE RÉPONSES

Sur la base des situations et des problématiques identifiées, l'AOI se positionne sur des domaines d'actions ciblés, dans la recherche d'efficacité et de pérennité :

- La formation,
- La prévention par l'accès au fluor,
- L'amélioration de l'accès aux soins par la prise en charge de l'urgence et le soulagement de la douleur,
- L'amélioration du contrôle des infections croisées lors des soins.

Les modalités de mise en œuvre de ces activités répondent à une méthodologie visant à mettre les partenaires locaux en situation de maîtrise des projets (objectifs, résultats concrets à moyen et long terme...).

1. LA FORMATION

La formation est un axe majeur qui répond à plusieurs impératifs :

- Le renforcement des capacités en santé publique des partenaires pour qu'ils mènent leurs programmes avec des bases solides de connaissances et d'expériences (planification en santé, gestion de programme, recherche de fonds, stratégies basées sur des preuves, prévention des infections croi-

- sées...),
- L'amélioration des compétences d'acteurs de terrain locaux (soignants ou techniciens) pour une mise en œuvre d'activités de qualité avec les moyens matériels nécessaires. La priorité est donnée aux soins de santé primaires et à la prévention des infections croisées,
 - La participation à une dynamique d'éducation au développement dans les pays du Nord pour faire évoluer les concepts en matière de santé et d'intervention dans les pays du Sud.

Le renforcement des compétences locales est une clé du succès et de la pérennité des programmes.

L'AOI intervient en collaboration avec des établissements universitaires (intervention du Pr JC Borel).

2. PREVENTION : ACCES AU FLUOR

Dans des pays où la population est très jeune et où la carie progresse avec la consommation de sucre, la priorité consiste à limiter l'apparition des pathologies.

La voie de l'éducation pour la santé en milieu scolaire a été la première ligne suivie par l'association. La recherche a montré que cette stratégie est peu efficace en l'absence d'accès aux moyens d'hygiène bucco-dentaire, au fluor et aux soins.

Les travaux d'universités et de nombreux experts ont montré l'efficacité du fluor dans la prévention des pathologies carieuses, avec un haut niveau de preuve scientifique. Aussi, en accord avec les recommandations de l'OMS, l'AOI a travaillé sur l'accès au fluor par le dentifrice ou le sel fluoré.

Si le dentifrice fluoré est le moyen le plus efficace de prévention de la carie, se pose le problème du contrôle de qualité du produit et de l'accessibilité financière.

Une partie des dentifrices disponibles sur le marché ne correspondent pas aux normes reconnues pour un effet bénéfique fixées par l'OMS. Un travail est à faire au niveau de chaque pays pour mettre en place des modalités de contrôle et du lobbying auprès de fabricants.

L'accessibilité financière est un problème non résolu pour des populations de niveau économique faible ou très faible. Considéré par les gouvernements comme un produit

cosmétique, le dentifrice fluoré est fortement taxé (près de 50% de son prix). Il faudra probablement attendre un nouveau statut réduisant les taxes pour qu'il devienne accessible à une majorité de la population.

Le sel fluoré est une alternative intéressante. La fluoration du sel augmente peu son prix de production et il est consommé par l'ensemble de la population.

Perspectives / Orientations

- Apporter un appui au programme expérimental de fluoration du sel au Laos et en tirer des conclusions en matière de faisabilité et de résultats,
- Etendre cette action dans d'autres régions,
- Soutenir des projets d'amélioration de l'accès au dentifrice fluoré pour des populations de niveau socio-économique intermédiaire,
- Capitaliser et diffuser les résultats pour faciliter la mise en place de projets similaires par d'autres intervenants, dans d'autres régions.

3. ACCES A UNE OFFRE DE SOINS DE QUALITE

Il est cependant nécessaire de compléter les efforts en matière de prévention par des actions en faveur de l'accès aux soins.

Les réhabilitations de cabinets de référence ont montré jusque-là des résultats médiocres. Ils constituent une offre de soins de base (extractions) pour la population urbaine.

Des recherches de solutions pour des soins primaires de base accessibles à une majorité de la population résidant en zone rurale ont été développées. La demande de la population est toujours l'extraction. Cet acte est effectué dans des cabinets de ville éloignée, ce qui représente un budget conséquent (déplacement, tarif des extractions...), ou sur le marché avec des risques non négligeables de complications. Dans cette perspective, il s'agit d'inscrire, en première priorité, l'intégration de ces soins dentaires de première intention (soulagement de la douleur) au paquet minimum d'activités. Les expériences en ont montré la faisabilité. Des personnels de santé (infirmiers...) de centres de santé ont été formés et suivis par des chi-

Le contexte

rurgiens-dentistes à cette prise en charge (diagnostic, prescriptions, pratique des extractions et des suites opératoires, référence...). Ce personnel acquiert rapidement une bonne compétence technique. Les tarifs sont fixés en tenant compte des coûts (consommables...) et des ressources de la population. L'accessibilité géographique et financière est grandement améliorée. La tarification des actes permet leur financement. La fréquentation des centres de santé est un indicateur de la demande et de la satisfaction des patients.

L'impérative qualité des soins comprend l'acquisition de la maîtrise du contrôle des infections qui est le principal problème rencontré dans les centres.

Dans une seconde phase, d'autres soins simples, ne nécessitant que de l'instrumentation manuelle, peuvent ensuite être envisagés compte tenu de leur faible coût (ART, ACT). Ils peuvent être mis en place de façon expérimentale auprès de publics prioritaires, tels que les enfants en milieu scolaire.

L'implication à tous les niveaux du système de santé (district, province, central), qui assure l'approvisionnement en consommables et la supervision, est un facteur dans la réussite à long terme et le maintien de la qualité des activités. Cet engagement reste une des difficultés. Il faut s'attacher à convaincre les responsables des enjeux de la mise en place des activités dentaires.

Les résultats sont très liés à la motivation du personnel des centres de santé et du district. La totalité des personnes concernées doit trouver un avantage dans la mise en place d'une nouvelle activité (nouvelle compétence, projet de carrière, valorisation de l'image, intéressement financier...).

La promotion des soins de base, s'accompagne d'appuis ponctuels à des structures d'échelons supérieures dans la pyramide de santé (hôpitaux nationaux, hôpitaux de référence dans des districts où les soins primaires dentaires sont introduits), en raison des liens existants entre les structures de base et les autres (soins de second niveau, référence...) ou de leur rôle dans la formation des futurs praticiens.

Il a été noté que la satisfaction du public lors des soins dentaires peut-être un facteur d'augmentation de la confiance de la popula-

tion dans la structure de soins pour la santé générale.

Perspectives / Orientations

- Consolider les expériences de soulagement de la douleur,
- Poursuivre des appuis à des structures nationales ou liées aux districts dans lesquels se déroulent des programmes de soins dentaires,
- Mener, si les conditions le permettent, des expériences de mise en place de soins de second niveau (ART, ACT),
- Capitaliser les expériences menées dans ce domaine pour en tirer des recommandations à valider par des groupes d'experts. La perspective est de diffuser ces résultats pour en faciliter la mise en place dans d'autres régions.

4. CONTROLE DE L'INFECTION

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

Les services de soins peuvent facilement être des vecteurs de maladies nosocomiales par des fautes d'asepsie répétées lors de la réalisation des soins. Les risques de contamination peuvent être réduits à l'aide de procédures standardisées et d'équipements adéquats. Des méthodes et des protocoles simples à mettre en œuvre et bien respectés sont une garantie par rapport au risque de contamination croisée. Les procédures sont peu coûteuses. Leur mise en place, à l'occasion de soins dentaires, peut être une occasion d'instaurer une remise à niveau et plus de rigueur dans le traitement du matériel médical général.

L'AOI a appuyé des projets d'amélioration de l'hygiène dans un souci de qualité et de sécurité des soins, par la mise en place d'évaluations, de formations et de réhabilitations dans des universités ou dans des services de soins d'échelon central, régional ou périphérique. A chacun de ces niveaux, l'enjeu majeur a été d'adapter les programmes

d'hygiène en fonction du contexte particulier et des ressources locales.

A titre d'exemple :

Dans la perspective des soins primaires, les formations à l'hygiène devraient devenir un préalable aux modules de soins et s'étendre à l'ensemble des personnels soignants des structures de soins concernées (des chirurgiens-dentistes jusqu'aux agents d'entretien), afin de sécuriser les pratiques de tous les intervenants. Des modules de formations (contenu et méthodologie) de personnel et de formateurs sont conçus à partir de capitalisation d'expériences puis validés par des groupes d'experts. Ils sont disponibles pour des acteurs du développement de la santé bucco-dentaire intéressés.

Perspectives / Orientations

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

POSITIONNEMENT ET MÉTHODE

L'esprit général de la méthode de travail de l'AOI repose sur un positionnement et un statut singuliers, ceux de « facilitateurs » et/ou d'« accompagnants des initiatives locales ». Sauf exceptions liées à des situations de déficit d'état, l'association inscrit son action d'emblée dans un processus d'institutionnalisation en passant un contrat avec les autorités sanitaires nationales et/ou régionales (Ministère, Direction régionale).

Sur le terrain, elle travaille en collaboration étroite avec les équipes locales afin d'appuyer différentes phases de réflexions, d'analyses, de

planification, de mise en œuvre et d'évaluations des actions de santé publique dentaire.

La faisabilité et la pérennité nécessitent :

- De faire un travail préalable avec les décideurs pour ancrer les programmes dans des politiques de santé publique, pour les fonder sur des bases communes, pour définir les rôles des participants,
- De mettre l'ensemble des partenaires locaux en situation de maîtrise de leurs objectifs de travail à moyen et long terme, en particulier, par le renforcement des compétences, si besoin,
- D'intégrer les programmes et les activités au système de santé, tant au niveau national que local afin d'utiliser toutes les ressources locales existantes (structures, personnel, circuit, programmes de santé...),
- De ne mettre en place que des activités dont les coûts générés sont en rapport avec les ressources disponibles.

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

Encadré

Les stratégies de l'AOI s'appuient sur :

- L'accompagnement de partenaires, maîtres des projets,
- Des réseaux de compétences internationaux (Universités, Institutions, ONG, Entreprises),
- Des expériences pilotes qui permettent de tester les solutions proposées,
- L'utilisation de techniques innovantes fondées sur des preuves scientifiques,
- L'évaluation et la capitalisation,
- Une perspective de transversalité et l'enrichissement des projets par des visions dépassant le seul domaine dentaire,
- La sensibilisation en France sur les questions de développement.



Le contexte

Pour proposer une expertise aux partenaires de terrain, l'AOI favorise des collaborations avec des universités, des institutions nationales et internationales, d'autres ONG, des entreprises et des bailleurs de fonds tels que l'Agence française pour le développe-

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





AOI : 25 ans d'évolution





Enjeux de la formation

II - ENJEUX DE LA FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

- 9. Ressources humaines
dans le domaine de la santé *H. Balique*
- 10. Ressources humaines en santé bucco-dentaire :
aspects macro, global, international *H. Benzian*
- 11. Renforcement des capacités *J.C. Borel*
- 12. Recherche et santé publique :
nécessité et problématique *C. Holmgren*



Chap

chapitre 9

Ressources humaines dans le domaine de la santé

Hubert Balique

L'intervention comporte deux parties : la première partie traite de la crise des ressources humaines, la deuxième des questions de formation en santé publique.

LA CRISE DES RESSOURCES HUMAINES.

On peut faire un premier constat : objectivement il existe un manque de ressources humaines qualifiées résultant d'une insuffisance quantitative, mais aussi d'une mauvaise répartition entre le monde rural et le monde urbain, entre les hôpitaux et les actions de terrain.

Deuxième constat : le manque de compétences par inadéquation des formations aux besoins et par insuffisances de la formation continue.

Troisième constat : le manque d'engagement des ressources humaines en faveur du service public, véritable divorce entre le service public et les personnes qui sont chargées de le réaliser.

Un quatrième constat est spécifique des pays en développement : c'est le départ à l'étranger ou le non retour des professionnels de l'étranger.

Premièrement, nous allons analyser ces différents aspects en s'appuyant sur l'exemple du Niger. Il faut souligner un manque de maîtrise en termes de planification des besoins,

de la production et des réalisations. Ce n'est pas le cas dans tous les pays, mais flagrant au Niger et au Mali. C'est un problème de longue date qui n'a pas été résolu.

Encadré 1

RESSOURCES HUMAINES : GRANDE FAIBLESSE ACTUELLE DES SYSTEMES DE SANTÉ

- Manque de ressources humaines qualifiées :
 - Insuffisances quantitatives des ressources humaines
 - Mauvaise répartition des ressources humaines disponibles
- Manque de compétences :
 - Inadéquation des formations aux besoins
 - Insuffisances de la formation continue
- Manque d'engagement des ressources humaines en faveur du service public
- Départ des professionnels de santé à l'étranger

Deuxièmement, le manque de volonté politique, ne peut pas être nié et si le politique ne prend pas le problème à bras le corps, on ne peut obtenir de résultats. Le

troisième point est l'absence d'esprit novateur pour sortir des sentiers battus (pas d'approche économique des questions de ressources humaines dans le cadre du Service public de santé). Enfin le dernier point est le manque de confiance dans les capacités nationales : il faut que les populations agissent avec conviction.

Pour illustrer cette problématique, prenons l'exemple des Centres de Santé Intégrés (CSI) ruraux du Niger. Plus de 50 %, des CSI ruraux du Niger - centres de premier niveau - n'ont qu'un infirmier, généralement un homme, ce qui pose problème lorsqu'il faut aborder les questions de la reproduction, les accouchements etc. Il n'y a qu'une seule personne alors qu'il serait nécessaire pour obtenir les résultats escomptés, de disposer de 4 infirmiers, dont 2 hommes et 2 femmes. On constate que dans des écoles de formation paramédicales publiques ou privées, les effectifs sont à plus de 80 % constitués par des filles. Le coût des formations dans ces écoles, publiques et privées, varie entre 200 000 et 500 000 francs CFA, c'est-à-dire entre 300 et 750 euros, par élève et par an. Ces chiffres suffisent pour prévoir qu'aucun élève ne sera issu du monde rural. Un paysan ne peut pas payer de telles sommes pour que ses enfants soient formés.

Encadré 2

RESSOURCES HUMAINES : GRANDE FAIBLESSE ACTUELLE DES SYSTEMES DE SANTÉ

- Manque de planification
- Manque de volonté politique
- Manque d'esprit novateur pour sortir des sentiers battus : manque d'approche économique des ressources humaines dans le cadre du service public de santé
- Manque de confiance dans les capacités nationales

Des propositions sont faites, elles sont assez lapidaires :

- Octroi de 2500 bourses,
- Des écoles de formation en dehors de Niamey pour que les élèves issu(e)s du monde rural retournent exercer à la campagne,

- Refonte des programmes de formation en regard des fonctions et des tâches à exercer en CSI. Par exemple, il doit y avoir au Niger, au moins 20 % de socio anthropologie de communication. Pour analyser avec des femmes en milieu rural les problèmes de naissances, les problèmes de planning familial, il faut être capable de comprendre leur rationalité, d'entrer dans leur univers. L'approche d'une pédagogie propre au Niger doit se faire à l'école et par des stages dans les villages, sur le terrain. L'école nationale de Santé publique de Zinder pourrait former pour les zones Haoussa, zones de forte densité et on pourrait créer une école à Tahoua, au sud d'Agadès, qui prendrait en compte dans l'enseignement les caractéristiques spécifiques des populations du Nord Niger,
- Recrutements opérés par les districts et non plus centralisés par la Fonction Publique.

Comment sortir de l'impasse à propos des ressources humaines ?

Il y a deux types de réponses : des réponses purement techniques et des réponses à dimension politique.

Dans le domaine **purement technique**, il s'agit d'appliquer les méthodes de gestion des ressources humaines à l'instar de ce qui se fait dans le privé et permet d'obtenir des résultats. Il faut aussi appliquer les règles de la pédagogie moderne, c'est à dire former à des fonctions, à des tâches. C'est un débat récurrent avec beaucoup d'universitaires, pour qui la formation doit être « une formation en soi ». A mon avis, la faculté de médecine doit former des professionnels de santé pour travailler dans tel et tel contexte du territoire nigérien. Selon le docteur Desplat, il serait souhaitable que les écoles de médecine préparent les médecins à travailler en zone rurale, afin d'être capables d'assumer toutes les situations. L'apprentissage de l'exercice médical en milieu urbain est moins exigeant car la proximité de l'hôpital offre une alternative dans les cas graves.

Les autres réponses sont à **dimension politique**. Il faut ouvrir le débat sur les modalités d'emploi et de rémunération des ressources humaines; c'est un aspect important. Ensuite, on doit avoir un débat sur le coût des ressources humaines. Le secteur privé sait offrir



des salaires attractifs : un exemple d'ONG, que je ne citerai pas, a recruté pour 900 000 CFA des médecins qui gagnaient 200 000 francs CFA par mois. Aborder le problème des ressources humaines, c'est accepter la notion de coûts d'opportunité : il faut savoir dépenser. Si on souhaite qu'un médecin soit présent dans telle région, il faut créer les conditions pour qu'il accepte.

1. ANALYSONS EN DÉTAIL LE CONTENU DE CES MESURES PUREMENT TECHNIQUES

Promouvoir la planification. Il faut tenir à jour un fichier informatisé de toutes les ressources humaines en fonction dans le secteur public et privé. Ce fichier constamment réactualisé doit aussi recenser les personnels disponibles et les agents en formation sur place ou à l'étranger. Il est également indispensable de disposer d'un fichier informatisé des postes à pourvoir.

Un poste, c'est une entité définie par des fonctions et des tâches. Il faut donc identifier l'ensemble des fonctions et des tâches liées à chaque poste, puis élaborer un plan de développement des ressources humaines à dix ans. Ce plan est à réactualiser chaque année.

Consolider la formation. La formation universitaire est d'abord une formation professionnelle qui doit répondre aux besoins du pays. Par exemple, un médecin formé pour servir au Niger devrait être capable de faire une césarienne. Pour satisfaire à ces exigences il faut :

- Formuler des objectifs pédagogiques à partir des besoins définis par le ministère de la Santé,
- Elaborer un plan décennal de formation des ressources humaines réactualisé chaque année. Si on a besoin de former cent spécialistes il faut le planifier. Il faut que le ministère de la Santé formule ses besoins, puis réunisse les bailleurs de fonds afin qu'en concertation chacun s'engage dans l'exécution,
- Evaluer et certifier les écoles de formation; aujourd'hui, on assiste dans tous les pays à une multiplication d'écoles de formations d'infirmières et d'infirmiers et, s'il ne faut pas renoncer aux écoles privées, il faut qu'elles soient évaluées, qu'elles soient cer-

tifiées, que les programmes soient parfaitement validés, que les stages soient contrôlés, qu'il y ait des évaluations régulières des élèves. Ces missions seraient confiées à un « observatoire » chargé de définir le diplôme d'Etat car c'est l'Etat qui est responsable de la délivrance des diplômes,

- Evaluer périodiquement les enseignants ; assurer leur formation continue qui doit être statutaire et faire partie des critères d'évaluation.

En formation initiale, il est nécessaire de combler les insuffisances de formation à la pédagogie des enseignants. Depuis près de trente ans, de nombreuses initiatives ont démontré que c'est l'établissement de formation qui doit en avoir la mission en relation avec la révision des cursus.

Actuellement entre les mains du ministère de la Santé pour des raisons purement financières (gros financements, per diem, etc.), la formation continue doit être confiée aux écoles de formation et aux facultés de médecine. Pour que se crée l'incessant transfert de connaissance entre les enseignements de formation initiale et continue, il est indispensable que la formation continue soit confiée aux acteurs de la formation initiale.

Internet et les nouvelles technologies de l'information permettent la diffusion des informations les plus actuelles. L'installation de paraboles devrait ouvrir des champs d'autoformation, de visioconférences au plus profond des districts sanitaires du Niger. Déjà expérimentée entre Paris et Niamey pour une formation sur la réforme hospitalière, il est possible de solliciter régulièrement des enseignants français qui consacraient quelques heures pour un enseignement, depuis leur faculté, au bénéfice des médecins répartis sur tout le territoire du Niger.

Comment assurer une répartition adéquate des ressources humaines disponibles ?

Cette disposition ne va pas sans la protection des droits de chacun et pour cela il faut :

- Formaliser les règles d'affectation,
- Assurer l'équité et la transparence lors des affectations,
- Limiter la durée d'affectation dans les postes difficiles,
- Valoriser les séjours dans les postes difficiles; pour attirer des agents dans ces



Enjeux de la formation

postes, il faut créer des conditions attractives.

L'informatisation des fichiers de la Fonction publique devrait favoriser la recherche des postes en double affectation pour les couples.

Afin de créer des conditions attractives pour les postes difficiles, il faut affecter des logements de fonction (avec panneaux solaires, château d'eau, en commun avec le centre de santé) ; ces investissements sont indispensables. L'amélioration des conditions de travail fait aussi partie de la stratégie attractive de même que le paiement des frais de transport lors des congés. Certes, il y a un surcoût, un poste dans une zone difficile est plus coûteux et le Service public doit alors l'assumer. Enfin le versement de primes statutaires est important : primes d'éloignement, primes de responsabilité, de risque... Il n'y a pas une solution, c'est une accumulation de dispositions qui peuvent aider à solutionner ce problème.

Comment contribuer à la motivation des ressources humaines? L'engagement pour le Service public dépend de la direction : les agents aiment leur travail, avec un directeur qui sait diriger. Des rencontres personnalisées du médecin de district, du directeur régional, du directeur de la Santé sont autant d'encouragements, et contribuent à la motivation. Mais il convient également d'éviter les frustrations en proposant des plans de carrière équitables et motivants. La règle du jeu doit être la même pour tout le monde et garantir l'équité dans les affectations et les promotions.

Pour susciter l'engagement et la responsabilité, il est indispensable que les agents soient impliqués dans les décisions, que celles-ci deviennent leurs affaires, mais encore faut-il que les structures sanitaires disposent de l'autonomie de gestion. L'hôpital de Dosso, l'hôpital de Maradi, l'hôpital d'Agadez sont des services rattachés, actuellement encore, au ministère de la Santé, c'est-à-dire que les directeurs ne sont pas des patrons chez eux. Il faut aller vers une autonomie de gestion de toute une série d'acteurs pour installer de vrais responsables. Que chacun sache qu'il a des responsabilités, qu'il a une mission en attente, qu'il sera évalué non

pas pour le sanctionner mais justement pour accompagner le processus. Ce sont des éléments importants, dans la mesure où le challenge fait partie d'une certaine motivation. Il est indispensable de promouvoir l'évaluation. Sans système d'évaluation, il n'y aura pas de régulation. Il faut que l'on sache que les activités débouchent sur des résultats et que les personnels qui ont contribué à ces résultats puissent sentir qu'il en est tenu compte : l'absence de reconnaissance contribue au découragement.

2. LES RÉPONSES À DIMENSION POLITIQUE

Assurer une répartition adéquate des ressources humaines

Cet impératif figure à nouveau pour souligner qu'il dépend aussi de la volonté politique.

« Les obligations politiciennes » sont très présentes au Niger : le politique est là, à tout moment avec des conséquences sur la gestion des ressources humaines. Voilà un facteur qu'on ne maîtrise pas mais qui influe lourdement.

Au niveau de la stratégie, il faut qu'il y ait de la part des autorités, des plus hautes autorités du pays, une volonté politique affirmée. Dans le contexte, l'état de santé de la population, l'accès aux soins, constitue un fort levier politique.

La stratégie se résume en une phrase : passer d'une gestion à la personne à une gestion par poste. Aujourd'hui, à Bamako, des centres de Santé de référence comptent quarante ou quarante-cinq sages-femmes. Si on instaure une gestion par poste, on va identifier le besoin de dix postes pour assurer les congés, les présences, les gardes etc. ; on entre dans la logique dix postes, dix budgets. La sage-femme ne peut être admise s'il n'y a pas de poste car elle ne peut être payée. Il faut déconcentrer, décentraliser, c'est-à-dire confier la gestion des postes aux structures déconcentrées de l'Etat, au niveau des districts. Ce sont des décisions qui ne sont pas évidentes politiquement, il faut arriver à ce que les autorités politiques ne puissent traiter de cas personnel. Il faut que le mécanisme interdise au responsable politique de pouvoir intervenir. Sans volonté politique d'adopter



ces boucliers pour se protéger des obligations sociales et politiques, rien ne changera. Le Mali vit la décentralisation depuis maintenant quinze ans, les collectivités locales peuvent recruter et c'est une perspective intéressante. La commune qui recrute un agent permet l'insertion des compétences sur place.

Contribuer à la motivation des ressources humaines dans la dimension politique

On touche là **une contrainte** : la grille de la fonction publique ne peut être modifiée mais si des améliorations sont apportées dans le secteur de la santé elles pourraient s'appliquer à toute la fonction publique.

Stratégie à développer :

- Considérer les professionnels de santé d'abord comme des pères et des mères de famille, c'est l'élément déterminant. On parle de qualité des soins en termes simples : "la qualité des soins c'est ce que vous souhaitez pour votre épouse, pour votre fille, pour votre maman", ensuite on arrive à construire un modèle de qualité et on peut évaluer. Au Niger, pour 95% de la population, les salaires ne permettent pas de faire face à des obligations de pères et de mères de famille. Même si les gens sont privilégiés, un infirmier ou même un médecin n'a pas les moyens de s'occuper comme il le voudrait de ses enfants parce qu'il a des contraintes ; des contraintes sociales. Pour la fête « la Tabaski », il faut habiller les enfants de pied en cap, c'est une nécessité sociale pour « exister » qui engendre une grande dépense et... il y en a d'autres. Il faut accepter une société avec des classes moyennes, ces pays ont besoin de classes moyennes, ils ont besoin d'enseignants, ils ont besoin de médecins ; ces personnes ont fait des études, ils ont des exigences de rémunération. Il est important que dans un pays, il y ait des capacités de soins, des hôpitaux de qualité, c'est un facteur pour amener les gens à rester sur place. Moi-même, si je n'avais pas de sécurité, si j'étais inquiet pour mes parents, pour mes enfants, je ne resterais pas au Niger. On ne peut demander à la population d'adopter des conduites que nous n'aurions pas nous-mêmes.

- Réconcilier les agents avec le Service public est un point important de stratégie afin que

les agents adhèrent à cette notion de Service public. Dans le langage des bailleurs de fonds, le terme n'existe pas, et pourtant, le Service public, c'est précis, et les Français peuvent défendre ce concept.

- Sortir de la perversion des *per diem*, le pire des cancers. Le *per diem* est l'indemnité quotidienne. Un infirmier qui gagne 80 000 francs CFA par mois arrive à gagner les 200 000 CFA dont il a besoin, avec les *per diem*. Le système du *per diem* est une perversion : une formation est organisée et il suffit de somnoler pendant toute la formation pour toucher le *per diem*. Parfois même, il y a substitution de personne, le mari va émarger pour sa femme parce qu'il a besoin de la femme à la maison. Personne ne le mettra en défaut parce qu'on ne peut pas être méchant avec quelqu'un. C'est un problème vital, les gens ont besoin d'argent ; ventre affamé n'a pas d'oreille, il faut un minimum. Le paysan, n'a pas les mêmes moyens, n'a pas la même demande, n'a pas les mêmes besoins que le citadin... chacun s'adapte ; si on éduque quelqu'un, ses besoins augmentent.

- Il faut tenir compte des coûts d'opportunité des ressources humaines. Lorsqu'on veut que les cadres français restent en France, ne partent pas aux Etats-Unis, on les paye. Ce sont des coûts d'opportunité, c'est-à-dire les sommes qu'il faut savoir dépenser pour obtenir le résultat attendu. En économie, on peut calculer le coût d'opportunité avec toute une série de méthodes quantitatives, c'est « ni la Bible, ni le Coran », il faut rentrer dans cette logique.

Il faut élever les revenus de façon appropriée et les primes statutaires sont un minimum.

- Elles sont allouées : selon les responsabilités, selon les affectations (pour qui est nommé au loin, au fond du Sahara), selon la situation familiale (pour qui a des enfants etc.)

- L'intéressement au résultat : dans le cadre de contrats, dans la logique de contractualisation, un intéressement par équipe est une bonne orientation. Il ne s'agit pas d'une prime individuelle, mais d'une prime allouée à une équipe. Dans un service hospitalier, l'intéressement individuel serait forcément inéquitable. Les plus timides, les plus réservés ou les plus consciencieux, qui travaillent





Enjeux de la formation

pour les autres, risqueraient d'être lésés. Les scores de performance à définir sont basés sur l'atteinte de plusieurs objectifs librement fixés par les intéressés eux-mêmes. Dans tel district, le taux d'accouchement est de 5 %, l'objectif est de passer à 15%, deux personnes prennent en charge le contrat. Ensuite le taux de réalisation est évalué. L'évaluation est faite de façon régulière par des structures indépendantes. Cela pose à nouveau le problème de la création de « l'observatoire de la Santé » sans lequel il n'est pas possible de parler de contractualisation si on ne peut pas évaluer les résultats engagés.

Un autre point est à envisager pour l'hôpital public : créer un **secteur personnalisé à l'hôpital public** équivalent au secteur privé de l'hôpital en France. Est-il pertinent dans l'hôpital français de 2009 ? Là n'est pas la question, mais il serait utile pour les hôpitaux du Niger. Dans un hôpital au Niger, le professeur, à temps plein hospitalier, n'est jamais là pour longtemps. Il arrive à neuf heures du matin et s'il y a une visite officielle, il fait du bruit pour attirer l'attention, puis il part vite dans sa clinique privée. En 1958 en France, la réforme qui a instauré l'exercice privé à l'hôpital, a attiré des compétences et le résultat a été très positif. Pour que l'hôpital marche il doit attirer les patients nantis avec un plateau technique moderne et des compétences et aussi la possibilité de disposer d'une chambre individuelle, climatisée, reliée au téléphone, des repas qui viennent de l'hôtel d'à côté. La situation n'est pas fermée, à condition d'accepter de sortir d'un carcan de pensée. Dans la loi hospitalière du Mali, ces dispositions sont inscrites, mais jusqu'à ce jour les médecins y sont opposés. Par contre, les jeunes sont intéressés, et des simulations sur une approche économique (notions de productivité, de rationalisation des fonctions...etc) démontrent la possibilité d'accès à des revenus très intéressants. La création de pôles spécialisés planifiés au niveau national et international ouvre des perspectives : installer un pôle de neurochirurgie à Dakar, un pôle de chirurgie cardiaque ou de greffe du rein à Abidjan etc. Le grand enjeu de l'Afrique, pour les décennies à venir, c'est l'intégration africaine, de la même façon que l'un des grands enjeux de la France, c'est l'Europe. L'idée peut paraître utopique, dans

un continent ravagé par des conflits, c'est assurément une des réponses les plus intéressantes. Sur ce terrain-là, les français ont aussi une place privilégiée ; la zone UEMOA, Union Economique et Monétaire Ouest – Africaine, zone francophone des anciennes colonies françaises, issue du creuset culturel français, peut constituer un espace sous-régional dans lequel peuvent se développer des pôles de référence en matière de formation des chirurgiens dentistes. Quelques sites, judicieusement répartis dans la sous-région, plutôt que dupliqués dans chaque pays, constitueraient des ressources de compétence mises à la disposition de tous les personnels de santé bucco-dentaire grâce au réseau internet.

Evaluer les ressources humaines.

- L'évaluation est indispensable et concerne les compétences des agents et des équipes, l'adéquation entre les compétences et l'emploi, l'efficacité des équipes soignantes et le niveau des résultats des équipes,
- L'évaluation doit être confiée à « l'observatoire de la Santé », structure indépendante nationale, en réseau avec d'autres établissements, avec des instituts étrangers (notamment français). Cet observatoire ouvrirait, dans le domaine de la santé bucco-dentaire, des perspectives de collaboration intéressantes entre les pays d'Afrique francophone et les universités françaises,
- Les résultats des évaluations doivent être utilisés pour améliorer la formation, la gestion des ressources humaines et l'intéressement aux résultats.

Retenir ou ramener les cerveaux.

Les meilleurs spécialistes sont souvent recrutés par des organisations internationales. Soixante à soixante dix médecins de santé publique maliens, formés à la Faculté de Médecine de Bamako, travaillent actuellement à la Banque mondiale, à l'UNICEF, à l'OMS... et ne sont pas au Mali. Parallèlement, les cabinets ministériels souffrent d'un manque de compétences et d'expertise. Au Niger, le poste de directeur de l'organisation des soins - structure chargée de la tutelle des hôpitaux - est occupé par une infirmière. Cette situation montre combien le ministère, dépouillé de ses propres expertises sur le terrain de la Santé publique, est contraint d'utiliser





liser des ressources humaines à contre-emploi.

Diverses mesures sont à prendre pour ramener les diplômés nationaux :

- Diffuser l'information sur les postes disponibles et gérer sans délai les affectations. Je dois citer l'aventure de ce médecin de campagne, qui illustre particulièrement l'échec résultant d'un défaut d'information. Après six ans de médecine de campagne au Mali, ce médecin généraliste part au Bénin, pour suivre ses études pour être chirurgien. Après deux ans, il me sollicite pour un poste... qu'il trouve à Clermont-Ferrand, où il reste quatre ans. Revenu au Bénin pour passer son diplôme, il souhaite rentrer au Mali, se heurte à l'inertie du système et, las d'attendre, retourne à Clermont-Ferrand où il était attendu. Une bonne gestion de l'information, de part et d'autre, aurait assuré le retour au Mali d'un praticien compétent et utile à son pays,
- Reconnaître et valoriser les expériences acquises de celui qui a fait la démarche et l'effort d'enrichir son savoir professionnel,
- Assurer des rémunérations attractives. Le secteur personnalisé à l'hôpital peut être une réponse,
- Assurer la présence d'experts dans les emplois majeurs : on peut proposer de créer un statut d'expert africain, renouvelé tous les cinq ans avec une accréditation,
- Ouvrir la possibilité au gouvernement de rappeler les experts africains, représentants de l'OMS, de la Banque mondiale, de l'UNICEF etc. en maintenant leur rémunération dans leur pays d'origine. Actuellement travaillent au Niger, un Burkinabé, payé par l'Union européenne, un Guinéen payé par l'AFD, un Congolais payé par la Belgique, alors qu'un Nigérien est en poste à l'étranger. C'est un vrai problème !

3. DES EXEMPLES CONVAINCANTS AU MALI

Les CSCOM¹: Ils sont signataires d'une convention de Service public avec l'Etat. Il s'agit d'une délégation de service : les centres de santé sont des structures privées, sans but lucratif, qui recrutent leur personnel, et qui sont liées à l'Etat par une Convention de Ser-

¹ CSCOM : centre de santé communautaire

vice Public. Lancé en 1988, le premier centre a été créé en 1989 offrant des débouchés aux médecins récemment diplômés. Le système s'est généralisé et actuellement les 3/4 du personnel qui sont dans ces centres ne sont pas agents de l'Etat mais sont payés par l'association qui les emploie.

La médecine de campagne. De longue date, au Mali, il était dit aux médecins africains de ne pas aller en brousse, au prétexte que les populations trop pauvres ne pouvaient payer le médecin. Voilà une affirmation à nuancer : au Mali, il y a 115 médecins qui vivent, qui ne sont pas fonctionnaires, et qui travaillent dans des centres de santé ; certains vont fêter cette année, le vingtième anniversaire de leur installation. Seraient-ils restés vingt ans sans y trouver un certain intérêt professionnel et économique?

Le laboratoire de Recherche de la Faculté de Médecine du professeur Ogobara Doumbo à Bamako est un exemple. Certes il s'agit d'une personnalité exceptionnelle qui démontre qu'il n'y a pas de fatalité et qui attire dans son laboratoire plusieurs dizaines de maliens, formés pour la plupart aux Etats-Unis, revenus au pays titulaires de PHD. Aux Etats-Unis, le Pr Doumbo disposerait d'un meilleur salaire et de dix fois plus de crédits recherche : il a fait le choix du Mali. Certains ne pensent pas revenir dans leur pays (15 %, 20 %, peut-être). Mais, il existe un pourcentage assez significatif de personnes prêtes à aller en milieu rural. Quand a été lancé le concept pour les installations des médecins de campagne, personne ne misait sur le succès de l'opération. Et pourtant, l'OMS a publié l'évaluation du programme après vingt ans. Et maintenant, c'est Madagascar qui s'engage dans ce chemin et aussi le Bénin dont l'université de Parakou s'organise en conséquence.

LA FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Je voudrais d'abord souligner qu'il y a **trois métiers différents** :

Les agents de Santé de premier niveau assurent la prise en charge des malades et, étant au premier niveau, ils ont aussi une activité de Santé publique : s'occuper de vaccinations, aller dans les villages, avoir une



activité éducative. C'est l'activité des médecins de campagne généralistes partagée à 50/50 entre la Santé publique et la médecine de soins, schéma que l'on n'a pas su développer en France.

Les agents hospitaliers doivent à 90 % de leur temps assurer les soins hospitaliers mais ils ont besoin d'avoir une formation en Santé publique, parce qu'ils participent à des courants nationaux, ils appartiennent à un système, donc, il faut qu'ils en connaissent la langue, il faut qu'ils soient capables de raisonner : un gynécologue-obstétricien dans un hôpital doit participer à la lutte contre la mortalité maternelle, et doit avoir des connaissances en Santé publique, en économie de la Santé, en épidémiologie, en socio-anthropologie etc. Dans le cadre du travail à l'intérieur de l'hôpital, il doit avoir une culture de résultats qui participe également à la Santé publique.

Les agents des circonscriptions sanitaires : le responsable de district sanitaire, le responsable de région, l'expert etc., travaillent à la prise en charge d'une population. Je plaide, s'ils sont médecins, pour qu'ils gardent le contact avec leur profession, par des consultations pour 20 % de leur temps d'activité et consacrent 80% aux actions de santé publique.

LE CONSTAT DANS LES UNIVERSITÉS D'AFRIQUE

Le cursus de base des institutions de formation, est encore aujourd'hui, trop orienté vers une formation hospitalo-centrée. On constate des insuffisances de planification pédagogique par rapport aux besoins, mais le temps consacré à l'enseignement de la Santé publique est généralement élevé. Les stages de Santé publique sur le terrain sont essentiels. En épidémiologie, on peut faire des courbes, des calculs, mais il faut aussi aller sur le terrain, être supervisé dans des zones de formation. Au Burkina Faso notamment, les étudiants partent en stage avec des objectifs, ils sont supervisés pour réaliser un projet précis. Les thèses et mémoires sur les sujets de Santé publique constituent un point important : pendant six mois, un an, parfois même davantage, l'étudiant se concentre sur un sujet, sur un problème de Santé publique.

La formation continue est accaparée par le ministère de la Santé et génère les dysfonctionnements déjà évoqués.

Les spécialisations en Santé publique, sont en plein développement, avec de plus en plus des formations à distance : le ministère des Affaires étrangères, l'ISPED de Bordeaux, Nancy... proposent des formations. Ces formations sont-elles bien adaptées aux besoins du pays ? la question se pose parce que le programme, conçu en France, peut ne pas correspondre aux besoins d'un pays africain.

Dans le contexte actuel, la formation en Santé publique est recherchée par les pays, par les organisations internationales et par les étudiants eux mêmes qui en espèrent un revenu plus lucratif (contrat sur projet et *per diem*...).

FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE DANS LE CURSUS DE BASE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Importance d'une planification rigoureuse. A partir des tâches liées à chaque catégorie d'emploi et adaptées aux spécificités de chaque filière.

Formation progressive

La formation en Santé publique doit se faire dès la première année pour que l'étudiant acquiert cette culture et qu'il ne fasse pas d'opposition entre santé publique et médecine individuelle alors que c'est la même problématique. L'individu doit être pris dans sa globalité avec des problèmes d'individu et avec des problèmes d'insertion dans un environnement. Il est important que, dès la première année, l'étudiant soit mis dans ce milieu et puisse commencer à réfléchir sur les problèmes de Santé, tandis que, au même moment, il reçoit une formation clinique solide. La formation théorique réunit les questions classiques. Les stages sur le terrain rassemblent quatre composantes :

- La connaissance du contexte, de l'environnement avec une formation en socio-anthropologie etc,
- La réalisation de l'enquête qualitative et quantitative,
- La pratique des actions de Santé : comment faire un programme de vaccination, comment lancer un programme de fluoruration, comment mener telle et telle activité de



santé scolaire, comment collaborer avec les enseignants...,

- La planification, la gestion et l'évaluation.

FORMATIONS SPÉCIALISÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

Importance d'une planification rigoureuse.

A partir des tâches liées à la catégorie 3 (agents de circonscription sanitaire).

Ouverture vers les masters.

Dans le système LMD, plusieurs options de formations sont offertes : Santé publique, épidémiologie, économie de santé, socio-anthropologie, qualité des soins.

L'importance des terrains de stage est primordiale et «l'observatoire de santé» pourrait offrir une bonne occasion d'aborder les questions.

FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE DANS LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE

La formation continue doit prendre une connotation statutaire, devenir une obliga-

tion, incluse dans le temps de travail, non rémunérée mais défrayée. Elle ne doit pas constituer une source de revenus complémentaires ; les revenus complémentaires, émergent avec les résultats.

Les formations à distance.

FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE DANS LE CADRE SOUS RÉGIONAL

Au niveau sous-régional, l'OOAS, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, est très engagée pour uniformiser les programmes. L'organisation ouest africaine de la Santé, organe spécialisé de la CEDEAO² regroupe les quinze pays francophones et anglophones d'Afrique de l'Ouest, elle siège à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso et conduit un travail important d'harmonisation.

Un souhait pour terminer : faire participer les étudiants en fin d'études, sous l'égide de «l'observatoire de la Santé», aux enquêtes de terrain lancées par le Ministère de la Santé.



² CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest







Chap

chapitre 10

Ressources humaines en santé bucco-dentaire : aspects macro, global, international

Habib Benzian

En ce qui concerne la santé bucco-dentaire, les professions concernées sont le chirurgien-dentiste, l'assistant dentaire, l'hygiéniste dentaire, le technicien de laboratoire, le prothésiste, et le thérapeute.

Ces professions ne sont pas bien définies et varient selon les pays. L'organisation internationale du travail a bien défini pour le médecin-dentiste ses tâches, sa formation, etc. Mais elle a abandonné le projet de définir les autres professions parce que, dans chaque pays, leur cahier des charges et leur formation sont différents. Il existe toutes sortes de niveaux intermédiaires entre ces professions dans chaque pays, sans vraie définition. Le thérapeute a une formation moins longue et moins intensive que celle du médecin dentiste, mais fait des interventions cliniques. Pour l'assistant dentaire, on peut faire un catalogue de tâches principales, mais dans chaque pays, il y a des modifications et des différences.

Quand on parle de ressources humaines, quelles sont les problématiques, quelles sont les réalités ? Il faut considérer la formation, la qualité des soins, l'éducation, la qualité de l'éducation, les relations entre les professions, la supervision, la hiérarchie entre les professions, la pratique, la planification : ce

sont juste quelques éléments que je vais détailler.

Quand on analyse le nombre de chirurgiens-dentistes au niveau mondial, on distingue les pays qui en ont un fort taux (un pour 1 000 habitants ou plus) tels que l'Australie, les Etats-Unis, le Brésil, les pays de l'Europe, quelques pays d'Amérique latine et les pays avec le taux le plus faible (0,1 dentiste pour 1 000 habitants) comme en Asie et surtout en Afrique. Le nombre n'a pas de rapport avec l'état de la santé bucco-dentaire.

Prenons le cas de l'Afrique : l'Afrique a environ 680 millions d'habitants et environ 13 500 chirurgiens-dentistes dans tout le continent (un pour 50 000 habitants voire un pour 250 000 habitants). Ce chiffre-là ne nous dit rien, c'est une simplification liée à la statistique. Quand on analyse la distribution dans chaque pays, il existe un grand écart entre les zones rurales et les capitales. Dans la plupart des pays où il y a peu de praticiens, ils sont presque tous basés dans la capitale où se trouvent les populations qui ont les moyens de s'offrir les services nécessaires.

Des exemples forts : au Rwanda, sont présents 15 chirurgiens-dentistes et une cinquantaine de thérapeutes formés après la guerre civile, pour une population de 8 millions d'habitants. Sur ces 15 praticiens, 11 ou





Enjeux de la formation

12 exercent au centre hospitalier à Kigali, et les 3, 4 autres en campagne, en zone rurale. Le Sierra Leone est un exemple terrible : 9 dentistes, seuls professionnels en santé bucco-dentaire; 8 d'entre eux sont dans la capitale Freetown et une collègue est dans une des villes en dehors de la capitale pour une population d'environ 5 millions d'habitants. Vous pouvez vous imaginer que même pour les soins de base, ce n'est pas possible d'assurer un accès aux soins.

Quand on analyse les statistiques de l'OMS AFRO pour le nombre de chirurgiens-dentistes formés, ils étaient 150 en 98 et 244 en 2001 formés dans les facultés africaines. En moyenne environ 180 sont formés sur place. Avec ce taux de formation, il faut 100 ans pour doubler le nombre de dentistes existants et cela ne tient pas compte du nombre de ceux qui ne travaillent pratiquement pas, qui déménagent, qui quittent la profession etc. Le nombre de professionnels de santé bucco-dentaire est tout à fait insuffisant. Ce nombre n'est pas vraiment un indicateur pour l'état de la santé bucco-dentaire; il y a beaucoup d'autres éléments à prendre en compte.

LA FORMATION

La fédération internationale des enseignants en médecine dentaire FDA, basée à Washington aux Etats-Unis, estime à plus de 900 le nombre d'écoles dentaires dans le monde. Personnellement, je crois que le nombre est au moins le double. Mais il n'existe pas de statistiques fiables. Cette fédération estime qu'il y a plus de 30 000 enseignants en santé bucco-dentaire. Tous ces chiffres sont, sans doute, un peu sous-estimés.

Il existe un problème d'accréditation et de standards pour les écoles. C'est un business, ouvrir une école dentaire privée permet de gagner beaucoup d'argent en très peu de temps, mais la qualité de l'éducation n'est pas garantie. Il y a des exemples de nouvelles écoles dentaires au Brésil et en Inde, deux pays à forte émergence. Cela pose un problème parce que l'Etat et la réglementation d'accréditation ne peut pas suivre l'évolution si rapide des écoles dentaires. Tout cela, bien sûr, est le résultat d'un marché dérégulé où tout est possible. Il faut aussi considérer les standards, les reconnaissances de diplômes entre pays et la migration des

professionnels. Au Rwanda il n'y a aucun cadre légal formel donné par le gouvernement, par le ministère concernant la reconnaissance des diplômes. Il n'y a pas assez de professionnels en santé bucco-dentaire. Si quelqu'un d'Ouganda ou du Kenya veut exercer au Rwanda, il a des problèmes, parce que personne ne sait si son diplôme est vraiment valable. Comment faire ? C'est une question de négociations personnelles avec quelqu'un au ministère pour avoir la reconnaissance du diplôme.

Il est important d'introduire un élément de santé publique dans la formation de chaque chirurgien-dentiste et des autres professionnels en santé bucco-dentaire. Au niveau international, la pratique courante des soins et de la prothèse répond à l'augmentation de la demande des patients en médecine cosmétique et esthétique. La santé publique est oubliée et ne joue aucun rôle principal ni essentiel dans la formation actuelle.

Une autre question pertinente ici en France et dans les pays francophones, concerne les relations entre les professions, les questions de supervision, les questions de responsabilité. Où sont les limites entre les professions ? Qui a le droit de faire quoi ? Quand faut-il décider de référer le patient au niveau supérieur ? Même dans nos pays à haut revenu, il y a un écart entre les concepts et les idées, les déclarations officielles et la réalité. Dans un cabinet, en Europe ou aux Etats Unis, il faut une supervision directe. Mais, dans la plupart des cas, la réalité est différente : il y a deux, trois fauteuils, le dentiste est dans une salle, l'assistant fait autre chose dans l'autre salle. Alors, il n'y a pas de supervision directe bien que les directives le demandent.

Les pays en développement, souvent, copient le modèle des pays développés. Ainsi, le concept appliqué en France s'applique aussi dans les pays francophones, en Afrique. Le concept appliqué en Australie, aux Etats-Unis et en Angleterre s'applique aussi dans les pays du Commonwealth. C'est une réplique d'un modèle qui n'est pas adapté à la réalité du terrain. Dans ce contexte-là, le rôle des associations est intéressant à étudier. La plupart des associations professionnelles sont constituées de praticiens privés et le rôle de la santé publique pour eux, n'est pas au centre de leur activité. Alors, ils ont plutôt un





rôle protecteur, syndicaliste par rapport à celui de la promotion de la santé publique.

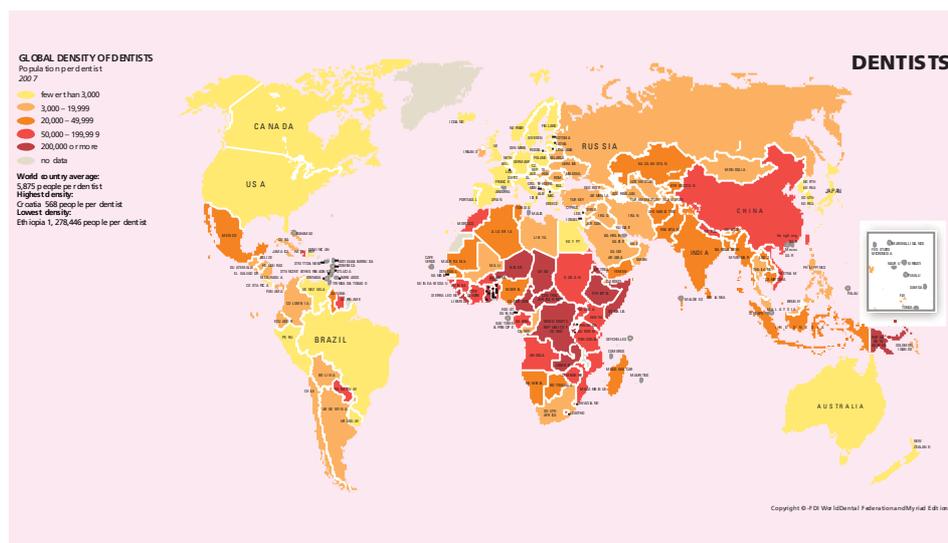
LA PRATIQUE

Il existe une grande diversité de pratique dans les systèmes de santé. On peut exercer en libéral dans son propre cabinet. Non seulement le chirurgien-dentiste peut avoir son propre cabinet ou être indépendant mais aussi l'hygiéniste. On peut aussi travailler en service public, dans un hôpital, dans d'autres institutions ou faire de la recherche. La pratique illégale pose un gros problème dans un grand nombre de pays, suite à un manque de régulation de la profession. Il peut en résulter

des problèmes de qualité de soins, de risques d'infection etc. C'est une question d'éthique. Un infirmier dans un poste de santé isolé, voit un patient avec un problème bucco-dentaire. Est-ce justifié de référer le patient à 100 kilomètres ? N'est-ce pas mieux de faire un geste pour soulager la douleur même si la procédure n'est pas tout à fait conforme ? C'est une question éthique à débattre. Il y a des cas où la pratique est vraiment illégale et dangereuse, mais il y a aussi ces situations intermédiaires où il faut se faire un jugement de la situation.

Carte 1

Distribution inégale des chirurgiens-dentistes en 2007 (source FDI)



The Oral Health Atlas - FDI Dental Education 2009 - Myriad edition 2009.

LA PLANIFICATION

Il n'y a pas de modèle qui ait vraiment fonctionné. Dans les années 60, 70, même 80, beaucoup d'énergie a été investie dans la planification des ressources humaines dans beaucoup de pays, avec des manuels de l'OMS, des comités d'experts avec la FDI et d'autres organisations. Il faut savoir projeter la demande, en tenant compte des ressources disponibles, du changement de priorité, de l'évo-

lution démographique, de la répartition géographique entre villes et zones rurales. A cela s'ajoutent les ambitions personnelles et le désir d'une carrière individuelle. La migration internationale est un autre élément émergent à considérer surtout pour les professionnels en santé bucco-dentaire.

A ce jour, il n'existe aucune statistique fiable pour la médecine dentaire et les professions de la santé bucco-dentaire. Selon des





Enjeux de la formation

estimations, 6 000 chirurgiens-dentistes étrangers exerceraient en France.

Avec tous ces éléments à considérer, la tâche est complexe et il n'est pas évident de trouver une bonne solution.

Chaque jour, 8 millions de dents voient la lumière du jour. Et comme vous le savez, le nombre de chirurgiens-dentistes dans le monde est de un million environ. Si on ajoute les assistants dentaires et toutes les autres professions on peut estimer à 3 millions les professionnels en santé bucco-dentaire. Comment ces 3 millions peuvent-ils prendre en charge 8 millions de nouvelles dents au quotidien. Cela renforce l'argument de la prévention.

La prévention est liée à la santé publique et est la solution pour l'avenir. La grande question : que faire face à cette situation ? Je

n'ai pas de solution et je pense avoir évoqué plus de questions que de réponses. Il existe quelques principes quand il s'agit de l'avenir de la santé bucco-dentaire. Il faut avoir plus de professionnels, mais ce n'est pas la seule solution et pas toujours la bonne. Il faut des professionnels différents avec une compétence en prévention et d'autres compétences adaptées à la situation dans laquelle ils travaillent. Il n'y a pas de modèle universel, il n'y a pas de solutions toutes faites pour le monde entier, même pas pour un pays. Il faut plus de diversité dans les professions, dans les tâches et dans les modèles de prestations de soins.





Ressources humaines en santé bucco-dentaire : aspects macro, global, international





Chap

chapitre 11

Renforcement des capacités

Jean-Claude Borel

Depuis 25 ans la stratégie pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire mise en œuvre par l'AOI a évolué. Au début, l'AOI s'occupait d'aide ponctuelle, plus particulièrement dans des pays d'Afrique ou d'Asie sous forme de missions au bénéfice de populations démunies, n'ayant pas accès aux soins. Vingt-cinq ans plus tard, on s'aperçoit que

l'AOI se préoccupe plus de santé publique que de missions de soins. Cette évolution a été progressive. Il y a d'abord eu l'affirmation d'une compétence sur le terrain, puis des sollicitations de gouvernements pour entrer dans des projets plus structurés, en association avec les ressources locales, du Plan national de santé bucco-dentaire.

Schéma 1

Rôle de chaque partenaire



Identification du besoin de formation



Conception du projet

Organisation matérielle



Mise en œuvre pédagogique

Bilan et rapport aux autorités et bailleurs



Suivi, évaluation



Ainsi s'est imposée la nécessité de renforcements de capacité, de formation des acteurs locaux. La relation informelle qui s'était tissée déjà entre quelques enseignants de la faculté de Clermont-Ferrand et les responsables de l'AOI a suscité la rédaction d'une convention de collaboration. Il s'agit d'un règlement, signé par les autorités universitaires, ouvrant la possibilité à des enseignants de participer à des activités dans des pays étrangers. Ce cadre institutionnel, est ainsi exprimé : « chaque fois que des programmes de coopération conduits par l'AOI dans des pays en voie de développement comportent une action de formation dans le domaine de l'odontologie, la faculté de chirurgie dentaire de Clermont pourra être sollicitée pour y participer et apporter un soutien pédagogique. »

L'institutionnalisation ouvre progressivement des champs de collaboration dans divers pays. L'AOI identifie les besoins et les soumet à ses correspondants de l'université d'Auvergne : « nous sommes sollicités pour faire telle et telle chose, tel besoin de formation émerge, qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce que vous en pensez ? » ; donc, et à ce moment-là, l'interlocuteur réfléchit jusqu'à imaginer un projet dont l'AOI assure l'organisation matérielle pendant que la Faculté de Chirurgie Dentaire s'organise pour la mise en œuvre pédagogique. A l'issue de la mission de formation, l'AOI rédige les rapports (un rapport moral, un rapport financier au bailleur) et la Faculté s'efforce dans la mesure du possible, d'assurer un suivi et une évaluation des résultats.

Il faut préciser que les enseignants adoptent une démarche spécifique adaptée aux conditions locales : on ne doit pas faire de la formation continue au Niger avec les supports et les thématiques utilisées en France. Il est donc indispensable de connaître le mieux possible le contexte local :

- Quelle est la demande de soins dans un cabinet dentaire du service public ?
- Quelle est la demande de formation des praticiens ?
- Quels sont les actes couramment pratiqués ?
- Quelles sont les techniques développées pour réaliser ces actes ?

- Quels équipements techniques sont disponibles pour réaliser ces actes ?

Sans réponse à ces questions, le risque est présent de passer à côté de la demande du praticien et des besoins de la population.

Un grand congrès sur la chirurgie parodontale, congrès organisé par des organisations professionnelles françaises, il y a vingt ans de cela, à Bamako, illustre parfaitement « un exemple à côté de la plaque ». Certes il est toujours intéressant d'avoir des références quand on est praticien, mais quand la thématique traitée est trop loin de la préoccupation du praticien on peut s'interroger. N'y a-t-il pas matière à développer des frustrations ?

Lorsque l'analyse est faite, il faut sélectionner des enseignants motivés. Dans une faculté, il y a des enseignants qui ont plus ou moins d'ouverture pour ce genre de mission ; donc, il faut solliciter ceux qui ont le plus d'intérêt pour la démarche et qui sont susceptibles de faire des réponses sur mesure, adaptées à l'auditoire de praticiens à rencontrer.

Après ces quelques remarques préliminaires, je vais décrire quelques expériences organisées et vécues avec quelques responsables de l'AOI. En premier lieu, il s'agissait d'apporter un soutien au plan national de santé bucco-dentaire au Niger. L'action était localisée à Zinder à distance de Niamey, avec une accessibilité relativement faible pour les populations de cette région au cabinet dentaire. Le gouvernement avait sollicité l'installation d'un cabinet dentaire à Zinder et l'AOI avait répondu et installé un praticien français assistant technique de l'AOI, pendant deux ans, pour mettre en route et faire fonctionner ce cabinet dentaire. Puis, au bout de deux ans, le service a été transmis à un praticien nommé par le gouvernement nigérien. Il s'agissait pendant une semaine de faire une formation pour motiver tout le personnel, faire connaître le cabinet de Zinder aux autres chirurgiens-dentistes de la région. Tous ont participé à cette formation. A l'époque l'épidémie de VIH était largement installée et il fallait singulièrement changer l'organisation et les pratiques professionnelles à l'intérieur des cabinets. En France cette mutation était faite, il fallait accompagner cette mutation auprès de nos confrères du Niger et

donc, l'hygiène au cabinet dentaire a été un des thèmes prioritaires de ces journées aussi bien l'hygiène des soins que l'hygiène des locaux et le traitement de l'instrumentation. Un deuxième point était abordé : le traitement de l'urgence. Le traitement de l'urgence est complémentaire de la rationalisation de l'accueil du patient. Le troisième point concernait la dentisterie opératoire et enfin, quatrième thème, le traitement du patient édenté parce que la demande est réelle et aussi parce que dans l'organisation des centres de soins, la prothèse aide à équilibrer les budgets.

Du point de vue pédagogique, des positions claires, réfléchies, discutées entre enseignants ont été adoptées :

- N'enseigner que les actes de la pratique quotidienne réalisés par les praticiens nigériens,
- N'enseigner que des techniques considérées comme sûres et reconnues,
- Prendre en compte les exigences locales, c'est-à-dire la disponibilité du patient, les matériaux et médicaments accessibles et l'instrumentation disponible,
- Faire alterner théorie et démonstration clinique,
- Evaluer l'impact de la formation,
- Assurer un suivi après cette formation.

En préalable, pour bien remplir tous ces objectifs, un questionnaire anonyme a été adressé à chaque praticien motivé pour participer à la formation, afin d'évaluer les pratiques dans les quatre thématiques.

Après analyse des résultats, l'enseignant était en mesure de bien cibler son message en fonction des pratiques. Ce questionnaire, en une vingtaine de questions précises, s'est avéré constituer une innovation précieuse à réitérer. Pour la mise en œuvre de la formation, chaque enseignant a réalisé des actes cliniques sous l'œil des participants, en même temps qu'un enregistrement vidéo avec une petite caméra légère. Cet enregistrement sert de support pour l'enseignement dirigé qui suit la démonstration.

Ensuite, chaque praticien volontaire a eu la possibilité d'intervenir sous encadrement des enseignants. A la fin du cours des documents préparés pour l'occasion ont été remis à chacun. Pour tester l'ambiance générale et

la satisfaction des auditeurs, tout à fait à la fin, un questionnaire anonyme est soumis : avons-nous rempli les objectifs qui avaient été annoncés ? Une discussion est ouverte pour savoir dans quelles conditions on peut mettre en place un protocole de suivi à distance : vous avez vu les bonnes pratiques, vous en avez fait le tour, vous avez été sans doute (ou peut-être) convaincus que ça instaurerait des changements dans vos habitudes opératoires, mais si vous avez des questions, on peut organiser un échange de courrier questions-réponses pour ne pas vous abandonner dès le lendemain de notre retour sur la France. On avait donc mis en place un certain nombre de fiches standardisées qu'il suffisait de remplir, cocher quelques cases, rajouter un commentaire et puis faire passer par le courrier en attendant qu'Internet se développe.

Cette expérience avait l'intérêt de démontrer que la population de Zinder pouvait accéder à des soins de qualité, que ce service de Zinder était équipé pour remplir cette mission. Le matériel clinique était opérationnel, les matériaux avaient été choisis, ils étaient disponibles, le réapprovisionnement était possible et ils pouvaient être stockés sans risque de détérioration.

Puis, quelques années plus tard, une demande assez semblable est formulée par le Gouvernement du Burkina Faso. Toujours dans le cadre d'un plan national de santé bucco-dentaire, il s'agissait d'une amélioration des soins, dans les cabinets dentaires de Bobo-Dioulasso et de Banfora, mais la partie originale et complémentaire de cette mission était surtout l'installation d'une petite structure de formation de formateurs : former un praticien et un prothésiste dans une activité ciblée sur la prothèse amovible partielle et complète.

La formation à l'hygiène (hygiène des locaux, des instruments, hygiène des soins) s'est adressée à tous les acteurs en fonction dans le cabinet dentaire (les personnes chargées du nettoyage et de la stérilisation ainsi que les praticiens). L'expérience précédente au Niger, (avec quelques modifications du questionnaire préalable) a permis de cibler les mêmes thématiques : diagnostic et traitement des urgences, traitement des pathologies den-

taires, prothèses partielles et totales. La création d'une structure de formation de formateurs constituait une expérience inédite. Il s'agissait d'associer, un clinicien pratiquant la prothèse et un prothésiste de laboratoire, dans une réelle équipe de travail compétente et que, toute compétence acquise, elle puisse constituer un pôle de référence dans le secteur public basé à Bobo-Dioulasso, et dispenser un enseignement aux prothésistes et aux praticiens qui voudraient assurer, de façon plus satisfaisante ou plus complète, l'exercice de la prothèse. Pour atteindre ce résultat, il fallait réunir un certain nombre de conditions :

- Identifier un praticien qui maîtrise la clinique et joue le rôle de maître de stage au Burkina,
- Identifier un prothésiste qui maîtrise les techniques de laboratoire,
- S'assurer des motivations de chacun pour travailler ensemble,
- Identifier un site suffisamment équipé pour développer les deux activités : clinique et laboratoire,
- S'assurer de leur collaboration sur une longue durée.

La sélection du praticien, a été faite à l'occasion de la formation à la prothèse au Burkina évoquée précédemment.

La sélection du prothésiste s'est faite par concours au Burkina organisé parmi 6 candidats ayant déjà la qualification de prothésiste dentaire.

La formation du prothésiste a été organisée sur un modèle de formation en alternance : trois stages en France (de quatre mois), entrecoupés par des stages de 8 mois au Burkina où il retrouvait son maître de stage, le praticien sélectionné. Des comptes rendus et des fiches de travail, m'étaient adressés périodiquement et permettaient d'évaluer leur activité. L'évaluation qualitative sur le terrain de leur activité commune a été faite à l'occasion d'une visite programmée au Burkina au cours de laquelle j'ai pu examiner les patients qu'ils avaient appareillés.

Chaque stage en France était très encadré et chaque activité évaluée. Le dernier stage a permis de mettre au point un document très détaillé, très illustré destiné à servir de sup-

port pour une formation sur six jours à la prothèse de laboratoire.

Que peut-on dire de cette expérience ?

- L'acquisition des compétences techniques par les deux partenaires a été validée. Quand le prothésiste a quitté Clermont, il était opérationnel dans ma consultation hospitalière de l'hôpital.

- En ce qui concerne le pôle de formation des formateurs, la mise en place de l'équipe opérationnelle n'a pas été validée sur le long terme. Ce type d'action n'est pérenne que si il y a un accompagnement administratif et social. Dans la mesure où il y a eu une acquisition d'une compétence supplémentaire, l'un et l'autre des deux partenaires sont fondés à demander un changement de catégorie, et une amélioration du salaire. Sans réponse des gouvernements la pérennité de telles opérations n'est pas assurée.

Le troisième exemple de formation que j'ai à vous présenter, c'est la formation des praticiens français à la méthodologie du développement. Effectivement sur la fin des années 90, en 98, on a créé à Clermont, un diplôme universitaire intitulé « Initiation à une démarche de santé publique dans le domaine bucco-dentaire à destination des populations défavorisées des pays en développement » ; les objectifs de cette formation visaient l'acquisition de connaissances méthodologiques pour participer à des actions de développement et connaissance des problématiques spécifiques des pays en développement :

- Méthodologie de conduite de projets,
- Maîtrise d'une analyse de situation participative en intégrant une analyse des systèmes de santé,
- Capacité à participer à un programme sur le terrain, et en particulier aux étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation,
- Capacité à travailler en partenariat,
- Capacité à envisager des réponses alternatives aux soins curatifs de haute technicité (réponse trop facilement apportée dans l'enthousiasme d'une relation Nord-Sud par des praticiens qui n'ont pas forcément pris conscience de la diversité et de la complexité des problèmes).

Ce diplôme est enseigné sur deux ans, la pre-

mière année, il est enseigné sous forme de séminaires, cinq séminaires la première année, soit soixante heures d'enseignement, avec comme travaux personnels, un mémoire, un contrôle continu qui s'exerce sur quelques étapes de l'enseignement. La deuxième année, quarante heures d'enseignement réparties sur quatre séminaires avec un stage pratique et un rapport de stage.

Cinq promotions de 24 postulants, ont été formées soit une centaine de personnes. L'originalité de cet enseignement, repose sur les enseignants choisis en raison de leur forte expérience de terrain. Les méthodes pédagogiques font appel à des travaux pratiques chaque fois que c'est nécessaire et de séquences de travail en groupe, ce qui est facile, avec des promotions de vingt-quatre, qu'on peut diviser en sous groupes dans lesquels chacun peut s'exprimer et participer.

Chaque séminaire est évalué, à partir d'un questionnaire anonyme qui permet de mieux cibler certaines orientations.

Quel bilan ?

Est-ce utile pour l'AOI ? Sûrement s'il s'agit de recruter quelques collaborateurs, mais plus encore pour s'assurer qu'ils partagent les mêmes approches et méthodes que l'AOI.

Est-ce utile pour l'étudiant qui veut s'engager sur le terrain ? Beaucoup le disent, cet enseignement a le mérite d'ouvrir le champ de la complexité de ce travail, de calmer l'enthousiasme et la bonne volonté un peu désordonnée pour recentrer des opérateurs futurs sur des actions et les besoins réels de la population.

Est-ce que ce DU répond aux objectifs ? D'une part, on peut se référer à la motivation des inscrits puisqu'il n'y a pas d'érosion de l'auditoire au fil du temps, et puis à l'évaluation par les étudiants en fin de cycle de l'impact DU (est-ce que le DU a répondu à votre attente ?)

Je vais terminer avec une expérience récente et très différente des autres. Elle a pris naissance à la conférence de Nairobi, c'est-à-dire la conférence de planification de santé bucco-dentaire pour la région africaine en 2004. Dans le rapport final, les praticiens africains de tous les pays de l'Afrique de l'Ouest francophone, qui avaient participé, avaient

écrit avec leurs collègues des autres régions, qu'il y avait une insatisfaction et qu'en particulier, ils souhaitaient réduire les disparités en santé bucco-dentaire entre les différents groupes socio-économiques au sein d'un même pays et les inégalités face aux maladies bucco-dentaires dans tous les pays, et augmenter le nombre de prestataires de soins ayant reçu une formation adéquate en matière de surveillance épidémiologique des maladies et des infections bucco-dentaires.

Il a paru intéressant de répondre en disant : il y a peut-être des solutions, essayons de réfléchir. L'OMS, la FDI et l'AOI ont exprimé leur souhait, s'il y avait des interlocuteurs, d'aider, d'accompagner une organisation qui puisse permettre à nos collègues africains de répondre aux objectifs formulés à la fin de ce rapport. La première initiative a été prise par l'OMS, à l'initiative de Poul-Eric Petersen, qui a réuni un certain nombre de personnes concernées, à Genève, et il a été décidé de mettre en place, un **projet de réseau** pour mettre en communication les partenaires africains et ceux du Nord, par Internet, pour échanger des informations, et pour la mise en place d'une formation en épidémiologie, économie de santé et santé publique. Il s'agissait, dans un premier temps, de définir en commun, un profil de compétences et le cas échéant un profil de formation d'un dentiste responsable de santé publique et éventuellement quel diplôme pourrait sanctionner cette formation.

Pendant un an, à partir d'une trame assez lâche, la communication a été établie avec les membres du réseau du Burkina, du Niger, du Bénin, du Togo, du Mali ; un accord sur un profil de compétences et sur un programme de formation a été dégagé. Ensuite, il a été jugé utile d'ouvrir une concertation plus large et plus directe, donc là encore, grâce à l'OMS, à l'AOI et à la FDI un séminaire s'est tenu à Ouidah au Bénin, dans un environnement extraordinaire, L'IRSP, l'Institut Régional de Santé Publique, organisation tout à fait efficace et performante. A l'issue de ces deux jours, d'une part, tous les participants s'étaient mis d'accord définitivement sur la définition du réseau et son fonctionnement et formulé cinq objectifs à satisfaire dans les délais les plus rapides. Après Ouidah, l'AOI

a participé à l'équipement informatique d'un animateur ou deux animateurs du réseau et la faculté de Clermont a ouvert l'accès de chaque membre du réseau à sa banque de données.

Définition de Réseau adoptée à Ouidah :



« Espace qui met en relation les acteurs de plusieurs pays dans une dynamique d'échange de données, d'expériences et de renforcement des capacités pour le développement de la santé bucco-dentaire et la promotion de la santé ».

Que dire de cette opération réseau ? Actuellement la dynamique est en panne. Pourquoi ? D'abord une insuffisante appropriation du projet : le réseau comme outil de communication est sans doute bien accepté, mais définir un profil de chirurgien dentiste un peu différent, constitue sans doute une démarche déstabilisante pour une majorité. Il y a sans doute également une insuffisante compréhension du fonctionnement d'un réseau ouvert, sans hiérarchie, accessible à tous ; il faut laisser murir la question, peut-être faudra-t-il expliquer encore l'intérêt d'un tel outil. Je pense aussi qu'il y a eu des pressions extérieures pour que cela ne fonctionne pas, je ne vais pas m'arrêter à ça, mais c'est une évidence. Enfin quand on parle d'un chirurgien-dentiste qui s'occuperait de santé publique, on souffre beaucoup de l'absence de modèle de référence.

Il y a eu encore d'autres interventions : le contrôle de l'infection au centre de soins dentaires de la faculté de Phnom Penh et le diplôme universitaire de santé publique de la faculté de Phnom Penh.

Ces exemples ont le mérite de montrer effectivement que, de même que l'AOI évoluait dans ses objectifs et dans sa philosophie d'action, l'organisme qui s'occupait de formation a dû suivre cette évolution et passer d'une formation continue assez classique,

même si elle était adaptée à la situation, à la réponse spécifique à une demande précise. La formation du diplôme universitaire illustre aussi, du moins au moment de sa création, une démarche spécifique et une expérience unique de collaboration d'une Faculté et d'une ONG. L'expérience du réseau se situe dans une autre perspective, ce n'est plus une intervention directe, c'est un soutien méthodologique, pédagogique, logistique à un groupe de praticiens. Enfin, la présentation de l'hygiène, du traitement de l'hygiène à la faculté de médecine dentaire de Phnom Penh illustre aussi un soutien méthodologique et technique apporté à une équipe de professionnels qui veut changer sa pratique.

Alors, que dire maintenant, quel constat peut-on faire de ces expériences ? Cette association qui n'était pas forcément spontanée a été stimulante pour les deux organismes l'AOI et la Faculté ; l'AOI a formulé ses problématiques et obligé les enseignants à travailler dans un contexte différent, à changer leurs habitudes et à réfléchir autrement. L'AOI a en même temps changé d'activité et plutôt qu'acteur devenait catalyseur d'initiatives locales et en même temps demandait aux enseignants d'avoir un rôle de conseil plus qu'un rôle d'acteur. Ces activités ont suscité la rédaction de beaucoup de documents : des missions de formation avec un rapport en fin de course, mais aussi des documents méthodologiques, des documents pédagogiques.

Il faut étendre les collaborations universitaires Nord-Sud. Il faut utiliser les réseaux de communication interuniversitaires francophones de l'AUF bien implantés en Afrique de l'Ouest. Il faut s'engager dans les pratiques d'enseignement à et peut-être formaliser un projet de formation à distance sanctionné par un diplôme, il y a de multiples possibilités, dans ce domaine.



Schéma 2

Situation actuelle

L'ASSOCIATION AOI FAC A STIMULÉ LES DEUX PARTENAIRES



**UNIVERSITE
D'Auvergne**

Analyse et formulation
des problématiques

Réflexion et propositions
hors du champ habituel

L'activité d'acteur
cède la place à celle
de catalyseur
d'initiatives locales

Le rôle d'enseignant
s'élargit d'une action
de conseil

Pratiques de l'évaluation

Pratiques de l'évaluation





Chap

chapitre 12

Recherche et santé publique : nécessité et problématique

Christopher Holmgren

Etudiant à Londres, j'ai commencé mes recherches au microscope sur les fluoroapatites, et aujourd'hui je les poursuis dans un autre domaine, celui de la santé publique. Il faut se demander, en premier lieu, s'il est vraiment nécessaire de faire de la recherche en santé publique dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire qui me semble très insuffisante. Maintenant je travaille dans un grand laboratoire de 6,7 milliards de personnes, dans un monde à forte densité de population où il est très difficile d'assurer la santé de chacun. Il faut prendre conscience que dans ce grand laboratoire, coexistent des maladies et des problèmes tels que le paludisme, le Sida, la tuberculose, les problèmes chroniques comme l'obésité, le tabagisme, le diabète, s'ajoutant à d'autres fléaux comme les guerres, les catastrophes climatiques et

économiques et leurs séquelles physiques et psychologiques.

Dans ce contexte on peut se poser raisonnablement la question de savoir si **les problèmes bucco-dentaires sont vraiment des problèmes de santé publique**. Rappelons rapidement les statistiques. La carie est une des maladies chroniques les plus courantes dans le monde : 90 % des personnes ont eu des problèmes dentaires ou des douleurs dues à la carie. Dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, et même dans les pays les plus riches, beaucoup de caries ne sont pas traitées. La parodontite sévère affecte entre 5 et 15 % des adultes, le cancer de la cavité buccale arrive à la huitième place en termes de fréquence. C'est le cancer le plus fréquent en Asie et en Asie du Sud-est. Et

Photo 1



puis, il y a les problèmes liés au Sida et, comme vous le savez, 40 à 50 % des séropositifs ont des manifestations buccales. Il existe aussi le vrai problème de l'accès aux soins bucco-dentaires ; c'est un problème mondial, surtout dans les pays à revenus faibles ou moyens. En Afrique par exemple, mais aussi dans les pays développés comme en Angleterre : la photo 1 montre une longue file de personnes attendant, non pas l'ouverture d'un pub, mais le chirurgien-dentiste qui travaille pour le National Health Service (Service national pour la Santé). Il y a des vrais problèmes d'accès aux soins même en Angleterre !

QUELS SONT LES PRINCIPAUX AXES DE RECHERCHE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ?

Commençons par un sujet que je connais bien : **l'épidémiologie**. J'ai passé deux ans pour actualiser l'édition de la publication OMS « Enquêtes sur la santé bucco-dentaire - Méthodes fondamentales ». On y utilise encore les mêmes indices que ceux utilisés pendant des années : le CAO(D), le CPI¹ etc. ... Les résultats des enquêtes réalisées sont souvent classés et rangés sur des étagères sans être utilisés ou très rarement, pour planifier des programmes de santé publique. Il est vraiment nécessaire d'évaluer d'autres indices à mettre en place pour mieux communiquer avec les responsables politiques, les décideurs de santé publique. Par exemple, l'indice PUFA², développé aux Philippines, est utile parce qu'il traduit les effets de la carie : les abcès, les fistules... Cet indice est plus évocateur, dans une discussion avec les politiques ou les décideurs, qu'un indice CAO de 2 ou 3 pour une tranche d'âge donnée. Il existe aussi des indices sociologiques tels que les indices de qualité de vie. On les trouve couramment maintenant dans la littérature scientifique et ils sont validés en français, mais utilisés encore trop rarement pour la santé bucco-dentaire.

Il est nécessaire d'effectuer des **recherches sur les méthodes d'intervention** afin

de privilégier « les interventions basées sur les preuves » parce que, surtout dans les pays pauvres, il faut utiliser des méthodes efficaces, évitant le gaspillage alors que l'argent est si rare. Dans de nombreux cas, l'efficacité des programmes mis en place par des ONG ou des chirurgiens dentistes n'est pas prouvée ; c'est le cas de l'éducation pour la santé bucco-dentaire. Il existe des projets partout dans le monde dans lesquels beaucoup de temps et de ressources sont dépensés pour tenter d'éduquer des enfants ou des adultes et modifier leurs habitudes d'hygiène, sans aucune preuve de résultat. J'étais étonné, quand je suis arrivé en France, de constater que beaucoup de gens pensaient que le brossage des dents était efficace contre la carie dentaire. Il n'existe aucune preuve que ce soit le cas si on n'utilise pas une pâte dentifrice fluorée. Il en est de même pour le détartrage : très peu de preuves montrent l'efficacité surtout dans les pays en développement. Une seule étude montre une petite amélioration sur 24 mois. Faut-il engager beaucoup d'efforts pour faire des détartrages, si c'est du temps perdu ? Une revue de la littérature sur l'extraction des dents de sagesse menée en Angleterre, où cette pratique est très lucrative, a montré qu'aucune preuve n'avait été apportée sur la nécessité d'extraire les dents de sagesse et en particulier les dents de sagesse incluses.

Plusieurs études systématiques ont été publiées récemment sur les « sealants » (scellement de sillons), mais ces interventions sont souvent faites dans des conditions très favorables (services universitaires, temps disponible...), difficiles à réunir en pratique courante et il n'est pas certain que ces techniques puissent être appliquées partout dans le monde. Peu de recherches sont faites sur **l'accessibilité**, sur le **rapport coût/efficacité et moins encore sur l'acceptabilité**. Dans ces conditions, il est peut-être préférable, dans certaines situations, d'utiliser un sealant ART plutôt qu'un « sealant » résine.

1 CAO(D) = Dents cariées absentes obturées
CPI = Community Periodontal Index.

2 Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, van Palenstein Helder W. P PUFA-an index of dental consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 77-82. (P= pulpe apparente, U : ulcération, F : fistule, A : abcès).

Photo 2



La recherche est insuffisante **sur les systèmes et les personnels de santé** (thérapeutes, auxiliaires, hygiénistes...), de même que sur la répartition des activités entre ces professionnels de santé. J'ai connaissance d'un seul article sur le sujet, publié à l'Université de Londres. Il compare l'efficacité de plusieurs modèles d'équipe dentaire, par exemple d'un chirurgien dentiste qui travaille avec deux hygiénistes et celle d'un chirurgien dentiste un «thérapeute» et un hygiéniste, pour identifier l'équipe la plus efficace³.

On manque de recherche sur **l'intégration de la Santé bucco-dentaire dans la stratégie globale de Santé**, et aussi **sur les méthodes de financement de soins en Santé bucco-dentaire** dans les pays en développement.

Il y a dix ans, le «Global Forum for Health Research»⁴ attirait l'attention sur le fait que moins de 10% des budgets de recherche étaient consacrés aux pathologies qui constituent 90% des causes de morbidité dans le monde ; autrement dit, presque toutes les recherches sont faites dans les pays développés alors que presque tous les problèmes sont dans les pays en voie de développement. Prenons l'exemple du paludisme : 3,3 milliards de personnes sont à risque, 247 millions de cas sont recensés, 1 million de cas sont mortels. C'est un problème important surtout dans les pays africains. Observons la répartition des fonds de recherche en fonction des maladies et comparons les à l'importance de ces maladies, exprimée par le DALY⁵. On constate en 2002, que le paludisme est vraiment une maladie très importante, et que les fonds de recherche sont très insuffisants. La Fondation Bill Gates a dû contribuer énormément depuis huit ans pour corriger ce manque.

Normalement, la recherche doit être financée :

- Par les gouvernements, parfois avec l'espoir de réduire les coûts comme dans l'exemple de l'extraction des dents de sagesse en Angleterre,
- Par les ONG,
- Par les bailleurs de fonds publics et privés,
- Par l'industrie qui conditionne toujours ses investissements dans la recherche à un possible gain ultérieur,
- Par les universités.

Les universités sont des structures qui disposent d'importants effectifs de ressources humaines. Si on recherche les articles traitant de la santé publique ou de la santé bucco-dentaire, on constate que presque tous les auteurs sont liés à une université.

3 Allred H (ed): *Assessment of the Quality of Dental Care*. London, London Hospital Medical College, 1977.

4 *Global Forum for Health Research: The 10/90 report on health research 2003-2004*. Geneva: Global Forum for Health Research; 2004 résumé disponible en français à <http://www.globalforumhealth.org/Media-Publications/Publications/10-90-Report-2003-2004>.

5 Des instruments tels que les DALY (Disability-Adjusted life Year : années de vie ajustées sur l'incapacité) permettent de s'intéresser non pas aux conditions dans lesquelles les gens meurent, mais aux conditions dans lesquelles ils vivent. Les DALY quantifient non seulement les décès, mais aussi l'impact des décès prématurés et des incapacités sur une population donnée, exprimés en une seule unité de mesure reflétant la charge globale de la maladie.



Tableau 1

Disease Burden and Funding Comparison, 2001-2002 data

DALY = Années de vie ajustées sur l'incapacité

Condition	Global Disease Burden ^a (million) DALYs	Total Global Disease Burden	Deaths ^a (millions)	Total Global Deaths	R&D Funding (millions) \$	R&D Funding per DALY \$
Cardiovascular	148,190	9,9%	16,733	29,3%	9,402 ^b	63,45
HIV/AIDS	84,458	5,7%	2,777	4,9%	2,049 ^b	24,26
Malaria	46,486	3,1%	1,272	2,2%	288,00^b	6,20
Tuberculoses	34,736	2,3%	1,566	2,7%	378,00 ^b	10,88
Diabetes	16,194	1,1%	0,988	1,7%	1,653 ^b	102,07
Dengue	0,616	0,0%	0,019	0,0%	58,00 ^b	94,16

a DALY and death statistics are 2002 data, from WHO, World Health Report 2004.

b Estimate for 2001-2002 funding from Lewison, G., et al., 2004, «Outputs and Expenditures on Health Research in Eight Disease Areas, 1996-2001, GHR Forum 8, Mexico City, November 2004. The authors use a bibliometric approach to estimate R&D funding and the paper has not been published in a peer review journal For the sake of data consistency, GHR figures are taken for malaria R&D because the year for the other diseases are taken from the same year.

Quels sont les problèmes dans ce cadre :

- Le financement,
- Les compétences en santé publique,
- Les compétences en recherche : un certain nombre d'articles soumis pour publication sont refusés, surtout ceux traitant de recherches faites dans des pays en développement
- La motivation,
- Le temps disponible,
- La promotion universitaire basée sur la publication, « publish or perish » des anglosaxons. Faire une étude dans un pays en développement demande beaucoup de temps et d'efforts : ainsi douze ans de travail sur l'ART en Chine ont débouché sur trois articles, aux Philippines, six ans de travail et pas encore de publication. Un travail à partir d'un questionnaire, sans présence sur le terrain, a demandé quatre ans avant la publication d'un article⁶. A l'université, il est plus facile de faire de la recherche dans un laboratoire que de travailler dans un pays en développement.
- La politique de recherche en général et la politique de recherche en santé publique. Les

gouvernements et les bailleurs de fonds orientent les thématiques de recherche et la santé publique est rarement prioritaire. Il arrive aussi que les responsables politiques modifient les résultats de recherche.

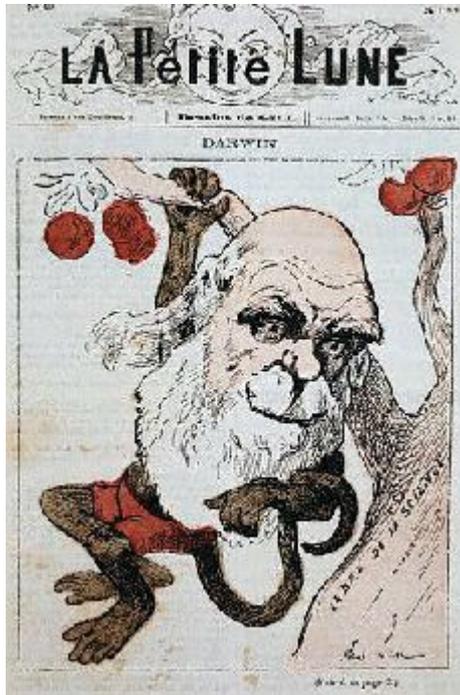
- Les liens entre recherche, éducation et action. Assez souvent, un chercheur publie un article puis commence à travailler sur un autre projet de recherche sans promotion des résultats ni suivi de l'utilisation de ses recherches.

Idéalement, la recherche doit être transférée à l'éducation de tous les partenaires dans les universités pour former des étudiants, et plus tard s'exprimer dans l'action. Mais souvent, la recherche est vraiment coupée de l'éducation et jamais suivie d'actions. On peut donner en exemple la théorie de l'évolution de Charles Darwin qui a écrit son livre sur les origines de l'espèce, *Origin of Species*, il y a à peu près cent-cinquante ans. Son livre n'a pas été bien accepté par la société religieuse qui réfutait l'idée que l'homme fût issu d'une évolution des primates.

⁶ Goldman AS, Yee R, Holmgren CJ, Benzian H. Global affordability of fluoride toothpaste. *Globalization and health* 2008; 4: 7.



Illustration 1



C'est seulement maintenant avec les travaux sur le génome humain que ses théories s'avèrent exactes, mais il reste toujours des détracteurs, surtout aux Etats-Unis, pour qui l'évolution, est un conte de fées pour adultes. C'est seulement en 2008, au mois de septembre, que le Vatican a accepté l'idée que l'évolution fût compatible avec la Bible. Cent-cinquante ans après Darwin, c'est pas mal ! Et c'est un peu le cas avec nos confrères,

il existe une façon de soigner les dents, avec intervention minimale pour le traitement de la carie dentaire, publiée dans 159 articles, de nombreux livres, et des recherches etc. C'est une méthode utile qu'on peut utiliser partout où il n'y a pas de cabinet dentaire, où il n'y a pas les ressources présentes dans les grandes villes. On utilise l'ART (Atraumatic Restorative Treatment) dans les quatre coins du monde, en Afrique, en Chine, en Inde et en Amérique latine, et l'ART fait partie de notre « paquet d'activités ». En 2004, j'ai organisé une conférence à Sydney, lors du congrès de la FDI, sur l'intervention minimale en dentisterie pour soigner la carie et j'ai été étonné de lire qu'un de nos confrères en France avait écrit un compte rendu très critique à la suite de cette conférence. C'est dire qu'il faut beaucoup de temps pour qu'une profession change ses préceptes tant ses praticiens peuvent être bornés et conservateurs. On sait déjà qu'il y a beaucoup de caries non traitées dans des pays de niveaux économiques très différents ; on voit que même dans des pays les plus riches, certains chirurgiens dentistes ne soignent pas les dents temporaires ; en France, en Espagne, en Angleterre, ces dents sont souvent extraites, elles ne sont pas soignées. Et puis aux Philippines, c'est encore pire ; à l'âge de six ans, près de neuf dents sont concernées par la carie. Alors que faire ? Il existe différentes options : on peut former des centaines de milliers de dentistes, pourquoi pas ? Mais qui va payer ? On peut essayer de former des dentistes qui vont restaurer les dents ; on peut extraire les dents quand les dents sont douloureuses, peut-être

Tableau 2

Un problème de santé bucco-dentaire - Manque de traitement

La carie à 6 ans

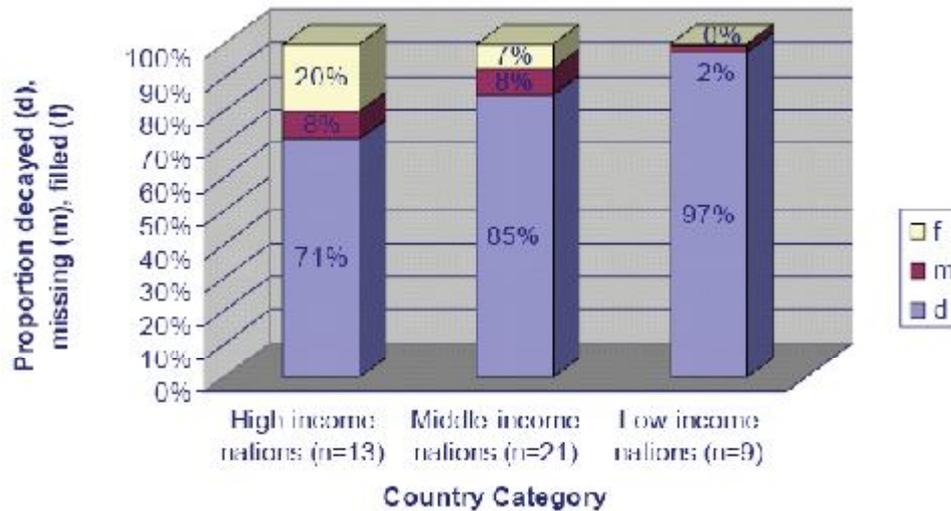
Pays	cao-d	c	a	o
France (2006)	1,3	0,9	-	0,4
Espagne (2004)	1,1	0,9	0,0	0,2
Angleterre (2005/6)	1,7	1,2	0,3	0,2
Italie (2004)	1,6	1,4	-	0,2
Arabie saoudite (2002)	8,1	6,9	0,3	0,8
Philippines (1999)	10,1	9,7	0,3	0,0



Enjeux de la formation

Schéma 1

Un problème de santé bucco-dentaire - Manque de traitement



Evolution de la répartition des dents cariées absentes et obturées chez les enfants de 4 à 9 ans entre 1990 et 2004.

peut-on aussi essayer d'autres méthodes pour soigner les caries ?

C'est le concept de « Arresting Caries Treatment » ACT ou traitement d'arrêt de la carie TAC. On voit parfois des patients chez qui l'évolution de la carie est arrêtée. La sonde révèle une surface dure, la carie est stable, ne progresse plus aussi bien sur des dents lactéales que sur des racines. Pourquoi ne pas essayer de reproduire ce phénomène par un traitement non-restaurateur connu maintenant depuis longtemps ? On peut ainsi ralentir la carie sur les dents lactéales, éviter la douleur chez l'enfant avant que les dents permanentes n'apparaissent, de même chez les personnes âgées qui ne peuvent se déplacer jusqu'au cabinet dentaire. La méthode consiste à appliquer une solution de fluorure diamine d'argent (silver diamine fluoride - SDF) : une goutte sur la carie chaque semestre ! Nul besoin de cinq, six, sept ans de formation pour mettre en œuvre cette technique. Est-ce une solution basée sur la preuve ? Quelqu'un a-t-il appris cette méthode dans sa formation à l'Université ? Une cinquantaine de recherches, datant des années 76, ont pourtant exploré cette voie. Il existe un vrai problème de transfert du résultat

de la recherche à l'action et un vrai problème d'acceptation de concept différent.

Les plus récentes études ont été faites par mes ex-étudiants à Hong-Kong qui sont maintenant enseignants, formés en santé publique dès le début de leur formation de dentiste.

Une seule application, tous les six mois, confère une efficacité préventive sur les dents temporaires et les premières molaires permanentes. Si on poursuit les applications jusqu'à trente six mois, 77% des lésions carieuses des dents lactéales ou permanentes sont inactivées. Le silver diamine fluoride (SDF) peut-il résoudre un problème de santé publique ? A mon avis, il manque encore des recherches sur les méthodes d'utilisation, sur l'acceptabilité par les patients, sur l'acceptabilité par les fournisseurs, par les dentistes et les parents.

Il faut se poser la question du rapport coût/efficacité entre différentes méthodes. Est-il vraiment pertinent d'utiliser le SDF, nécessitant du personnel, pour effectuer des applications alors qu'un dentifrice plus dosé en fluor pourrait être utilisé à moindre coût ?

En conclusion, la recherche en santé publique, est nécessaire, obligatoire, mais pro-





Encadré 1

RESEARCH REPORTS
Clinical

E.C.M. Lo^{1*}, C.H. Chu¹, and H.C. Lin²

¹Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, 34 Hospital Road, Hong Kong, China; and ²Department of Preventive Dentistry, Sun Yat-sen University of Medical Science, Guangzhou, China; *corresponding author, edlo@hku.hk

J Dent Res 80(12):2071-2074, 2001

A Community-based Caries Control Program for Pre-school Children Using Topical Fluorides: 18-month Results

RESEARCH REPORTS
Clinical

C.H. Chu¹, E.C.M. Lo^{1*}, and H.C. Lin²

¹Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, 34 Hospital Road, Hong Kong, China; and ²Department of Preventive Dentistry, Sun Yat-sen University of Medical Science, Guangzhou, China; *corresponding author, edlo@hku.hk

J Dent Res 81(11):2667-2702, 2002

Effectiveness of Silver Diamine Fluoride and Sodium Fluoride Varnish in Arresting Dentin Caries in Chinese Pre-school Children

Encadré 2

RESEARCH REPORTS
Clinical

J.C. Llodra^{1*}, A. Rodriguez², B. Ferrer², V. Menéndez², I. Ramos², and M. Morcillo²

¹Department of Preventive Dentistry, School of Dentistry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; ²School of Dentistry, Institute of Medical Sciences, University of Santiago de Cuba, Cuba; and ³Odontología Solidaria (ORS), Spain; *corresponding author, jllodra@utoronto.com

J Dent Res 84(5):721-724, 2005

Efficacy of Silver Diamine Fluoride for Caries Reduction in Primary Teeth and First Permanent Molars of Schoolchildren: 36-month Clinical Trial

Le Professeur Edward LO, bien connu partout dans le monde, et très respecté, et la recherche menée à Cuba par J-C. Llodra en confirment l'efficacité.

blématique. En novembre 2008, une réunion organisée par l'Unesco, la Banque mondiale, l'OMS et autres partenaires... s'est tenue à Bamako pour analyser la recherche sur la santé. Les ministères de la santé, de l'Agriculture et de la recherche scientifique de 75 pays y ont participé. Voici les recommandations formulées par cette conférence :

Reconnaissant l'écart important de recherche entre les pays développés et les pays en voie de développement, un appel est lancé :

- Pour donner la priorité au développement des politiques de recherche et d'innovation pour la santé, particulièrement orientées vers les soins de santé primaire,
- Pour améliorer la capacité des institutions, des ministères, et identifier les priorités nationales de recherche,
- Pour promouvoir la traduction des connais-

sances, et l'échange par l'application effective et sûre des interventions,

- Pour allouer au moins 2 % du budget de la Santé pour les recherches,
- Pour que les agences internationales de développement affectent à la recherche, 5 % du fonds d'aide au développement alloué à la santé.

Je crois que c'est positif, mais c'est un appel à l'action, et il nous appartient de mettre en œuvre.

Pour terminer, je soutiendrai l'idée que **la recherche est nécessaire pour faire évoluer la Santé**, mais au lieu de dire comme Descartes dans son « discours de la méthode » : « je pense donc, je suis », je préférerai dire : « je pense et j'évolue ».





Santé bucco dentaire

III - SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : ENJEUX DE TERRAIN

13. Problématique du soulagement de la douleur dentaire *P. Durand, I. Thiébot*
14. Intégration des activités de santé bucco-dentaire dans le système de santé : cas du district sanitaire d'Orodara, Burkina Faso *Z.C. Meda*
15. Soulagement de la douleur en zone rurale : résultats d'évaluation *P. Durand, I. Thiébot*
16. Auxiliaires dentaires en Haïti : formation, rôle, statut et enjeux à long terme *R. Bercy, F. Ponticq*
17. Expérience des médecins de campagne à Madagascar *D. Desplats*
18. Médecine communautaire et soins dentaires à Madagascar *C. Herran*
19. Prévention des risques d'infections croisées *G. Clapeau*
20. Accès au fluor : problématique et perspectives *C. Holmgren*
21. Cas de fluoration du sel au Laos : enjeux de production *B. Decroix, M. Martuchou*



Chap

chapitre 13

Problématique du soulagement de la douleur dentaire

Pascaline Durand
Isabelle Thiébot

Photo 1

**Consultation dans un centre de santé
(Burkina Faso)**



CONTEXTE ET BESOINS

La carie provoque, à un certain stade, des douleurs telles qu'elles incitent les patients à demander un soulagement. La problématique est de trouver une réponse en zone rurale dans un contexte économique de faibles ressources pour la santé, dans lequel d'autres problèmes de santé sont prioritaires : la mortalité infantile, le paludisme ou le SIDA...

OFFRE DE SOINS ACTUELLE

Les patients se rendent dans le service dentaire le plus proche (CMA, hôpital) pour faire faire des extractions à un tarif relative-

ment élevé pour une population rurale. Il est souvent éloigné et le transport représente du temps et un coût. Localement, il y a souvent sur les marchés, des thérapeutes itinérants "auto-proclamés". Sans formation, ils font des extractions dans des conditions extrêmes de risque de complications et de contaminations. Un infirmier les appelait les "traumatologues de passage". Un terme judicieux, au vu de leur pratique et des conditions d'hygiène.

DÉBAT

Face à d'autres priorités de santé, les soins dentaires sont-ils justifiés ? Peut-on parler d'un droit aux soins dentaires et lesquels préconiser ? Les pathologies dentaires, ce sont des **douleurs intenses**, très élevées sur l'échelle de la douleur. Ce sont aussi des **perturbations de la vie quotidienne** (sommeil, activités), une augmentation des risques infectieux sur les terrains fragilisés. S'y ajoutent les **risques des pratiques "sauvages"**. Ces quatre facteurs sont suffisants pour proposer un premier niveau de soins qui comprend le soulagement de la douleur et l'élimination des foyers infectieux. Se pose alors un certain nombre de questions : dans quelles structures, avec quel personnel, avec quel matériel... ? Les réponses ont à intégrer les

Santé bucco-dentaire : Enjeux de terrain

exigences d'accessibilité, de qualité, d'efficacité, de pérennité... Les cabinets dentaires, éloignés et coûteux, ne remplissent pas ces

critères. L'alternative actuellement envisagée est le soulagement de la douleur intégré aux activités des centres de santé.

Photo 1

Photo 2 et 3 Soulagement de la douleur par un infirmier (Burkina Faso)



Une proposition s'est vite imposée : la pratique des extractions simples par des infirmiers de centres de santé qui réfèrent les cas complexes à un service dentaire. Cela a été mis en place dans le district d'Orodara au Burkina Faso. Les infirmiers sont formés à la réalisation des extractions et équipés d'une trousse qui comprend le matériel d'examen, d'extraction et des consommables pour les anesthésies. Alors est-ce si simple ? Pas sûr, lorsque le dispositif est passé au crible des critères de pérennité et soumis aux impératifs du contexte local. A partir du terrain, un groupe de travail a élaboré un document intitulé « soulagement de la douleur : de la préparation à l'évaluation de la pérennité ». C'est une grille basée sur les résultats attendus et qui prend en compte : la **pertinence** du projet, la **compétence** du personnel, la **qualité** de la prise en charge, l'**organisation** du service avec les contraintes qu'amènent l'**intégration des soins bucco-dentaires**, la **tarification** et la **gestion** qui garantissent le bon fonctionne-

ment. Cette grille s'est avérée beaucoup plus compliquée qu'il n'y paraissait au départ. Par exemple, en repérant les indicateurs concernant la compétence du personnel, on est arrivé à une très longue liste d'indicateurs, certains faciles à renseigner mais d'autres plus compliqués.

ENJEUX

Le soulagement de la douleur est un concept relativement nouveau. Il existe des expériences menées dans différentes régions pour lesquelles il n'y a pas d'évaluations disponibles. Ce manque d'informations ne permet pas de tirer des conclusions et de dire quel est l'avenir de ces programmes. A Orodara, avec le soutien de l'AOI, une première formation a commencé en 2004, suivie de supervisions. Depuis, le district a complètement assumé la suite du programme. En 2008, après quatre ans de fonctionnement, une évaluation a été réalisée.



Problématique du soulagement de la douleur dentaire







Chap

chapitre 14

Intégration des activités de santé bucco-dentaire dans le système de santé : cas du district sanitaire d'Orodara, Burkina Faso

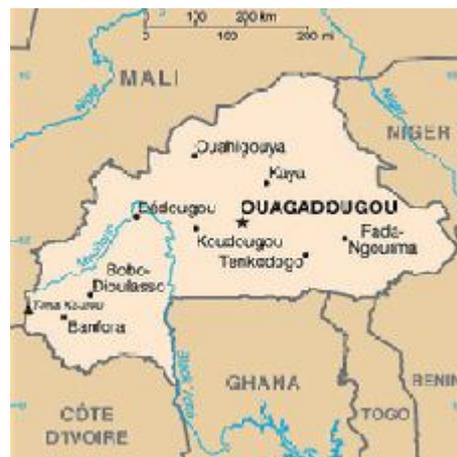
Ziemlé Clément Meda

L'intégration des activités de santé bucco-dentaire fait partie du projet d'appui au programme national de santé bucco-dentaire (PNSBD) dans les provinces du Kenedougou, du Tuy, de la Comoe, de la Leraba. Ces deux régions sanitaires sont situées à l'extrême Ouest du Burkina Faso. Ce projet d'appui, soutenu par AOI, avait pour objectif de mettre en œuvre le programme de promotion de santé bucco-dentaire intégré à la politique des soins de santé primaires en proposant des prestations curatives de qualité.

Trois orientations ont été définies :

- Intégrer les activités du projet dans les priorités des districts de la zone concernée et du plan national de développement sanitaire du Burkina Faso,
- Appliquer le paquet minimum d'activité (PMA) en santé bucco-dentaire adopté dans les CSPS des districts concernés,
- Rendre fonctionnelles les unités de référence à savoir les cabinets dentaires au niveau des hôpitaux de districts.

Carte 1





Santé bucco dentaire : enjeux de terrain

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AU BURKINA FASO

Le Burkina Faso est constitué de 13 régions sanitaires et 63 districts.

L'organisation dynamique du système de santé comprend 3 niveaux. Le premier niveau opérationnel périphérique est constitué de deux échelons : les Centres de santé de pro-

Carte 2

Régions sanitaires du Burkina Faso



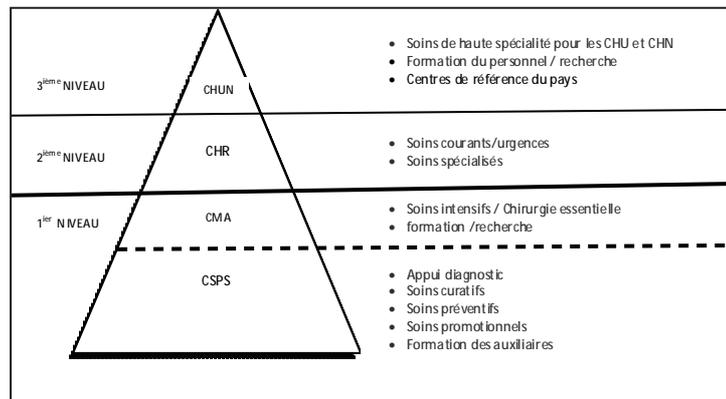
13 régions sanitaires

motion sociale (CSPS) et le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui est le centre de référence pour les CSPS. Au niveau intermédiaire, niveau technique, se trouve le Centre hospitalier régional. Le troisième est

le niveau stratégique où se situent les directions centrales, les hôpitaux nationaux, les CHU et les Laboratoires nationaux de référence.

Schéma 1

Pyramide sanitaire du Burkina Faso





Intégration des activités de santé bucco-dentaire dans le système de santé : cas du district sanitaire d'Orodara, Burkina Faso

Le district sanitaire d'Orodara compte un CMA fonctionnel et 43 CSPS.

Il est dirigé par une équipe cadre dont les activités sont coordonnées et orientées par le Médecin-chef du district (MCD). L'équipe cadre est composée de huit membres avec huit fonctions clés : la clinique, la gestion, la planification, la supervision et le monitoring, l'approvisionnement en Médicaments essentiels génériques (MEG) et consommables médicaux, la recherche, l'administration et le contrôle de gestion. De plus, l'équipe cadre de Orodara prend en charge la coordination inter et intra sectorielle : le suivi et l'évaluation, les formations, l'hygiène/assainissement y compris la prévention des infections.

Des plans d'action sont élaborés, un par le CMA pour la mise en œuvre du Paquet complémentaire d'activités (PCA) et un par chaque CSPS pour l'exécution du Paquet minimum d'activités (PMA).

Les organes de décisions du district sont : le Conseil du district où les propositions émanent de l'équipe cadre, un Comité directeur technique pour le CMA, un Comité de gestion au niveau de chaque CSPS.

QUELLE EST LA PLACE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE SYSTEME DE SANTE DU BURKINA ?

Le programme national de santé bucco-dentaire est dirigé par la Direction de la lutte contre la maladie qui dépend de la Direction générale de la santé. Huit problèmes prioritaires ont été identifiés par le programme national de santé bucco-dentaire :

- Prévalence élevée des parodontopathies et incidence des caries dentaires dues au changement d'habitudes alimentaires,
- Fréquence élevée du noma et du syndrome de Burkitt,
- Insuffisance des soins préventifs et promotionnels dans le domaine de la santé bucco-dentaire,
- Accès difficile aux soins bucco-dentaires,
- Inexistence d'un PMA de santé bucco-dentaire,
- Fonctionnement insuffisant des services de santé bucco-dentaire,
- Insuffisance de la prise en compte des données bucco-dentaires dans le système national d'information sanitaire,

- Absence de véritable politique de santé bucco-dentaire.

Ces problèmes prioritaires ont été pris en compte pendant la phase de réorientation du programme national de santé bucco-dentaire et entérinés par les orientations de la politique sanitaire nationale adoptées en 2001.

On observe une évolution significative dans le domaine de la santé bucco-dentaire au Burkina Faso à partir de 2005 par le décret présidentiel qui reconnaît l'existence d'un certain nombre de professionnels tels que :

- Technicien de laboratoire de prothèse dentaire et maxillo-faciale,
- Technicien supérieur de laboratoire de prothèse dentaire et maxillo-faciale,
- Ingénieur de laboratoire de prothèse dentaire et maxillo-faciale,
- Chirurgien dentiste,
- Attaché de santé en odontologie (ASO).

Pour chaque profession des fonctions et des attributions sont définies.

MISE EN ŒUVRE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE ORODARA

Pour mettre en place des soins d'urgence dentaire dans le district sanitaire d'Orodara, un certain nombre de critères ont été pris en compte.

Ces critères ont été préalablement définis dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de santé bucco-dentaire courant 2002 et lors d'une réunion sur le projet pilote.

Une étude de faisabilité a été réalisée à Orodara en 2003, définissant les critères de sélection des CSPS. C'est ainsi que le 30 janvier 2004, Orodara a été choisi pour organiser un atelier pour définir un paquet minimum d'activités dentaires à intégrer aux PMA dans les CSPS. Les questions de la pérennité des activités dentaires et de la tarification y ont été abordées.

Les critères retenus pour la sélection des CSPS sont :

- Une motivation locale (communauté et personnel soignant),
- Une motivation de l'équipe dirigeante du district,
- Des centres de santé ayant une activité im-





Santé bucco dentaire : enjeux de terrain

portante (au minimum 10 000 habitants) pour que l'activité soit viable et pérenne,

- Des centres accessibles géographiquement,
- Le CSPS est un chef lieu de département,
- Le CSPS a un incinérateur (intéressant dans le cadre de la prévention des infections et de l'élimination des déchets).

Le projet pilote a démarré avec 5 CSPS, à savoir Kourouma, N'Dorola, Morolaba, Samorogouan et Sindo. En 2005, le CSPS de Banzon a été ajouté.

Depuis la mise en œuvre du projet, 5 sessions de formation ont été réalisées. Le manuel de base utilisé est : « l'infirmier en zone tropicale face aux pathologies bucco-dentaires dans son service quotidien ; AOI – OMS ». A la fin de chaque formation, une trousse dentaire, un stock de consommables et le manuel sont donnés à l'infirmier pour démarrer l'activité. Une attestation de participation lui est également remise pour plus de motivation.

Au début, ces sessions étaient assurées par deux dentistes nationaux et deux formateurs de l'AOI, appuyés par les attachés de santé en odontologie du district.

Depuis 2005, ces sessions sont assurées par les auxiliaires en odontologie du district, avec ponctuellement des formateurs de l'AOI en 2006.

Les personnels formés sont des Infirmiers chefs de poste (ICP) diplômés d'Etat et un infirmier breveté.

Les sessions de formations durent 10 jours dont 5 jours de formation théorique et 5 de pratique.

Au début, les formations étaient financées avec l'appui de l'AOI. Depuis que les activités ont été institutionnalisées dans le cadre de directives du district, les formateurs sont pris en charge par le CMA et les agents formés par les Comités de gestion des CSPS où ils exercent.

La carte ci-dessous présente : en bleu les cinq premiers sites, en jaune le sixième où les activités dentaires ont démarré en 2005 et en rouge Orodara, le centre de référence de la province.

Carte 3

District sanitaire de Orodara

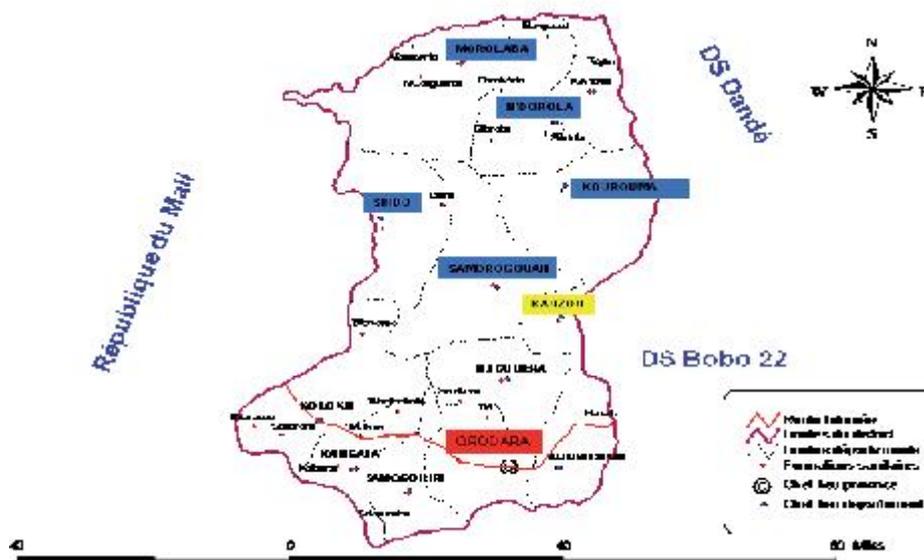




Tableau 1

Le tableau ci-dessous, présente la synthèse de la formation et du devenir des agents formés.

CSPS	Année d'introduction du PMA dentaire		Nombre d'agents formés (14)	Profil	Année de formation	Devenir des agents formés
	2004	2005				
KOUROUMA	X		2	IDE	2004	Attaché de santé
				IDE	2005	ICP Kourouma
SAMOROGOUAN	X		3	IDE	2004	ASO
				IDE	2005	ASO
				IDE	2007	ICP Samorogouan
MOROLABA	X		2	IB	2004	ICP
				IDE	2005	ICP Morolaba
N'DOROLA	X		4	IDE	2004	ASO
				IDE	2005	Attaché réanimation
				IDE	2006	Au CMA
				IDE	2007	ICP N'Dorola
SINDO	X		1	IDE	2004	ICP Sindo
BANZON*		X	2	IDE	2005	ICP N'Dorola
				IDE	2008	ICP Banzon

* 8 mois de rupture

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IB : Infirmier breveté

ICP : Infirmier chef de poste

ASO : Attaché de santé en odontologie

Sur les quatorze agents formés, un seul est resté à son poste depuis le début du projet et de nombreux mouvements ont été observés dans les autres centres. A Samorogouan par exemple, sur trois agents formés dans ce centre, un seul est resté à son poste et les deux autres sont devenus attachés de santé en odonto-stomatologie (ASO). A N'Dorola, quatre agents ont été formés dont un ancien de Banzon.

Les attributions des infirmiers formés sont : la prévention / Information - Education - Communication (IEC), les extractions dentaires simples, la prise en charge des complications, la gestion des instruments et la prévention des infections, la gestion des

consommables médicaux, la référence et la contre référence, les rapports d'activité.

Avec l'appui de l'AOI, les agents reçoivent un équipement : matériel d'IEC, matériel d'extraction et de stérilisation, supports de formation, grille de supervision, boîtes de stockage du matériel désinfecté.

En ce qui concerne la prévention des infections, le district ayant déjà des orientations dans le domaine, les formations n'ont fait que renforcer le protocole de désinfection. Dans chaque CSPS concerné, il existe un incinérateur et une cocotte minute.

L'approvisionnement en médicaments et consommables (anesthésiques dentaires, aiguilles...) se fait par le circuit de commande



Santé bucco dentaire : enjeux de terrain

des MEG auprès de la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG).

En ce qui concerne le suivi du projet, des notes de service et des directives ont été mises en place pour accompagner le projet. Ce sont entre autres :

- La santé bucco-dentaire dans le cadre de la sensibilisation / IEC,
- L'intégration des aspects de santé bucco-dentaire dans la grille de supervision,
- La mise en place d'une grille de relevé d'activités dentaires,
- La tarification,
- La qualité des soins : supervision intégrée,
- La mise en place de supports de gestion des dotations,

• La mise en place d'un système de rapport trimestriel par formation sanitaire (CSPS et CMA).

Pour la note sur la tarification des extractions, des arbitrages ont été effectués afin de fixer un prix accessible pour la population mais qui permet aussi de financer le renouvellement du consommable et de couvrir les frais d'amortissement du matériel. L'acte a été fixé à 2500 francs CFA.

La population ayant eu recours aux soins en 2007, en terme d'utilisation des services, était de 0,41 contact par habitant et par an contre 0,47 contact par habitant et par an en 2008.

Tableau 2

Activités en 2007

	CSPS	Banzon	Kourouma	Morolaba	N'Dorola	Samorogouan	Sindo
Population totale	16 015	11 101	6 702	14 596	14 442	20 524	
Nb total de consultants	4 752	5 252	3 682	4 370	5 782	8 991	
Nb moyen mensuel de pathologies dentaires		16	18	20	4	26	
Nb moyen mensuel de pathologies dentaires par habitant par an		1,7	3,1	1,6	0,02	0,014	
Pathologies dentaires / pathologies totales (%)		3	4,6	5,49		3,5	

QUELLES SONT LES LEÇONS DE CE PROJET PILOTE ?

Les points positifs

Le PMA en soins d'urgence bucco-dentaires a été intégré dans le PMA des CSPS sur les sites où le projet a été initié. L'existence de besoins ressentis, que ce soit par la population ou par les agents de santé a entraîné une nouvelle dynamique. Malgré la charge de travail liée à ces soins bucco-dentaires, les agents n'ont pas trouvé d'inconvénients à les réaliser. Au contraire, une notoriété pour le site est apparue car il propose un service supplémentaire.

Le projet a également permis de produire des données sur la santé bucco-dentaire, même si ces dernières sont à améliorer.

Aussi cela a permis d'intégrer les activités de soins bucco-dentaires dans la planification.

Les points à améliorer

Il faut noter une insuffisance des activités de sensibilisation. L'absence de chirurgien dentiste au niveau du centre de référence pour une telle expérience est un point négatif.

Après 5 ans d'expérience, il faut prendre



Intégration des activités de santé bucco-dentaire dans le système de santé : cas du district sanitaire d'Orodara, Burkina Faso

en compte certains aspects pour s'assurer d'offrir des soins de qualité. En matière de prévention des infections, l'amélioration passe par l'acquisition de matériel ou le remplacement de matériel défectueux (par exemple des cocottes minutes). Un autre problème est l'absence de circuit de distribution pour le renouvellement des consommables dentaires, même s'il existe des efforts pour ne pas en manquer.

CONCLUSION

Nous avons pu mettre en œuvre par ce projet d'appui un des objectifs du programme national de santé bucco-dentaire. L'objectif était d'intégrer la santé bucco-dentaire au paquet minimum d'activités des CSPPS. La réalisation

s'est faite à travers une planification, la supervision, la formation sur site mais aussi la promotion des agents formés. Concernant les aspects de pérennisation, l'évaluation réalisée est critique sur certains points. Cela peut faire l'objet d'un débat : il serait sûrement intéressant que chaque échelon de responsabilité et de fonctionnement du système de santé joue pleinement son rôle, dans la limite de ses attributions. Cette intégration constitue une innovation en santé publique qui permet de rendre accessibles les soins d'urgence bucco-dentaires en zone rurale. La pratique du terrain et l'éthique nous imposaient de trouver des réponses aux demandes prioritaires de santé publique. C'est ce que nous avons tenté de faire et c'est une expérience à partager en l'adaptant aux réalités du terrain.







Chap

chapitre 15

Soulagement de la douleur dentaire en zone rurale : résultats d'évaluation

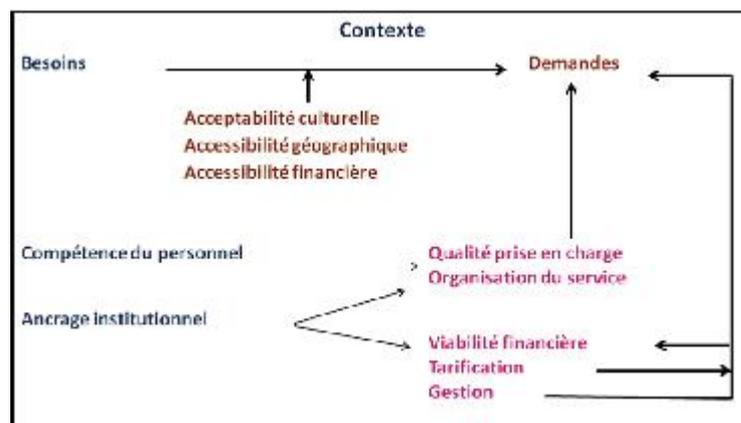
Pascaline Durand
Isabelle Thiébot

Le programme de soulagement de la douleur initié en 2004, avec l'appui de l'AOI, dans des centres de santé et de promotion so-

ciale (CSPS) du district d'Orodara (Burkina Faso) a été évalué en 2008 pour en analyser la pertinence et la pérennité.

Schéma 1

Pertinence / Pérennité



PERTINENCE

Concernant la pertinence nous nous sommes intéressés aux besoins et aux demandes, à l'acceptabilité culturelle, à l'accessibilité géographique et financière, au contexte.

Dans l'hypothèse où l'existence de besoins et de demandes est confirmée, il y a lieu

de se demander si le projet est pertinent et durable dans le contexte d'Orodara ?

L'OFFRE DE SOINS EST-ELLE UTILE ?

Il y a bien des pathologies douloureuses à l'origine de demandes d'extractions. Avec une moyenne de 140 extractions par an dans





Santé bucco-dentaire : Enjeux de terrain

les CSPS, l'activité est plus importante que celle de certains cabinets dentaires du pays !

L'OFFRE DE SOINS EST-ELLE ACCEPTABLE ?

- L'acceptabilité culturelle ? Les infirmiers répondent : « face à une telle douleur, il n'y a pas de résistance culturelle qui tienne ! »,
- L'accessibilité géographique est excellente pour près de 50 % de la population de l'aire de responsabilité du CSPS qui réside dans un rayon de 5 km. Elle est très améliorée pour le reste de la population,
- L'accessibilité financière a aussi évolué positivement. La dépense pour une extraction au CSPS est de 4000 francs CFA (y compris la prescription). Même si les infirmiers ne constatent pas de renoncements pour raisons financières et affirment que « le soulagement de la douleur n'ayant pas de prix, la population est prête à payer », c'est une somme conséquente pour une population rurale. Mais elle ne représente que le quart ou la moitié de ce que le patient aurait déboursé en allant dans le cabinet dentaire le plus proche (centre médical d'Orodara ou hôpital de Bobo Dioulasso). Les gains viennent du temps et du coût du transport, de la tarification moins chère.

LE CONTEXTE EST-IL FAVORABLE ?

Quel est l'impact du contexte sur la pérennité du projet ?

- Le Burkina connaît une certaine stabilité politique mais il est dans les derniers pays de la planète pour l'indice de développement humain. La situation économique n'est donc pas favorable à l'introduction de tels programmes de santé.
- Comment est situé le soulagement de la douleur en zone rurale dans le système de santé ? Bien que ce premier niveau de soins ait été validé par un atelier national, une partie des chirurgiens-dentistes locaux ne l'approuve pas, redoutant la délégation de tâche à des infirmiers. L'expérience d'intégration de l'activité au service public d'Orodara est unique et isolée, sans véritables ancrages régional et national.
- La démographie locale est favorable : l'habitat est assez groupé autour des centres de santé, près de la moitié de la population se trouve à moins de 5 km.

• Comparés à d'autres régions du pays, le climat d'Orodara est plus clément et la situation économique meilleure grâce à la culture du coton et à l'exploitation des fruits. La plupart des familles possède une mobylette : un moyen de communication appréciable qui indique quelques ressources disponibles.

• L'environnement sanitaire des centres de santé plaide en faveur du projet : il n'y a aucune autre offre de soins dentaires de proximité en dehors des thérapeutes ambulants qui ont des pratiques à haut risque. Le choix des centres de santé où l'activité dentaire est intégrée tient compte de leur fréquentation suffisante et de leur viabilité.

• La motivation des acteurs de terrain est importante, qu'il s'agisse du médecin chef du district, de l'attaché de santé en odontologie (ASO), du personnel des CSPS. Les activités dentaires apportent des avantages : nouvelles compétences reconnues, intérêt au chiffre d'affaires, évolutions de carrières... En revanche, les autorités sanitaires des échelons supérieurs montrent un intérêt plus relatif pour cette expérience.

L'OFFRE EST-ELLE ADAPTÉE À LA DEMANDE ?

Tous les patients viennent en demandant une extraction pour soulager une douleur intense. Ils sont satisfaits sur place si l'extraction est simple (80%). Les cas d'extractions complexes sont, soit référés au cabinet dentaire le plus proche, soit traités par l'ASO lors des supervisions.

PÉRENNITÉ

La pérennité est conditionnée par la compétence du personnel et la qualité de la prise en charge, l'organisation du service, la tarification et la gestion.

QUELLE EST LA FORMATION DU PERSONNEL ?

Le district assure la formation d'infirmiers chefs de poste (ICP) pour la pratique d'extractions simples. Il organise des recyclages annuels, des supervisions semestrielles.

Actuellement, la formation et le suivi reposent uniquement sur un ASO. Malgré les bons résultats incontestables qu'il obtient, il est à déplorer qu'il n'ait pas de formation





spécifique, qu'il soit livré à lui-même, sans référent professionnel. En effet, le dispositif n'inclut pas de chirurgien-dentiste. Il n'y a pas de référence nationale pour le programme de formation.

De l'avis des infirmiers, la formation est adaptée. Ils ont besoin d'un an pour acquérir de l'expérience et se sentir à l'aise en faisant des extractions. Mais ils demandent des supervisions plus fréquentes et plus de disponibilité du superviseur lors de son passage, en particulier la première année. Ils regrettent l'absence d'outils pédagogiques pour informer et motiver les patients et le personnel du centre.

LA PRISE EN CHARGE EST-ELLE DE QUALITÉ ?

- Le public est accueilli sept jours sur sept. L'attente de plusieurs heures entre l'arrivée du patient et sa prise en charge est un point négatif. La relation avec les patients semble bonne. L'absence ponctuelle de l'infirmier qui fait les soins dentaires (formations, congés...) provoque l'interruption de la disponibilité de l'offre. Les mutations – assez fréquentes – constituent le problème majeur, si le successeur n'a pas été pas formé à l'activité.

- Le matériel dentaire fourni quatre ans auparavant est complet et en bon état. L'approvisionnement en consommables passe par la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG). Les ruptures de stock sont rares. Des circuits plus onéreux sont utilisés ponctuellement, si besoin.

- Les Infirmiers ont acquis un bon niveau de connaissances concernant les diagnostics, les décisions thérapeutiques, les prescriptions, les suites opératoires, les pratiques d'hygiène... La maîtrise technique des extractions, pratiquées dans des conditions difficiles, est souvent excellente.

La prescription type du district prévoit des antalgiques et une antibiothérapie systématique. Celle-ci, parfois inutile, est alors inappropriée et coûteuse.

- Les principaux risques de contaminations croisées sont contrôlés. L'ensemble du personnel est sensibilisé au problème. Les procédures sont connues, affichées et globalement respectées. Les produits et le matériel nécessaires sont disponibles. Le ma-

tériel décontaminé est stocké dans des boîtes métalliques. Le district assure des formations, la fourniture d'eau de javel. Les points faibles sont : le nombre de daviers insuffisant en cas d'affluence (jour de marché), le nombre de boîtes de stockage trop réduit pour en avoir une par acte, l'usure des joints de cocottes minutes qui oblige à augmenter la durée d'ébullition, parfois l'hétérogénéité des formations du personnel.

- L'ASO a joué un rôle dans la réalisation de l'objectif de qualité des actes avec son leitmotiv : « sans qualité, il n'y a pas de demande ». Il a eu des résultats puisque l'importance de la demande de soins, la satisfaction exprimée par les patients, attestent de la qualité. Autre indice : les tradipraticiens ambulants ont quitté les marchés, faute de clients.

QUELLE INTÉGRATION DANS LE DISTRICT ET LES CENTRES DE SANTÉ ?

Le Médecin chef est très motivé. Preuve en est la très rapide prise en charge intégrale du projet par le district. Il a produit des notes de cadrage pertinentes à propos de la qualité de l'offre et de sa viabilité... Il a organisé la formation et les recyclages. Il a intégré les supervisions...

L'activité dentaire entraîne un surcroît de travail pour tout le personnel des CSPS. Il est accepté car compensé par des avantages (image auprès de la population, classement dans le district, primes, intéressement...).

LA VIABILITÉ FINANCIÈRE EST-ELLE ASSURÉE ?

L'extraction tarifée à 2500 francs CFA permet-elle de couvrir les frais et d'assurer l'avenir ?

Une des notes de cadrage du district donne le détail du calcul de la tarification. Dans une perspective d'auto-financement, il a été compté : les coûts directs (consommables et amortissement du matériel) et les coûts indirects (suivi et évaluations, formations et recyclages). L'intéressement du personnel est prévu à hauteur de 20 % de la tarification (pour une extraction, 500 francs CFA sont répartis sur la totalité du personnel, selon une grille hiérarchique). L'équilibre financier est atteint à partir de quinze extractions mensuelles. A partir de vingt extractions, l'excédent doit permettre de cou-



Santé bucco-dentaire : Enjeux de terrain

virer les frais de l'ASO et d'un dentiste référent. Il y a plus de 15 extractions par mois dès la seconde année d'activité. Autre point important, la supervision dentaire étant intégrée à la supervision générale des CSPS, elle n'engendre pas de surcoût.

Le démarrage des activités dans un nouveau centre, implique des financements externes.

LA GESTION EST-ELLE SAINNE ?

Les activités dentaires peuvent représenter 50% du chiffre d'affaires d'un centre de santé ! Les CSPS financent les frais de recyclage mais pas le renouvellement du matériel malgré les financements prévus. L'importance de ces recettes pose l'exigence d'un suivi rapproché par le district de la comptabilité des centres et des Comités de gestion.

CONCLUSION

Dans ce contexte précis, le soulagement de la douleur dentaire est pertinent et les principaux facteurs de pérennité sont réunis. La grande force du projet est l'implication du district qui montre : motivation, capacités à mettre en œuvre et à suivre les activités.

Il est à noter que l'introduction des soins bucco-dentaires apporte plus d'avantages que

d'inconvénients pour chaque catégorie d'acteurs, ce qui évite bien des blocages. Avec l'intéressement du personnel au chiffre d'affaires, les intérêts de la population (qualité) et du personnel convergent.

Il serait souhaitable d'améliorer quelques éléments dans le contrôle des infections.

Mais les problèmes essentiels sont : l'absence d'un chirurgien-dentiste référent du programme, les mutations de personnel aussi bien au niveau des centres de santé que de l'encadrement du district, une très faible institutionnalisation au-delà du district.

Tableau 1**Conclusion - Pertinence**

	Défavorable	Intermédiaire	Favorable
Demandes / Besoins			X
Accessibilité culturelle			X
Accessibilité géographique			X
Accessibilité financière		X	
Santé BD et système de santé national	X		
Contexte national	X		
Démographie		X	
Economie locale		X	
Environnement sanitaire des CSPS			X
Motivation des structures sanitaires			X

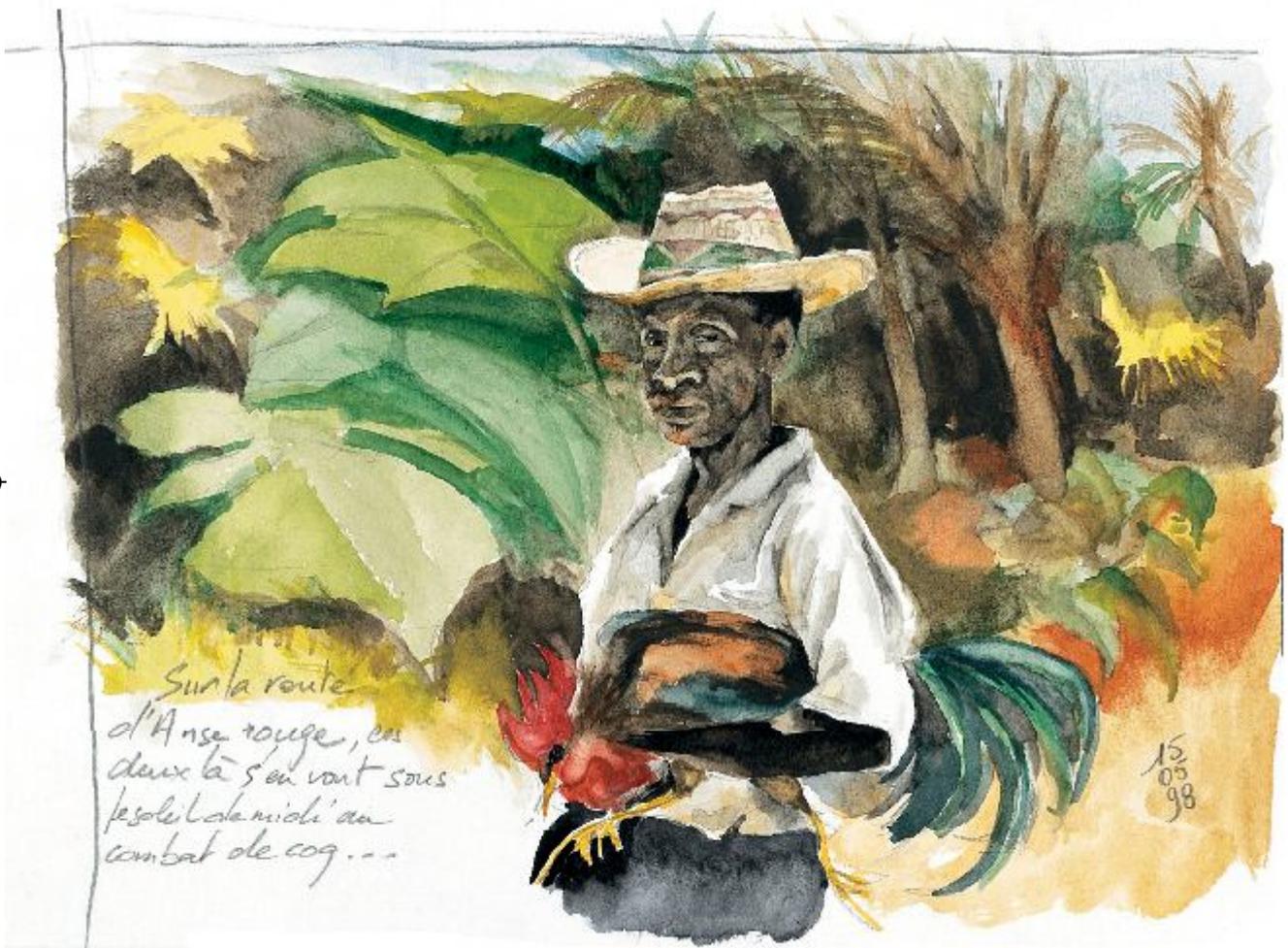


Tableau 2

Conclusion - Pérennité

	Défavorable	Intermédiaire	Favorable
Adéquation offre / demande			X
Matériel d'extraction disponible			X
Consommables disponibles			X
Accueil		X	
Ancrage national	X		
Qualité des actes			X
Qualité prévention risques infectieux		X	
Intégration dans les CSPS			X
Auto-financement à 1 an			X
Gestion		X	





Sur la route
d'Anse rouge, en
deux là s'en vont sous
le soleil de midi au
combat de cog...

15
05
98



Chap

chapitre 16

Auxiliaires dentaires en Haïti : formation, rôle, statut et enjeux à long terme

Richard Bercy
Françoise Ponticq

INTRODUCTION ET DONNÉES SANITAIRES

En Haïti, il existe une faculté d'Odontologie et 22 à 26 chirurgiens-dentistes sont diplômés par an. Il y a environ 350 chirurgiens-dentistes pour 8 millions d'habitants. La répartition est irrégulière : 64% d'entre eux travaillent dans le département de l'Ouest où se trouve Port-au-Prince la capitale.

Les besoins en soins dentaires : les rares enquêtes ponctuelles datent de 1999 et montrent que les indices de carie sont faibles.

Les infrastructures dentaires publiques sont rares et de mauvaise qualité. Il est observé une insuffisance de l'accès géographique et financier aux soins dentaires et le recours à l'extraction in fine. La formation continue des professeurs de la faculté n'est pas régulière ni assurée par une institution adéquate.

Carte 1



CAO(D) à 12 ans						
âge	% affectés	CAOD	C	A	O	Année
12 ans	31	0,65*	n.a.	n.a.	n.a.	1999

Psoter WJ, Saint Jean HL, Morse DE, Prophte SE, Joseph JR, Katz RV. Dental caries in twelve- and fifteen-year-olds: results from the basic oral health survey in Haiti. *J Public Health Dent.* 2005;65:209-14.

* Un total de 611 enfants de 12 ans furent étudiés



JUSTIFICATION DES AUXILIAIRES DENTAIRE

Face à cette situation, des institutions privées de type associatif, ont, depuis les années 1980, mis en place des programmes de formation d'auxiliaires dentaires, pour tenter de répondre aux besoins de la population.

Les auxiliaires dentaires représentent, en Haïti et de par leurs attributions, une catégorie de personnel pouvant être apparentée au personnel nommé hygiéniste (Amérique et Europe du nord), infirmier dentaire ou ISO en Afrique.

Cette catégorie de personnel n'est pas reconnue par l'état, mais de nombreux auxiliaires travaillent dans les secteurs privés associatifs et privés libéraux.

Le SOE¹ est l'une de ces ONG ayant introduit un curriculum d'auxiliaires dentaires dans ses programmes en 1989 et l'ayant présenté au Ministère de la Santé Publique en 1989.

FORMATION DES AUXILIAIRES DENTAIRE DU SOE

La première formation (8 personnes) a été adaptée aux besoins rencontrés dans le pays en 1989 puis révisée en 1998. Une deuxième formation a eu lieu (12 personnes) de 1999 à 2000.

Les personnes formées par le SOE répondaient à des critères bien déterminés (niveau scolaire et habileté manuelle, habitant la localité où se trouvait la clinique dentaire); la demande provenait des services de santé du SOE ou d'autres institutions (AOI en 1998). Tous les auxiliaires formés ont été embauchés par le SOE.

La formation est justifiée par :

- Le manque d'accès aux soins dentaires, surtout dans les régions rurales où le recours aux charlatans est fréquent (ils ne font qu'occuper les espaces laissés vides par les professionnels),
- Le manque de ressources financières de la population rurale (pouvoir d'achat faible) pour accéder aux rares cliniques privées installées en province,
- Le manque de dentistes dans les régions rurales ou l'absence d'équipements et de

routes, l'isolement professionnel et social, le peu de pouvoir d'achat de la population n'incitent pas les jeunes professionnels à s'installer,

- Le coût salarial d'un auxiliaire beaucoup moins élevé que celui d'un chirurgien-dentiste (trois à quatre fois moins) peut permettre à une institution d'embaucher un auxiliaire et d'assurer sa supervision, ponctuellement, par un chirurgien-dentiste.

Le curriculum technique de cette formation (d'une durée de 6 mois : deux mois théoriques et quatre mois pratiques) portait sur :

- L'information et la prévention des principales affections bucco-dentaires avec un programme pour les écoles,
- L'hygiène et l'asepsie,
- La prophylaxie et le polissage des racines dentaires exposées,
- Le nettoyage des cavités de carie simples et la pose d'obturations temporaires ou définitives,
- L'extraction des dents mobiles et racines résiduelles,
- Le traitement et la référence des urgences.

1 - ÉVALUATIONS : elles ont eu lieu régulièrement de 1989 à 2002, avec les chirurgiens-dentistes du SOE et de façon interne, liées à des supervisions tous les trois mois.

Le travail technique des auxiliaires, éducatif, et l'entretien du matériel, ainsi que des statistiques de fréquentation des centres, le degré de satisfaction des patients étaient relevés et consignés pour chacun des centres.

Lorsque le SOE n'a plus été capable d'assurer la gestion des centres de santé, il a été difficile, voire impossible pour les centres les plus éloignés géographiquement, de s'assurer de cette tâche.

2 - RECYCLAGES : trois recyclages ont eu lieu entre 1990 et 2008. Le dernier a eu lieu en novembre 2008 et la majorité des auxiliaires formés par le SOE : 17 étaient présents et travaillaient dans une clinique de soins dentaires de type privé (3) ou associatif (14).

¹ SOE: ONG haïtienne fondée en 1987.



3 - LA SUPERVISION : la supervision des centres du SOE était assurée de 1989 à 1998 par deux chirurgiens-dentistes qui passaient tous les 3 mois dans chaque centre ; d'autre part, entre 1989 et 1998, chaque centre du SOE employait un chirurgien-dentiste ou un résident en service social (dentiste qui a fini ses études et fait un stage de fin d'études d'un an).

Après 1998, les difficultés financières du SOE ont rendu cette supervision plus irrégulière et elle a même disparu au niveau des centres qui n'appartenaient plus au SOE.

LE RÔLE DES AUXILIAIRES DENTAIRE

Le rôle des auxiliaires dentaires devrait être défini par les paramètres relatifs à la situation bucco-dentaire dans le pays :

- Plan et politique nationale de santé bucco-dentaire, déterminant les niveaux de soins et le personnel à y mettre en service pour répondre aux besoins en soins et éducation,
- Disponibilités des infrastructures et équipements,
- Formation et répartition des chirurgiens-dentistes dans le pays,
- Présence d'association socioprofessionnelle active.

La réalité ne permet pas de définir ainsi le rôle de l'auxiliaire car si la politique de santé existe, celle relative aux soins de santé dentaires communautaires est embryonnaire et plus théorique que pratique.

Le rôle de l'auxiliaire - comme ceux formés par le SOE - devrait avant tout être préventif. Dans la majorité des cas, l'absence de chirurgien-dentiste prépare l'auxiliaire à réaliser des soins simples, répondant à la demande de la population, aux urgences, dans des conditions plus acceptables que celles offertes par les charlatans.

L'auxiliaire répond à la demande de la population et obtient sa confiance quand il travaille dans la même institution depuis plusieurs années. Il devrait être supervisé par un chirurgien-dentiste, mais il est vrai que ce n'est pas toujours le cas, vu le nombre restreint de ces derniers. Il n'est pas facile de trouver un chirurgien-dentiste prêt à se déplacer régulièrement en province pour assurer cette supervision : le coût de cette

supervision ne peut pas toujours être pris en charge par les institutions.

LE STATUT DES AUXILIAIRES

L'auxiliaire dentaire :

- N'est pas reconnu par le Ministère de la Santé Publique jusqu'à aujourd'hui, alors que le statut d'auxiliaire médical existe (il y a une école nationale pour ce type de personnel),
- Est souvent décrié et condamné à être nommé « charlatan » par la plupart des chirurgiens-dentistes,
- Est reconnu et obtient la confiance de la population des zones desservies par ses services.

Nous émettrons seulement quelques remarques au sujet de ces constatations :

- Le Ministère de la Santé n'a pas, au niveau central, de représentant de la santé dentaire, encore moins quand il est question de santé dentaire communautaire. Il ne peut donc pas être informé, ni être capable de statuer sur un curriculum d'auxiliaire dentaire,
- Les chirurgiens-dentistes, de part leur formation, axée sur la clinique pure, sont aussi peu au fait des questions de santé publique dans leur domaine et préfèrent considérer l'auxiliaire comme un charlatan.

Ceux qui ont déjà travaillé avec cette catégorie de personnel comprennent son utilité et la place qu'il tient au sein du système de santé.

- La population, même peu informée, fait souvent preuve de bon sens et le service rendu par l'auxiliaire est reconnu et apprécié. Au cours des années de présence dans la communauté, il atteint une réputation que lui confèrent son expérience et sa disponibilité sur place.

LES CONSTATATIONS RELATIVES À L'ÉTUDE DE 3 CAS D'AUXILIAIRES DENTAIRE

Les cas choisis et étudiés l'ont été en fonction du temps consacré à ce travail, mais nous envisageons de le poursuivre en 2009, sur la totalité des auxiliaires formés par le SOE, avec un recul de 19 ans (par rapport à la première



Santé bucco-dentaire : Enjeux de terrain

formation) et de 10 ans (par rapport à la deuxième).

Nous nous sommes rendus à THOMONDE (Plateau Central) et LA CHAPELLE (Artibonite) dans deux centres de santé : le premier a été géré de 1977 à 2001 par le SOE et puis, jusqu'à aujourd'hui par une ONG américaine-haïtienne « Zanmi Lasante ». Le deuxième est géré par le SOE depuis 1980 environ.

THOMONDE : bourg d'environ 3.000 habitants, du Plateau Central, 90 kms de la capitale et 3 à 5 heures de route selon les saisons.

LA CHAPELLE : bourg de 2.000 habitants, dans l'Artibonite, à 60 kms de la capitale.

Dans ces deux bourgs, le SOE gère le centre de santé depuis 1977 (Thomonde) et 1980 (La Chapelle).

	THOMONDE	LA CHAPELLE	LA CHAPELLE
Auxiliaire dentaire	Femme 38 ans	Homme 48 ans	Femme 35 ans
Diplôme préalable	Auxiliaire médicale	-	-
Niveau scolaire	bac	1 ^{re}	2 ^e
Année de formation par SOE	89-90	89-90	98-99
1^{er} emploi	SOE 90	SOE 90	SOE 99
Durée	90 à 2001 SOE 2001 : rien 2002-09 Zanmi Lasante	90-02 SOE 03-05 ONG à Port-au-Prince 07-09 privé chez lui	99-2000 SOE 2001 rien 2002-09 SOE
Chirurgien dentiste dans le centre	90-99 chirurgien dentiste SOE 02-08 Dentiste Service social (résident)	94-95 chirurgien dentiste SOE 99-03 supervision par un chirurgien dentiste d'un centre SOE proche	
Équipement dentaire	93 SOE 2003 Zanmi Lasante	95 SOE 2007 paroisse	
Recyclage	95-02-08	95-02-08	02-08
Fréquentation moyenne	15 patients/jour	8 patients/jour	5 patients/jour
Actes les plus courants	Extraction-détartrage	Extraction-détartrage	Extraction-détartrage
Augmentation des tarifs en 19 ans dans le centre	Consultation x 5 Extraction x 5 Détartrage x 25 AMG x 30	Consultation x 1.5 Extraction x 4 Détartrage x 3 AMG x 4	
Salaires aux. En 19 ans	X 5	X 4	
Salaire dentiste	3 fois auxiliaire	idem	
Financement	ONG	ONG-paroisse	
Demande de l'auxiliaire	Présence dentiste Recyclage Reconnaissance par état Salaire +	Présence dentiste Recyclage Reconnaissance par état Salaire +	



CONCLUSIONS TIRÉES DE CETTE ÉTUDE DE CAS

- Le SOE a formé une catégorie professionnelle (des auxiliaires) qui, jusqu'à présent, travaillent dans leur domaine (dentaire). Ce n'est pas le cas pour de nombreux étudiants ou apprentis en Haïti, qui obtiennent un diplôme et ne peuvent pas trouver d'emploi dans ce domaine,
- Les auxiliaires rendent un service de qualité dans leur domaine et dans leur commune,
- Les personnes formées ont un revenu et une position stable dans leur commune, une reconnaissance sociale,
- La présence de chirurgiens-dentistes et d'équipements dentaires fonctionnels est importante autant pour la supervision que pour la réalisation d'actes que ne peuvent réaliser les auxiliaires,
- Les programmes d'éducation et prévention dans la commune ont contribué à faire connaître le travail de l'auxiliaire,
- La fréquentation des centres est aussi liée à la présence d'autres chirurgiens-dentistes dans la zone et à la réputation du centre,
- Le coût des actes reste abordable par la population,
- Les salaires des auxiliaires et chirurgiens-dentistes sont totalement pris en charge par l'ONG,
- La viabilité des cliniques dentaires semble liée à la présence d'un auxiliaire et d'un chirurgien-dentiste (à temps partiel au moins), à une fréquentation élevée, à un suivi rapproché et régulier (tous les trois mois), à une prise en charge du coût des salaires et d'une partie du matériel, au fait que les actes soient « payants » que les équipements soient fonctionnels.

Les besoins des auxiliaires sont d'ordre technique et financier (recyclage, salaires, reconnaissance). Les 3 personnes interrogées nous ont dit que leur formation était « complète » mais qu'ils en perdaient le bénéfice pour 40 à 50 % car ils n'utilisaient pas leurs compétences s'ils n'étaient pas encadrés par un chirurgien-dentiste.

Remarque : l'auxiliaire de La Chapelle (homme) travaille chez lui de façon sporadique, il fait des extractions et des détartrages. Il a un fauteuil mécanique et des

instruments, et les désinfecte dans un bain de chlorox à 16 degrés pendant 20 minutes.

CONCLUSION : ENJEUX À LONG TERME

Face à ce tour d'horizon, il nous paraît important de redéfinir les enjeux de cette formation pour qu'on puisse la dire « rentable » ou du moins adaptée à la réalité et utile, avec un recul de 19 années.

A partir de notre expérience nous pouvons distinguer plusieurs enjeux :

• **Reconnaissance par l'état du statut de l'auxiliaire dentaire.**

Essentiel pour que le statut et les revenus de l'auxiliaire dentaire soient garantis dans le temps, et ne soient plus à la charge de l'ONG.

Pour ce faire, faut-il continuer à introduire un nouveau dossier (avec des arguments) à chaque changement de Ministre ? Faut-il travailler de concert avec les autres dentistes à obtenir la présence au sein du Ministère de la Santé, d'un responsable des questions bucco-dentaires ?

• **Participation de ces auxiliaires à l'élaboration d'une politique de santé bucco-dentaire adaptée aux besoins des communautés concernées.**

Cela peut être considéré comme la participation d'un secteur professionnel de terrain et d'expérience, à trouver des réponses aux problèmes auxquels il est souvent confronté et qui restent sans solution (peu ou pas d'accès aux soins dentaires).

• **Subvention des cliniques dentaires déjà installées et prise en charge d'une partie des salaires des auxiliaires.**

Pour intéresser davantage les ONG employant ces auxiliaires et qui équipent leurs cliniques dans le but de réaliser des soins dentaires, il pourrait être intéressant de les soulager des charges salariales prises alors en charge par le Ministère de tutelle.

• **Garantie du bon rapport qualité/prix des soins et services offerts par les auxiliaires en cherchant les moyens de compléter leur formation chaque année.**

La qualité des soins, les conditions d'asepsie, les prix abordables restent des éléments indispensables à garantir. Le milieu dans lequel sont implantées ces cliniques et l'absence de contrôle ne doivent en aucun cas inciter les responsables à la négligence.







Chap

chapitre 17

Expérience des médecins de campagne à Madagascar

Dominique Desplats



A Madagascar, une collaboration sur un projet lancé en 2003 consiste à installer des médecins généralistes en zone rurale où 80% de la population vit. Situons le contexte et la problématique de ce projet. Elle est très liée à celle des ressources humaines en santé. Depuis 2006, où l'OMS dans son rapport annuel a porté l'attention sur cette question, on parle de la crise des ressources humaines. Il est dit que si on n'arrive pas à la résoudre, les objectifs du millénaire ne seront sûrement pas atteints.

RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES À MADAGASCAR

Il vaut mieux parler de **mauvaise répartition** et de **sous-utilisation** des médecins plutôt que de véritable pénurie, c'est en tout cas le cas à Madagascar comme dans bien d'autres pays. A Madagascar, on forme 150 diplômés par an dans deux facultés, une à Tananarive et une à Majunga. On estime qu'il y a actuellement à Madagascar 6500 médecins pour environ 16 millions d'habitants, c'est-à-dire un ratio de 1 médecin pour 2461 habitants. Mais on s'aperçoit que **40% de ces médecins sont intégrés dans la Fonction Publique, 25% travaillent dans le secteur non-étatique**, tout confondu (privés, sociétés, entreprises, ONG et structures confessionnelles) **et 35% sont**

sans emploi. Ces derniers n'ont pas été recrutés par la Fonction Publique et n'ont pas suffisamment de moyens personnels pour ouvrir un cabinet, alors ils font des petits boulots, des remplacements ou pour un bon nombre d'entre eux, ils se reconvertisent : chauffeur de taxi, commerçant etc..., ou essaient de partir à l'étranger.

De plus la population médicale est géographiquement mal répartie avec une **grande majorité exerçant en ville** et peu ou très dispersée dans les campagnes où le médecin exerce dans le cadre de la Fonction Publique. Un autre déséquilibre réside dans le fait qu'un quart des médecins généralistes travaillant dans la Fonction Publique appartient à **l'Administration**, donc ne voit pas de malades.

Il y avait là une opportunité de mettre en place un projet pour encourager ces médecins sans emploi, jeunes, fraîchement diplômés, à s'installer en zone rurale. Alors, première question : pourquoi les médecins ne partent-ils pas s'installer en zone rurale, y compris dans les structures de Santé publique comme les Centre de Santé de Base avec médecin? Il existe plusieurs raisons : d'abord la Fonction Publique attire fortement car elle apporte la sécurité. On ne prend pas le risque de s'installer de soi-même. Ensuite, les for-



mations sont essentiellement hospitalo-centrées : on est formé pour devenir médecin hospitalier ou médecin dans l'Administration. **La médecine générale est dévalorisée** parce qu'elle est un métier d'infirmier, un métier de para-médical et aller s'installer en zone rurale est vécu comme un déclassement professionnel. Ce problème-là est majeur, il faut essayer de le résoudre si on veut avoir des volontaires pour partir s'installer en zone rurale.

LES COMMUNAUTÉS ET LES DIFFICULTÉS DES ZONES RURALES

Les communautés veulent bien d'un médecin mais ne savent pas très bien ce qu'est un médecin. Dans les communautés rurales, toute personne qui soigne est un médecin. **La population ne voit pas trop la différence entre un médecin et un agent de santé** qui a une petite formation sur le tas. De plus, ces populations rurales sont méfiantes. Elles veulent d'abord voir et être sûres que le médecin s'installe. Ensuite, dans un deuxième temps, pour le garder, la communauté va construire un centre de santé au niveau du village. Alors seulement les populations font confiance, mais **cette confiance ne vaut que par la preuve**.

Une autre raison pour laquelle les médecins ne veulent pas aller en zone rurale, est l'idée **qu'ils ne vont pas gagner leur vie**, que les populations sont trop pauvres pour les payer.

Enfin, il y a des problèmes liés à l'Etat. Dans la plupart des pays, comme à Madagascar, **la Santé est un monopole d'Etat**. Le privé est toléré dans les zones urbaines, mais en dehors de ces zones, l'Administration se méfie. Elle n'aime pas les innovations qui se font en dehors d'elle et très vite un climat de concurrence s'installe entre le public et le non public (privé ou confessionnel). Ce **climat de concurrence** est très prégnant et très réel à Madagascar. Pour monter ce projet, nous avons essayé de surpasser ces difficultés et de les prendre en compte pour mettre en place un dispositif permettant à tous ces médecins qui prennent le risque de s'installer comme médecin privé en zone rurale, de pouvoir dépasser toutes ces difficultés.

LA NOTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE COMMUNAUTAIRE (MGC)

Nous avons mis en place ce projet avec un concept clair : la notion de médecine générale communautaire. Nous souhaitons que ces médecins puissent assurer dans une même pratique, **deux fonctions** : leur **fonction de clinicien** (médecin de famille qui est la demande des villageois) et en même temps la **fonction de responsable d'une aire de santé** (les spécialistes de la santé communautaire, des soins de santé primaires). Cela nous a paru très important d'être bien au clair avec ce profil médical. Il s'inspire de toutes les politiques de Santé publique se développant surtout en Afrique. Ensuite, nous avons mis en place une stratégie pour permettre à ces médecins de s'installer avec une légitimité. Heureusement, Madagascar a fait une transition importante en 2002, après une période très difficile, et s'est ouvert sur le partenariat privé/public. Il existe un document-cadre promulgué en 2004 pour une politique nationale de contractualisation avec les secteurs non étatiques. Grâce à cette ouverture, a été créé un statut du médecin généraliste communautaire avec cette double fonction, son statut, la façon dont il allait travailler. Ce statut a été signé entre le Ministère de la Santé, l'Ordre National des Médecins, Santé Sud et les associations médicales concernées par le projet. Il est très important de partir sur une situation reconnue et légitime. Désormais, il existe une **convention d'association au Service public nominative**, pour chaque médecin qui intègre un cabinet médical dans le district sanitaire.

DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'INSTALLATION DE MÉDECIN

On a mis en place une méthodologie, c'est-à-dire un dispositif d'accompagnement pour l'installation de chaque médecin avec **une série d'étapes** avec une **cellule technique à Antananarivo** qui gère tout ce processus : l'identification des sites d'installation, la sélection et la formation des candidats, la réalisation et la validation d'études de faisabilité pour être sûr que le site où le médecin va s'installer est viable, l'installation proprement dite avec la mobilisation d'aides lui permettant de s'installer dans de bonnes conditions, le kit médical de base, les installations so-



lares, la moto pour les visites à domicile, et enfin, un suivi formatif pendant deux ans, avec une mise en réseau des médecins entre eux dans un cadre associatif professionnel pour qu'ils puissent se sentir solidaires. C'est dans cette phase de **suivi formatif** que l'AOI intervient avec deux modules: un **module de formation en hygiène, de contrôle de l'infection** et un **module de formation pour la prise en charge de l'urgence dentaire**. Actuellement, une cinquantaine de médecins sont installés dans la région des Hauts-Plateaux autour de Tananarive et un autre groupe de médecins installé au Sud, dans la région de Tulear. Nous avons repris une expérience que nous avons initiée avec le Docteur Balique, au Mali où plus de cent médecins sont actuellement installés.

Carte 1



Chap

chapitre 18

Médecine communautaire et soins dentaires à Madagascar

Christophe Herran

DONNÉES GÉNÉRALES

L'état de santé bucco-dentaire à Madagascar est qualifié de mauvais par l'OMS avec des indices CAO(D) deux fois plus importants

que ceux observés dans les pays d'Afrique de l'Ouest. La faculté de Majunga forme environ 670 dentistes pour 20 millions d'habitants.

Tableau 1

Groupe d'âge	% affecté	CAO(D)	C	A	O
9 ans	63.0	1.6	1.6	n.d.	n.d.
12 ans	75.0	3.1	3.0	0.1	n.d.
15 ans	90.0	5.4	5.2	0.2	n.d.
18 ans	92.0	6.8	6.3	0.4	0.1
35-44 ans	98.0	13.1	8.1	4.8	0.2

Petersen P.E. et al. Oral health status of children and adults in Madagascar. *Internat. Dent. J.* 1996, 46, 41-47.
n.d. = données non disponibles

Nous avons commencé en 1998 par une réponse à la demande de soutien pour l'installation des chirurgiens dentistes avec l'association Tealongo, association de médecins et de chirurgiens dentistes de brousse de la région de Tuléar. Leur idée novatrice était d'avoir une activité libérale. Ils étaient par ailleurs par une congrégation religieuse. Cela manquait un peu de professionnalisme dans le suivi mais, l'idée à la base était bonne. Le Père Grière, médecin et prêtre, avait fait une

demande à l'AOI de réhabilitation de cabinets dentaires. Nous avons contribué à l'installation de trois cabinets dans des zones rurales, soit deux dans des zones de population de 30 000 personnes et un en ville, à Tuléar.

L'ACTIVITÉ DES CABINETS DENTAIRES

Dans le cadre du Diplôme Universitaire de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand, une évaluation a été réalisée don-

Santé bucco dentaire : Enjeux de terrain

nant les résultats suivants : Une moyenne de 4 actes par jour, un indicateur d'utilisation de 0,50 % et une activité caractérisée essentiellement par des extractions (73 %) et des soins conservateurs (19%).

A Tuléar ville, les chiffres s'inversent avec 75% de soins conservateurs et le reste de soins d'urgence et de prothèses permettant de financer les autres activités.

Les points forts sont d'une part, la réponse à la demande de la population de soulagement de la douleur d'origine dentaire et d'autre part, la pérennité de l'offre de soins puisque un seul cabinet a fermé et les trois autres fonctionnent aujourd'hui sans l'appui de l'AOI.

Les points faibles sont le peu de demandes de soins conservateurs malgré des besoins importants. Dans les zones rurales, le premier souci des personnes est de pallier la douleur, le soin des caries est un souci assez lointain. Il existe un problème d'accès, on pourrait dire culturel de manière très générale et économique aussi. Les soins conservateurs de qualité coûtent cher.

Un plateau technique un peu élaboré, des problèmes techniques nombreux et des coûts élevés ; autant de complexité pour des cabinets dentaires faisant trois, quatre extractions par mois pose problème, alors même que ces actes peuvent être réalisés sur un lit d'examen de médecin ou même sur une chaise. Le service rendu est le même.

Les médecins sont confrontés à des problèmes d'urgence dentaire et ont reçu une formation de base à la faculté mais ils se sentent un peu désarmés face à cette demande. En parallèle des formations continues pour les cabinets dentaires, un programme de traitement de l'urgence dentaire pour les médecins a été initié en octobre 2002 (avec cours théoriques, stages cliniques, dotation en matériel).

Nous avons fait la connaissance de Santé Sud au début de son programme sur les Hauts-Plateaux avec pour partenaire Tealongo dans le Sud malgache, à Tuléar. Les médecins de campagne de la région Centre faisaient état, dans leur pratique quotidienne, de demandes de soins bucco-dentaires de la

part de la population (douleurs, infections, caries). Un partenariat AOI/Santé Sud a permis de démarrer la formation de jeunes médecins libéraux enthousiastes au traitement de l'urgence dentaire (formation progressive en trois degrés). La formation initiale insiste sur le contrôle intégré de l'infection. Il n'était pas question de développer une activité chirurgicale sans se préoccuper du contrôle de l'infection. Le deuxième degré est une supervision formative. Le troisième degré est la formation entre pair. Santé Sud pratique aussi la formation entre pair sur certaines thématiques médicales. Nous organisons des stages, essentiellement cliniques, dans une commune rurale du moyen Ouest sur une durée de cinq jours.

LES RÉSULTATS

Depuis 2005, trente médecins ont été formés. Chaque cabinet médical couvre une aire de population de 7 à 10 000 personnes et 2 500 personnes ont eu accès aux soins d'urgence dentaire en 2007. Sur 10 médecins de la 2^e promotion trois font 30 consultations bucco-dentaires par mois et sept autour de 10 consultations par mois. Est-ce suffisant ? C'est un sujet à débattre.

Les résultats pour le contrôle d'infections croisées sont satisfaisants. L'eau est disponible sur les Plateaux, soit par une source, soit par un puits proche du cabinet, ce qui n'est pas le cas dans le sud. Les protocoles sont affichés. L'« autoclave » des campagnes, c'est-à-dire la cocotte-minute, est fonctionnel. Concernant la séparation des déchets, le sanglant est séparé du non-sanglant. Les protocoles de traitement des sols et des surfaces sont respectés. Une réserve est à faire cependant : sur les deux cabinets supervisés l'an dernier, les résultats ont été beaucoup plus mitigés amenant à faire des recommandations.

LES FACTEURS FAVORABLES

La formation au traitement de l'urgence dentaire est donnée uniquement à des médecins libéraux motivés déjà bien installés, ayant fait leurs preuves. La population des aires de santé est suffisante : 7 à 10 000 personnes. Les formations, les supervisions sont adaptées. Des détails sont modifiés mais l'ensemble semble correct, le matériel et les

consommables sont abordables et de qualité. A Tananarive, on peut trouver tout matériel ou consommable. Les anesthésiques de qualité coûtent cher, une dotation initiale de base est donc faite. Pour le réapprovisionnement, un système de distribution de médicaments, géré par la cellule technique d'appui de Tananarive, prend le relais.

La demande est stimulée par la qualité des soins prodigués ce qui favorise le développement de l'activité. C'est le cheval de bataille du coordinateur médical de Santé Sud à Madagascar : il répète aux médecins l'importance qu'il y a à favoriser l'accueil, à avoir des locaux adaptés et, pour le traitement de l'urgence, à avoir une bonne asepsie et une

bonne gestion de la douleur, avant, pendant et après l'acte.

Le cabinet du docteur Josselin représente un modèle de locaux adaptés. On trouve quatre pièces au rez-de-chaussée : la partie travail, avec une salle d'accouchement, une salle de repos, une salle pour la pharmacie et une salle de consultation. Au premier étage, quatre pièces où il vit avec sa famille. Le médecin est bien intégré dans son milieu. Il existe une réelle participation communautaire : la communauté a mis à sa disposition un terrain, elle a souvent fourni le bois et les briques, le financement de Santé Sud, des financements externes et un petit apport personnel ont permis au médecin de construire son cabinet.

Photo 1

Cabinet du Dr Josselin



Photo 2

Formation au soulagement de la douleur



OFFRE DE SOINS ACCESSIBLE

L'offre de soins est accessible : accessibilité géographique dans des zones enclavées dont l'habitat est très dispersé, accessibilité économique : les coûts sont parfois trois fois inférieurs à ceux pratiqués dans le centre de référence (le médecin fait payer 2500 ariary soit 1 euro l'extraction au lieu de 3,5 euros, sans compter les frais induits par le transport et autres, dans le centre de santé).

OFFRE DE SOINS INTÉGRÉE

C'est le plus important du travail réalisé avec Santé Sud. Cette offre de soins est intégrée d'abord à une offre globale de soins avec tous les avantages. Elle est intégrée à l'activité du district sanitaire puisque les relevés d'acti-

tés des médecins vont être transmis au district, pour l'activité médicale comme pour l'activité dentaire. Enfin, le contrôle des infections croisées bénéficie à toute l'activité du cabinet. Ceci intéresse les partenariats avec Santé Sud car en mettant en place la désinfection des instruments bucco-dentaires on met en place la désinfection de l'instrumentation pour l'activité chirurgicale et médicale du cabinet.

OFFRE DE SOINS PÉRENNE

Par la synergie avec Santé Sud, cette offre de soins est pérenne. On manque de recul, mais les premiers résultats sont encourageants pour différentes raisons. L'activité génère des revenus complémentaires ce qui renforce l'autonomie du médecin, contribue à l'amé-



lioration de la sécurité et à la qualité des soins avec le contrôle de l'infection. C'est une réponse à une véritable demande de la population donc une garantie de pérennité.

LES FACTEURS DÉFAVORABLES

Les freins économiques : la tarification trop élevée et les périodes de soudure. Des recommandations pour la tarification sont faites, mais ce sont des médecins libéraux, ils fixent eux-mêmes leurs honoraires. Il leur est conseillé de développer leur activité et de travailler à un tarif raisonnable, ils ne sont pas toujours d'accord. Les périodes de soudure ne sont pas une légende : au mois de mai les consultations sont nombreuses, au mois de novembre, les paysans étant dans les champs, le nombre de consultation diminue nettement.

Il existe d'autres facteurs défavorables tels que l'automédication, les malades achètent même de faux médicaments sur le marché, en plein soleil.

Les freins culturels : la peur de l'hémorragie est une culture de tradipraticiens. Madagascar est le pays des proverbes : l'extraction diminue la force, le prestige social. Les dents ont une force symbolique assez importante. Les médecins relatent souvent ces légendes qui entravent l'activité médicale.

LES PERSPECTIVES

Continuer à former de nouveaux MGC : le projet accepté par l'AFD va permettre de for-

mer 20 médecins par an dans les 4 prochaines années.

Renforcer et étendre le volet CIC aux cabinets dentaires de référence. Un document de demande de financement est en cours d'élaboration. Le but est de former des formateurs locaux.

Associer un volet préventif au curatif d'urgence

L'association d'un volet préventif se résume globalement à favoriser un accès au fluor par un appui au programme de fluoration du sel. A Madagascar, les conditions sont souvent favorables avec notamment l'existence d'un important producteur de sel, ayant déjà un programme, mais qui n'est pas très opérant. Les analyses faites ne sont pas satisfaisantes. Il existe des problèmes techniques et institutionnels à résoudre. L'amélioration de l'accès à des pâtes dentifrice de qualité, même à la campagne, constitue l'autre axe du volet préventif.

CONCLUSION

En conclusion, la réponse semble adaptée à la demande de la population. L'intégration de la santé bucco-dentaire dans l'offre globale de soins est un facteur de qualité et de pérennité.







Ne pas utiliser de fours pour stériliser et trier les déchets



Ne pas porter de bijoux et limiter les surfaces touchées



Utilisez des serviettes propres pour chaque patient



Chap

chapitre 19

Prévention des risques d'infections croisées

Guillemette Clapeau

Depuis les années 90, nous avons évolué dans notre conception des formations données sur le risque de contamination croisée. Au Vietnam, au Cambodge, au Laos, au Burkina Faso et au Niger, différentes situations se sont présentées (centre de santé, cabinet dentaire, service dentaire dans des hôpitaux et des facultés) avec pour acteurs des chirurgiens-dentistes, des enseignants, des assistants dentaires, des infirmiers ainsi que du personnel d'entretien qui est très souvent oublié. Du point de vue du risque de contamination croisée, l'hygiène des sols, des surfaces, de l'environnement, conditionnent la qualité du soin.

Dans tous ces pays, les locaux, les équipements et le matériel utilisés sont très différents les uns des autres : les locaux, par leur taille, leur construction, leur entretien - les équipements, par leurs problèmes de maintenance - le matériel, par la qualité des instruments, allant du matériel rouillé à celui de bonne qualité. Toutes les publications mentionnent que l'eau de javel est très corrosive et qu'il faut se poser la question de sa nécessité. Une constatation générale, dans tous les pays, dans tous les centres, quels que soient les moyens, dans la pratique des soins dentaires, il a été observé un risque de contamination croisée.

L'AOI a appuyé la création ou la rénovation de cabinets par une aide technique à l'aménagement des locaux et par l'apport de matériel, mais elle a surtout mis en place des formations avec évaluations. Ces évaluations ont permis aux services d'évoluer.

QUEL PROGRAMME POUR CES FORMATIONS ?

Les formations commencent par un rappel de microbiologie : les bactéries, les virus tel que celui de l'hépatite qui peut se transmettre par le sang lors des soins dentaires. Nous insistons ensuite sur la terminologie qui permet d'harmoniser les langages : la colonisation, la contamination, l'infection, l'infection nosocomiale. Pour le mot « décontamination », il existe un problème entre l'anglais et le français : en anglais le mot « décontamination » est utilisé en hygiène-désinfection, en français « décontamination » est réservé uniquement à l'énergie atomique et on parle de « nettoyage par désinfection ». La désinfection et la stérilisation, qu'est-ce que c'est ? La stérilisation, ce n'est pas seulement « passer » dans un stérilisateur mais c'est aussi conserver l'état stérile. Si on ne conserve pas l'état stérile par un conditionnement, on ne parle plus de « stérilisation », mais de « désinfection ».

LES ORIGINES DU RISQUE INFECTIEUX

Elles ne se trouvent pas seulement chez le patient porteur d'infection mais aussi chez le praticien, le matériel, l'environnement, l'unit, l'air. N'oublions pas que les infections nosocomiales sont à 70 % manu portées.

COMMENT SE TRANSMET L'INFECTION?

Il faut en déterminer les origines et le véhicule de transmission telles que la poussière, les mains et l'instrumentation.

Pour l'infection, il faut d'abord une source, il faut ensuite un véhicule. Les germes n'ont pas d'ailes comme les avions ou les oiseaux mais doivent avoir un support. Et le support, c'est la poussière, les mains et aussi l'instrumentation.

En premier lieu, l'évaluation du patient est fondamentale, ses antécédents infectieux mais aussi ses antécédents de traitements.

La protection individuelle est un élément important - masque, lunettes et gants. Il existe une grosse problématique par rapport aux gants, leur port se substitue souvent au lavage des mains. Quels que soient les formations et les lieux où nous sommes allés, le lavage des mains, là où il y avait de l'eau, était difficile à mettre œuvre. Actuellement on peut souvent parler d'échec. Pour les personnels, le fait de mettre des gants protège, et pour eux il n'y a pas de problème.

Traitement des sols et des surfaces : au cours des formations, le personnel est étonné d'entendre parler de ménage par un chirurgien maxillo-facial, chef de service, un maître de conférences d'Université et un pharmacien chef de service. C'est absolument incroyable, impensable que nous fassions des démonstrations, avec la méthode des doubles seaux. Tout le monde est surpris mais nous nous intéressons, dans nos établissements, au traitement des sols et des surfaces. Si ce n'est pas fait, une opération peut être reportée, un soin aussi.

L'asepsie des soins. Il est indispensable d'avoir des protocoles écrits pour que, quel que soit le personnel (il change, il mute comme chez nous), les habitudes ne soient pas prises seulement par la transmission orale. Un protocole se caractérise par des modes opératoires clairs, nets et précis.

LES PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS TOUTES CES FORMATIONS

Sans électricité, on ne pourra pas traiter l'instrumentation comme tout le reste de la même façon. Est-ce qu'il y a de l'eau ? Quelle est la qualité de l'eau ? Quels sont les différents niveaux d'équipement ?

Des procédures dégradées ont été mises en place. Elles comprennent le traitement de l'instrumentation (pré-désinfection, nettoyage, rinçage, séchage, conditionnement, stérilisation etc.) en tenant compte de la situation (électricité, eau, cocotte minute, autoclave etc.). Sans électricité, pas d'autoclave, il faudra utiliser une cocotte minute. C'est une désinfection car il n'y a pas de continuité de l'état de stérilité. Avec une cocotte minute est pratiquée une désinfection et non pas une stérilisation, on insistera sur le lavage et le nettoyage.

J'insiste sur le fait que le lavage des mains est un problème rencontré partout, le port des gants aussi.

Les personnels sont plus ou moins motivés, intéressés par les formations et, dès le retour chez eux, les vieilles habitudes risquent de reprendre le dessus.

Les premières formations ont eu lieu au Burkina Faso, puis au Niger, au Vietnam enfin au Cambodge.

DEUXIÈME PHASE : L'EXEMPLE DU CAMBODGE

Dans la deuxième phase, ce n'est plus l'AOI qui a proposé. A Phnom Penh, le doyen de la faculté de chirurgie-dentaire a fait part de sa volonté d'améliorer les conditions d'hygiène dans la faculté. Il a demandé qu'une évaluation soit réalisée, évaluation des procédures et des services. Cette évaluation a permis, avec les enseignants, d'analyser les points forts et les points faibles. Dans un premier temps, nous avons laissé ces derniers analyser eux-mêmes les points forts et les points faibles. Nous avons seulement organisé et guidé les réunions. La volonté de faire évoluer la faculté, était générale. Il y avait quelques réticences. Très vite la création d'une stérilisation centrale s'est imposée, remplaçant les stérilisations fonctionnant dans chaque service.

Photo 1

Faculté d'odonto-stomatologie de Phnom Penh



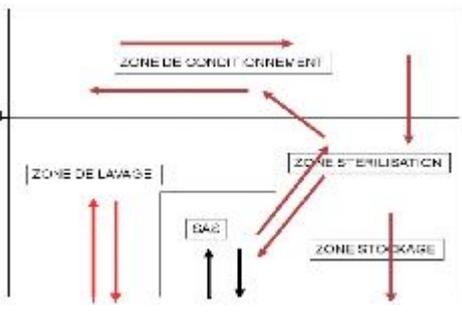
A la faculté, il existe une quarantaine d'installations, un service d'implantologie et un service de chirurgie.

Il fallait d'abord réorganiser les procédures de soins après qu'ils aient fait eux-mêmes le constat suivant : « nous mélangeons tous les instruments, tout est dans les boîtes, on a des poupinels, on a des autoclaves, on a...etc. Tout est mélangé, rien ne va ! ».

Après les formations, ils ont mis en place, eux-mêmes, le concept « **un set pour un soin** », le moyen de ne plus croiser l'infection. Ils se sont rendu compte qu'il fallait travailler sur l'hygiène : l'hygiène des locaux, celle des soins en commençant évidemment par le lavage des mains. La demande de formation était très importante, formation des enseignants pour eux-mêmes, et aussi formations de formateurs pour leurs étudiants. Nous avons formé des étudiants dans un premier temps puis ce sont les formateurs qui ont pris la relève. Il existe maintenant un cours d'hygiène inscrit dans le cursus universitaire. Une formation du personnel de stérilisation, des personnels de ménage et d'entretien a aussi été demandée par les responsables de la faculté.

Schéma 1

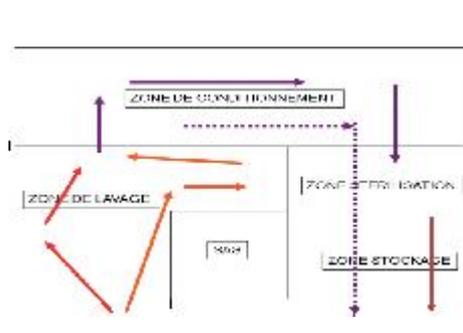
Stérilisation centrale : circuit du personnel



L'emplacement de la stérilisation centrale (voir le plan) respecte le circuit du personnel. Toute la zone de lavage est une zone sale avec interdiction de passage entre la zone de lavage et la zone de conditionnement et de stérilisation. Le circuit de l'instrumentation passe de la zone de conditionnement à la zone de stérilisation, puis à la zone de stockage avec les sets rangés par numéro. Des procédures ont été mises en place : traite-

Schéma 2

Stérilisation centrale : circuit du matériel



ment du linge, lavage des surfaces avec la méthode des deux seaux, traitement des poubelles, lavage des mains avec un savon liquide en distributeur. Les demandes des services ont été analysées et évaluées avant de démarrer avec l'étude de l'activité, du contenu des sets et de la quantité de sets par service.



Santé bucco-dentaire : Enjeux de terrain

Photo 2

Autoclave

Photo 3

Set d'examen 1 miroir, 1 sonde, 1 précelle

Photo 4

Rangement des sets

Les résultats ont été analysés par les chirurgiens-dentistes et les assistants.

Parmi les points positifs, on peut observer une meilleure confiance des patients, une meilleure hygiène, un changement des comportements des soignants tout à fait net et une augmentation de l'activité.

Pour les points négatifs, il existe encore un manque de matériel par rapport à l'augmentation de l'activité et des ruptures d'approvisionnement en consommables. Pour y faire face, l'achat local est préconisé. Par exemple, le savon liquide pour lavage des mains : il n'est pas nécessaire d'utiliser les savons à notre disposition qui sont beaucoup trop chers. Le recours à un savon liquide ordinaire voire à un shampoing suffit, cela marche très bien - du moment que cela déterge.

Les étudiants manquent encore d'une bonne formation initiale.

Le manque de personnel est flagrant en stérilisation vue l'augmentation d'activité des services.

Photo 5

Tri du matériel

En 2008, quand nous sommes revenus, sans prévenir de notre passage, on a vu une fourmilière dans la faculté et tout est rentré dans l'ordre. Ce qui veut dire qu'au niveau formation, ils savent ce qu'ils doivent faire, maintenant il faut l'appliquer. Petit à petit les améliorations sont observées, mais c'est comme chez nous, cela ne change pas en deux ans. Les enseignants et les chefs de service ont proposé une augmentation du nombre de sets, le tri des déchets, la fourniture de blouses et leur lavage par la faculté, la rédaction de protocoles et des formations aux étudiants par le développement d'un module d'hygiène dans l'enseignement théorique et dans l'enseignement pratique. Pour la formation pratique, avant d'entrer en clinique, une vidéo a été réalisée avec pour acteurs: un chirurgien dentiste, un assistant et un patient. Les infirmières, les assistants ont demandé bien sûr le doublement de la quantité d'instruments pour les sets mais il faut qu'ils s'habituent à chiffrer leur activité.

CONCLUSION

Pour les cabinets dentaires, avant toute formation, un état des lieux est absolument nécessaire. L'expérience du Vietnam a été un

électrochoc. Nous étions partis pour faire une formation avec utilisation d'autoclave alors qu'en réalité les services de soins n'étaient équipés que de cocottes minutes ou de poupinels. Ainsi, on aurait pu passer complètement à côté de la formation, si cet état des lieux n'avait pas été fait auparavant.

Un autre point est d'habituer à évaluer et de pratiquer des évaluations, des audits internes, des audits externes, nécessaires pour l'amélioration de la qualité. Ces audits internes réguliers et les audits externes, doivent se faire avec des grilles d'évaluation. Les audits sont très importants pour évoluer.

Les formations doivent aussi être adaptées aux interlocuteurs (infirmier, chirurgien dentiste, enseignant de faculté, personne travaillant au ministère). Il faut former des formateurs pour que les pays deviennent autonomes.

Et puis, la question du niveau d'hygiène à atteindre, faut-il toujours du matériel stérilisé : la première des questions à se poser est la suivante : du matériel désinfecté suffit-il ? du matériel nettoyé suffit-il ? Tout ceci est à analyser en fonction du soin, du geste que l'on va réaliser.





Chap

chapitre 20

Accès au fluor : problématique et perspectives

Christopher Holmgren

Depuis 1992, je travaille sur l'ART¹ et, aujourd'hui, je m'interroge sur la diffusion de cette technique dans le monde. Il est souvent utile de prendre du recul pour s'assurer qu'on est sur le bon chemin. Est-ce pour cela que dans son intervention, Poul Eric Petersen a préconisé de travailler sur d'autres façons d'appréhender la santé publique bucco-dentaire ? Il est prioritaire de généraliser l'usage du fluor parce qu'il est impossible de traiter toutes les caries, même si les dentistes représentaient la moitié de la population mondiale. En améliorant l'accès au fluor, on peut vraiment avoir un impact sur la santé bucco-dentaire.

Pourquoi la prévention ? Quel est le rôle de la prévention, pourquoi le fluor et quelle stratégie pour quelle situation ?

Un robinet avec l'eau qui coule est la métaphore de l'approche traditionnelle de la santé. Les maladies, comme l'eau coulant jusqu'au sol, déferlent et il faut soigner, toujours soigner et partout dans le monde il faut des hôpitaux ... Et dans l'hôpital, si on demande le centre de prévention, il est souvent

installé dans un petit bureau, à l'écart ! Pour la sphère buccale, l'approche traditionnelle consiste à extraire les dents, soigner les caries, enlever le tartre... mais il faut sortir de ce schéma. Il n'est pas question de proscrire les activités curatives, mais il faut équilibrer les activités. Jusque là on a fait trop de soins curatifs et pas assez de prévention. Je rappelle que dans le paquet minimum d'activités² il y a trois composantes : le traitement de la douleur et l'extraction, la prévention par le fluor avec le dentifrice fluoré et l'ART.

Pourquoi le fluor ? La carie est une des maladies chroniques les plus courantes dans le monde, et la prévention par le fluor est la seule façon réaliste de réduire la carie. Il faut vraiment se demander quelle stratégie utiliser en fonction de la situation rencontrée. Il y a deux approches pour utiliser le fluor: une approche passive et une approche active. Avec l'eau fluorée, le sel ou le lait fluoré, c'est automatique. L'approche active concerne les applications de fluor par le chirurgien dentiste, ou l'hygiéniste et l'usage des dentifrices fluorés par le patient.

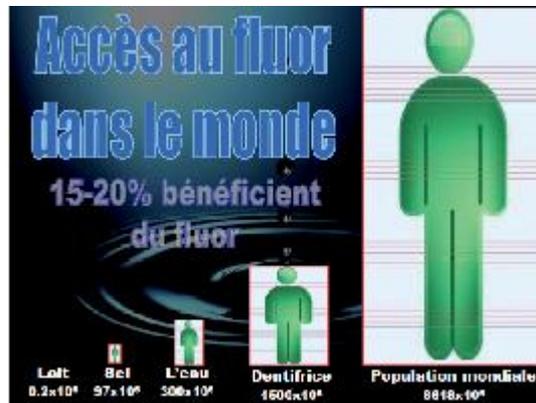
¹ Atraumatic Restorative Treatment

² Basic Package of Oral Care. WHO Collaborating Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios. College of Dental Science University of Nijmegen, Netherlands.





Schéma 1



Si on regarde les statistiques d'utilisation du fluor dans le monde : environ 200 000 personnes ont accès au lait fluoré surtout en Thaïlande et au Chili, 97 à 150 millions de personnes ont accès au sel fluoré, 300 à 350 millions de personnes, surtout aux Etats-Unis, en Angleterre, en Irlande, au Brésil, en Australie et en Nouvelle-Zélande ont accès à l'eau fluorée. Pour les dentifrices, on n'a pas vraiment de chiffres très exacts, on estime que près d'1,5 milliard de personnes utilisent du dentifrice fluoré. Mais si on rapporte ces chiffres à la population mondiale, on voit qu'il y a seulement 15 à 20 % de personnes qui bénéficient du fluor. Ce résultat est vraiment insuffisant, compte-tenu de l'efficacité du fluor.

Le lait fluoré. Selon « The Cochrane Collaboration », groupe de recherches qui fait des revues systématiques, il n'existe pas assez de preuve pour montrer que le lait fluoré est efficace.

Le sel fluoré, a été introduit en Suisse en 1955. Le programme de recherche a révélé des résultats excellents mais il est difficile de les imputer seulement à l'action du sel fluoré. En Amérique latine, la Kellogg fondation a subventionné l'Organisation de santé Panaméricaine (PAHO) qui a poussé l'utilisation du sel fluoré dans plusieurs pays. En France, il est souvent difficile de trouver du sel fluoré dans les supermarchés. Introduit il y a vingt ans, 45 % du sel mis en vente était fluoré, mais l'action a été insuffisamment suivie et maintenant le sel fluoré n'occupe que 7 % du

marché, et on peut craindre que dans les années à venir, il n'y ait plus de sel fluoré en France.

En Amérique latine, le responsable de Santé bucco-dentaire à l'Organisation Panaméricaine de la Santé (PAHO) a fait une revue des recherches sur le sel fluoré, et écrit qu'on peut diminuer jusqu'à 84 % la prévalence de la carie dentaire. Si on analyse les résultats, beaucoup de questions subsistent. Actuellement, « The Cochrane Collaboration » conduit une revue de la littérature sur le sel fluoré. Le rapport sera rendu prochainement et nous serons fixés sur son efficacité.

Avant toute démarche, il faut au préalable évaluer l'apport quotidien de fluor (par l'eau, par les aliments...) qui peut être suffisant. Ensuite un bilan des facteurs de **faisabilité** doit être réalisé :

- Il est plus facile d'ajouter du fluor, si du sel iodé est déjà en vente,
- Moins il y a de producteurs, plus il sera facile de contrôler la fluoration,
- La qualité du sel est très importante,
- La qualité des infrastructures est importante,
- La volonté politique doit être affirmée,
- Les producteurs de sel doivent être très motivés et prêts à investir pour de nouveaux produits rentables,
- Les consommateurs doivent être informés.

La **production** requiert la compétence des opérateurs, un sel de bonne qualité, des investissements et beaucoup de discernement pour l'approvisionnement en fluorure de po-



tassium, plus cher que le fluorure de sodium. Enfin, il faut résoudre les problèmes techniques inhérents à l'adjonction et au dosage du fluorure. Le contrôle de qualité est impératif ; dans beaucoup de pays en Amérique latine, le niveau de fluor dans le sel, n'est pas toujours correct, à Madagascar le sel fluoré ne contient que très peu de fluor.

En pratique, se pose toujours le problème de l'efficacité :

- Si une population utilise le dentifrice fluoré, faut-il introduire un autre mode d'accès au fluor ?
- La consommation de plats déjà préparés, très fréquente dans les pays développés, limite l'usage du sel fluoré,
- Beaucoup de médecins incitent les patients à diminuer la consommation de sel,
- Les producteurs ne suivent pas toujours les directives des autorités de Santé, s'il n'y a pas de suivi, c'est une tentation pour les producteurs de ne pas ajouter de fluor .

L'eau fluorée. Le premier essai de fluoration de l'eau pour la prévention de la carie a été fait il y a plus de soixante ans, à Grand Rapids (Michigan, Etats Unis).

L'efficacité a été rapportée dans plusieurs revues systématiques au Canada, en Angleterre, aux Etats Unis en Australie ; cependant, parfois les protocoles de recherche sont jugés insuffisants.

Pour instaurer **la fluoration de l'eau** il faut :

- Un réseau de distribution d'eau potable,
- Une infrastructure performante,
- Une volonté politique.

Ces exigences sont rarement réunies dans les pays en développement, où généralement la fluoration de l'eau potable n'apparaît pas comme une solution fiable. Il en est de même dans les zones rurales des pays développés.

En pratique plusieurs problèmes sont posés :

- Si on utilise déjà un dentifrice fluoré, est-il nécessaire de mettre du fluor dans l'eau ?
- N'y a-t-il pas un risque de fluorose si l'on diversifie les apports de fluor ?
- Les plats cuisinés sont-ils élaborés avec de l'eau fluorée ?
- L'eau distribuée est-elle consommée comme eau de boisson ou délaissée au profit d'eaux minérales dont la teneur en fluor est très faible (à l'exception de l'eau de Saint-Yorre),
- Des problèmes d'acceptabilité peuvent se poser avec des opposants à la fluoration, comme il en existe dans le sud de l'Angleterre, au Québec et aux Etats-Unis (Californie),
- Dans les pays qui n'ont pas de fluoration de l'eau, le CAO(D) a diminué selon la même tendance que les pays ayant fluoré l'eau entre 1955 et 2005, et on doit se demander s'il est nécessaire de fluorer l'eau potable alors que la population utilise les dentifrices fluorés.

Tableau 1

Teneur en fluor des principales eaux embouteillées disponibles en France

Teneur en fluor < 0,3 mg/l		Teneur en fluor > 0,3 mg/l et < 0,5 mg/l		Teneur en fluor > 0,5 mg/l	
Mont Roucous	0,05	Abatilles	0,3	Valmont	0,68
Thonon	0,07	Contrex	0,32	Fiée des Lois	1,1
Plancoët	<0,1	Hepar	0,43	Wattwiller	2,1
Valvert	<0,1				
Evian	0,12				
Val de Chevreuse	0,13				
Aix-les-Bais	0,21				
Vittel	0,28				
Val Rose	<0,02	Sainte-Marguerite	0,35	San Pellegrino	0,52
Perrier	<0,1			Arvie	0,9
Cristal Bulles	0,1				
Cristal Bulles	0,1			Saint Yorre	9
Vittellose	0,23				



Schéma 2

Bottled Water Consumption per Person in Leading Countries, 1999 and 2004

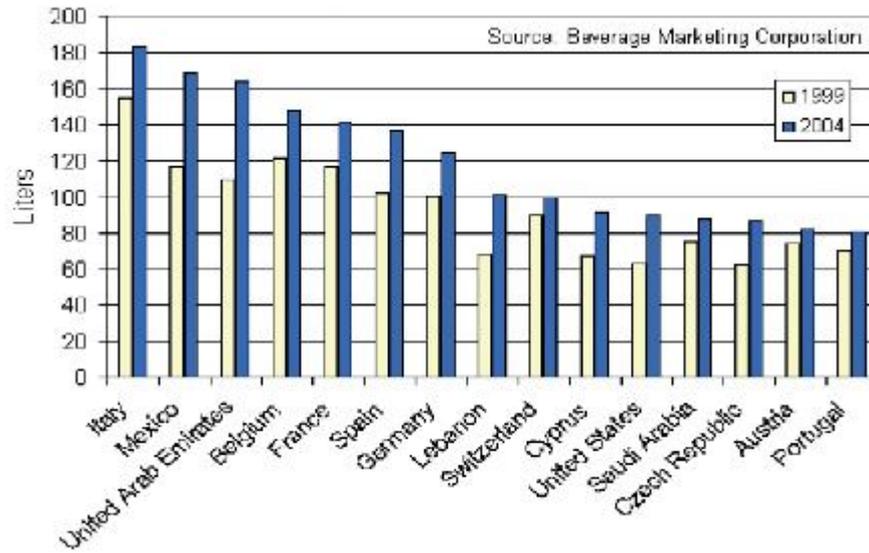
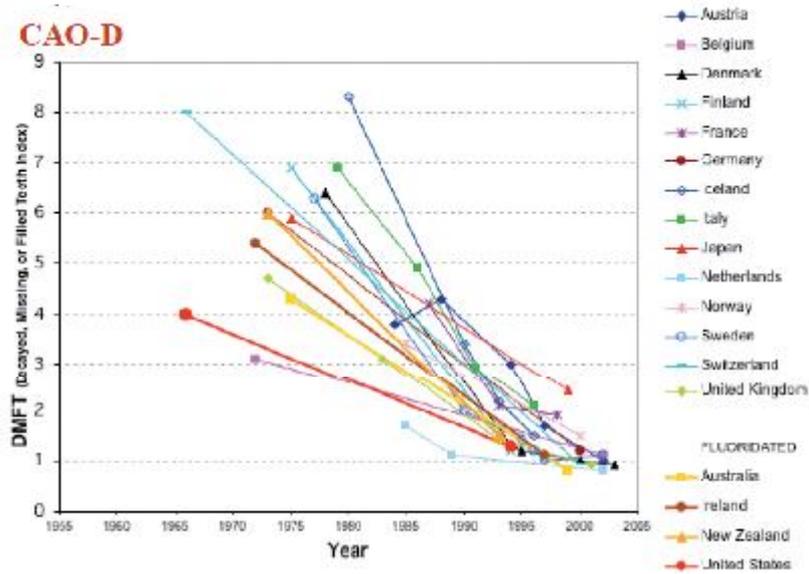


Schéma 3

Tooth Decay Trends: Fluoridated vs. Unfluoridated countries



LES DENTIFRICES FLUORÉS

Disponibles depuis plus de cinquante ans, les dentifrices fluorés ont une efficacité certaine. Les études systématiques conduites par « Cochrane collaboration » en attestent. Au Népal avant 1998, on ne trouvait presque que des dentifrices non fluorés. Sur les conseils de professionnels de prévention, les produc-

teurs ont ajouté du fluor et en 2002, 90% des dentifrices mis sur le marché contenaient du fluor. Une étude épidémiologique, a comparé la carie entre 1999 et 2005 pour les enfants de 12, 13 ans, a montré une diminution du CAO(D) d'à peu près 50 %. Ceci démontre que dans un pays à faibles revenus, les dentifrices, ont un effet très important.

Tableau 2

Impact des dentifrices fluorés

Népal - CAO-D pour les enfants scolarisés, âge 12-13 ans (Tansen et Katmandu)

Année, lieu (numéro d'école)	n	% personnes atteintes	C	A	O	CAO(D) (SE)	% diminution CAO(D)
1999							
Tansen (9)	448	40,2	0,96	0,01	0,01	0,98 (0,07)	
Katmandu (11)	637	26,2	0,56	0	0	0,56 (0,04)	
2005							
Tansen (9)	482	28,2	0,48	0,02	0,05	0,55 (0,04)	43,8
Katmandou (11)	761	16,6	0,25	0	0,01	0,26 (0,02)	53,6
							P < 0,000

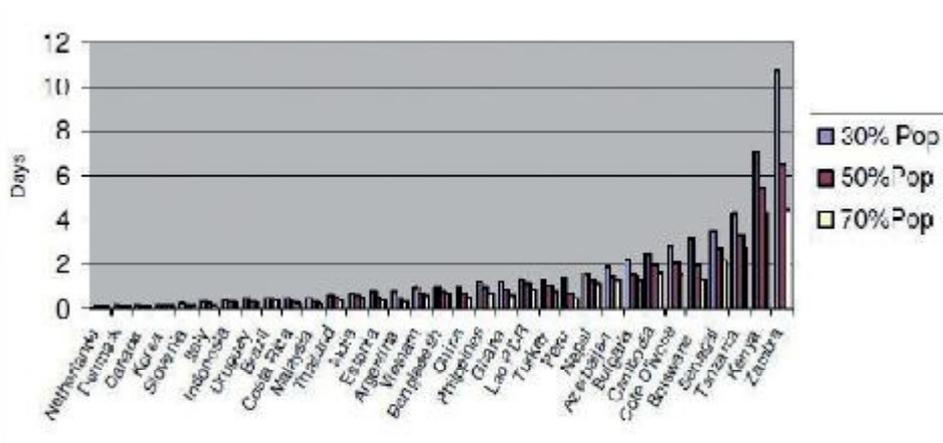
Mais pour obtenir de tels résultats il faut que les dentifrices soient « abordables », c'est à dire disponibles à un prix tel que les personnes à faible revenu puissent en acheter. Une étude a été faite dans quarante-huit pays afin de comparer le prix du dentifrice le moins cher aux dépenses courantes de la vie quotidienne. Il apparaît qu'en France ou au Danemark, le dentifrice occupe une part très faible dans le budget des familles, ce qui n'est pas le cas en Afrique, au Sénégal, en Côte d'Ivoire, etc.... Pour 30% des populations à faible revenu le coût d'une année de dentifrice est égal à plus de dix jours de dépenses courantes. Dans ces pays, le dentifrice est trop cher. Pour résoudre ce problème, les producteurs de dentifrice ont proposé une présentation en sachets contenant une petite quantité pour un prix très faible et les ventes ont progressé dans les pays en développement. Cette simple modification a rendu le dentifrice fluoré « abordable » pour les personnes les moins nanties.

Le prix est trop élevé parce que dans

beaucoup de pays, et en particulier dans les pays en développement, le dentifrice est considéré comme « cosmétique » et non comme médicament. De ce fait, des taxes très importantes – de l'ordre de 55% - sont appliquées au même titre que les parfums de marque ou autres produits d'importation. Au Népal, si le dentifrice est produit dans le pays le prix est moindre mais si il est importé, des taxes de 40 à 50% sont appliquées. Il est possible de s'inspirer de certains exemples, comme celui du Botswana où les taxes sur les préservatifs ont été supprimées dans le cadre de la lutte contre le Sida. De même en Angleterre, le gouvernement a réduit à 5% (au lieu de 17%) les taxes sur les préservatifs. Il conviendrait de convaincre le gouvernement du Royaume Uni d'appliquer la même réduction aux taxes sur les dentifrices. Si cette démarche aboutissait, il serait ensuite possible d'utiliser cet exemple pour obtenir la suppression des taxes au Sénégal, en Côte d'Ivoire...

Schéma 4

Abordabilité du dentifrice fluoré



(Goldman et al., 2008)

Le British Association for the Study of Community Dentistry a introduit cette demande et proposé de taxer les confiseries et les produits alimentaires à forte proportion de sucres ajoutés. Malheureusement la plupart des pays appliquent des taxes y compris sur les médicaments essentiels (taxés à 38% au Kenya), dont la suppression bénéficierait à 1,5 milliards de personnes.

et que le prix a diminué de 63% . Il reste que les producteurs orientent la plus forte consommation possible, en élargissant l'ouverture du tube et en indiquant que le dentifrice doit recouvrir toute la longueur de la brosse.

Photo 1



Produire localement avec des ingrédients de qualité, disponibles localement (le carbonate de calcium moins cher peut remplacer la silice comme abrasif) est une autre façon de rendre les dentifrices « abordables » ; c'est ainsi que Colgate a pris le marché en Chine

Photo 2



Il existe aussi une incertitude sur le dosage convenable du fluor dans le dentifrice.

En Syrie, une étude a montré que sur 13 dentifrices étudiés, 4 seulement contenaient plus de 900 ppm, 4 contenaient entre 700 et 900 ppm, 4 beaucoup moins et 1 ne contenait pas de fluor. Une autre étude élargie à de nombreux pays du monde a montré que la

majorité des dentifrices dits « au fluor » n'en contenaient que très peu. Un contact est pris avec l'International Standards Organisation pour fixer un taux de fluor disponible (et non de fluor total), condition essentielle pour une efficacité optimale. Je parle beaucoup du

dentifrice parce que je crois que dans les pays en développement c'est la meilleure option pour administrer le fluor, et tout particulièrement lorsque le brossage est organisé en milieu scolaire.

Photo 3

Promouvoir l'utilisation du dentifrice fluoré Programme de brossage en milieu scolaire



On assiste à une réduction significative de la carie en Indonésie, en Ecosse, en Chine, aux Philippines. Actuellement, dans le monde entier 15 à 20% seulement de la population a accès au fluor. Il faut unir les actions pour pousser ce message de façon plus globale : avec les fabricants, mais aussi la FDI, l'OMS et l'IADR avec lesquels j'ai travaillé. Ainsi, une consultation globale sur la Santé Bucco Dentaire par le fluor avec 80 experts venus de 30 pays, a rédigé une déclaration sur le

fluor. Nous avons aussi inauguré en Chine et l'Asie du Sud Est un cycle de conférences destinées à toutes les régions du monde, qui a montré une bonne collaboration entre l'Association stomatologique chinoise, la FDI, l'OMS et l'IADR.

A ce jour, le fluor est la meilleure arme dont nous disposons pour lutter contre la carie. Des questions se posent : faut-il promouvoir le sel fluoré plutôt que le dentifrice dans certaines situations ?



Chap

chapitre 21

Cas de fluoration du sel au Laos : enjeux de production

Bernard Decroix
Michel Martuchou

En matière de prévention de la carie dentaire, l'accès au fluor est la mesure reconnue la plus efficace.

Les études préalables pour la mise en place du programme au Laos ont été réalisées à partir de 2006. La cartographie du Fluor, réalisée par le Centre national de l'hygiène de l'environnement et de l'eau potable de Vientiane en partenariat avec l'AOI et l'université de Thammasat (Thaïlande), montre que les taux de fluor dans les eaux de boisson sont faibles (en deçà de 0,05 ppm dans 97% des échantillons).

Le dentifrice fluoré n'est accessible qu'à une faible partie de la population, compte tenu de son coût. Les enfants ne bénéficient pas de programme de prévention bucco-dentaire. Depuis 1987, le Laos a mis en place des programmes de prévention scolaire mais ils sont limités (1-5% du nombre total des enfants couverts dans le pays). Ils ont été temporaires (dépendant des financements extérieurs) et ciblés en milieu urbain. Seules aujourd'hui quelques écoles sont encore soutenues.

Le choix de mettre en place un programme de prévention de masse par fluoration du sel est apparu comme la stratégie la

mieux adaptée au contexte lao (produit à faible coût, sans danger et ne nécessitant pas de changements des habitudes alimentaires). Elle bénéficie de l'expérience positive de l'iodation du sel, soutenue par l'Unicef et l'OMS couvrant 85% de la population. De plus, les résultats des programmes de fluoration sont concluants en terme de coût – efficacité (rapport de 1:122 à 1:203 en Amérique Latine, un surcoût de US\$0.06/pers/an). Leur impact a été reconnu dans de nombreux pays comme une mesure de santé publique efficace pouvant toucher une grande partie de la population de façon durable. Pour chaque euro dépensé pour la fluoration du sel, c'est environ 250 € d'économisés en coûts de traitements.

Le sel est un bon vecteur pour l'apport en fluor. On est souvent confronté au problème des sels qui ne sont pas de qualité alimentaire. Néanmoins, l'Unicef a pour le sel iodé contourné ce problème de façon efficace en estimant que les gens consomment le sel, qu'il soit de qualité alimentaire ou non. Dans ce sel, l'apport de l'iode ne change rien à la qualité du sel mais améliore la santé de la population par son action sur le goitre et le crétinisme. La même réflexion peut être faite pour le fluor. Quelle que soit sa qualité, le sel

est consommé et le fait de lui ajouter du fluor ne change rien à sa qualité alimentaire, mais le fluor agit pour prévenir les caries dentaires.

Ensuite, il faut décider, si on traite du sel sec ou du sel humide et déterminer la granularité. L'idée de base est d'utiliser le sel iodé déjà produit, et de le fluorer selon un procédé supplémentaire. Des études techniques préalables, ont été faites au Laos, de 2006 à 2008, et le processus de fluoration du sel a été conforté en allant faire une visite technique sur des exploitations au Mexique. La fluoration de sel séché est relativement coûteuse et il a fallu chercher un système de fluoration moins onéreux. La concentration recommandée par l'OMS, est de 250 ppm.

On est confronté à deux choix :

- choix de méthode : voie sèche ou voie humide,
- choix d'additifs : fluorure de potassium ou fluorure de sodium.

Il semblerait que le fluorure de sodium soit moins cher à l'achat que le fluorure de potassium mais quand on sélectionne du fluorure de sodium de qualité alimentaire, les prix sont pratiquement les mêmes. Pour le matériel de traitement, le choix existe entre le traitement continu, procédé utilisé pour l'iode (avec une vis mélangeuse et apport de fluor) et la méthode séquentielle qui utilise un mélangeur. Cette méthode permet de mieux contrôler le dosage. La visite au Mexique a permis avec les exploitants de voir fonctionner une installation traitant du sel séché avec du fluorure de sodium (NaF). C'est une installation un peu complexe, il faut un sécheur, des silos, des organes de liaison, donc des investissements coûteux. Ils effectuent un pré-mix (sel fin + fluor), ensuite le fluor est ajouté au sel séché, non pas dans un mélangeur, uniquement dans une chute vers un silo. Les contrôles montrent que le mélange n'est pas homogène. Il varie de 7 ppm à 1000 ppm pour un mélange à 250 ppm requis, ceci avec des installations compliquées.

Par contre, si on opte pour le principe d'un mélangeur avec du fluorure de potassium (KF) : on introduit le sel et l'additif en solution, dans le mélangeur. A la sortie, on a un sel bien traité puisque le produit injecté dans le mélangeur est bien mélangé au sel. La

qualité du mélange est fonction du temps de mélange.

La préparation de la solution est facile : on met de l'eau dans une cuve, on agite, on ajoute le KF, on contrôle la densité. Les points particuliers concernant la qualité du mélange sont :

- La réaction légèrement exothermique provoque un petit dégagement de chaleur,
- La solution cristallise en-dessous de 13 degrés ce qui nécessite une attention en Allemagne, en Suisse ou en France mais ne concerne ni le Cambodge ni le Laos compte tenu de la température ambiante.

Pourquoi choisir le KF? Parce que le KF est beaucoup plus soluble que le NaF, le KF a un coefficient de solubilité de 900 g/l, le NaF de seulement 40 g/l.

L'installation type est composée d'un mélangeur et de cuve. La technique est simple pour le traitement du sel : d'un côté on introduit le sel, de l'autre côté on introduit le KF sous forme de solution, on mélange et on obtient le produit traité à la sortie.

Photo 1

Mélangeur utilisé au Laos



Ce n'est pas compliqué techniquement mais il faut de la rigueur. En utilisant un mélangeur, une quantité connue de sel et de solution de KF sont introduites. A la sortie on a un produit parfaitement mélangé.

On constate souvent, sur le marché, que des sachets de sel ne contiennent pas la quantité de fluor annoncé sur l'étiquette, le fluor n'est pas dans le produit au dosage requis.

Pour éviter ces problèmes, il convient de

faire le bon choix technique entre un mélangeur séquentiel ou un mélangeur en continu. Avec le mélangeur séquentiel, la pesée des produits est contrôlée, le temps de mélange est maîtrisé et une bonne précision du mélange est obtenue. Le mélangeur en continu est beaucoup moins cher, mais on ne sait pas bien réguler le débit de la vis et le débit de l'injection. Le mélange en continu, sommaire, avec une vis de mélange sans contrôle, est présent sur beaucoup de sites. Le mélange en continu est utilisable pour l'iode car l'iode se mélange très facilement au sel, ce qui n'est pas le cas du fluor.

Finalement, pour le traitement du sel fluoré, le KF a été choisi pour des raisons de solubilité, la voie humide pour des raisons d'efficacité et le mélangeur séquentiel pour des raisons techniques et la maîtrise du procédé. Au final, pour une installation simplifiée il faut acheter un mélangeur et des additifs. Les achats de sel, de sachets, sont secondaires; le matériel de laboratoire ne nécessite pas de gros investissements. Localement il faut réaliser un peu de génie civil pour installer les machines et avoir en disponibilité, le gaz, l'électricité, l'air. Il faut insister sur l'hygiène alimentaire et la traçabilité.

Photo 2

Contrôle de qualité du sel fluoré produit



Pour la production, le chronogramme suivant a été réalisé au Laos :

- 2006 à 2008 : le diagnostic, la faisabilité technique et la validation de la méthode de traitement,
- 2009, l'achat des équipements et d'additifs avec la mise en service d'une unité pilote de fluoration au Laos.

Des formations sont associées pour former les techniciens, suivies de la mise en service d'une unité complète au Laos. Le suivi et l'évaluation sont effectués. Le fluor l'eau, le sel, les autres sources d'apport en fluor, et le contrôle de la qualité sont des facteurs très importants qu'il faut analyser périodiquement.

Sur ce projet, le partenariat est :

- National avec le ministère de la santé, l'université, le Centre de contrôle et d'analyse de l'alimentation et des médicaments, le producteur de sel de Khok Saat,
- Sous régional avec la Thaïlande (université de Thammasat) et le Vietnam,
- International avec l'OMS, l'AOI et le groupe Salins. C'est un exemple en terme de mise en place de réseau et de mécénat de compétence.

La production n'est qu'un des aspects du programme ; la législation et la communication sont d'autres facteurs clefs de la réussite. Pour l'extension du projet à l'ensemble du pays, les résultats du projet de commercialisation dans 3 districts réalisés entre 2010 et 2011 seront analysés du point de vue de la production, du contrôle de qualité, de la distribution et de la communication.



Santé bucco-dentaire : enjeux de terrain

Photo 3

Unité de production à Khok Saat



Photo 4

Commercialisation du sel iodé et fluoré





Cas de fluoration du sel au Laos : enjeux de production





Accompagnement des ONG

IV - ACCOMPAGNEMENT DES ONG : ENJEUX DE LA PÉRENNITÉ

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 22. Evolution des partenariats entre le ministère des Affaires étrangères et européennes, l'AFD et les ONG | <i>V. Huguenin</i> |
| 23. Evolution des approches de partenariat des ONG | <i>C. Pajot</i> |
| 24. Comité de Coopération avec le Laos (CCL) | <i>C. Jacqmin</i> |
| 25. Cooperazione Odontoiatrica Internazionale (COI) | <i>G. Vecchiati</i> |



Chap

chapitre 22

Evolution des partenariats entre le ministère des Affaires étrangères et européennes, l'AFD et les ONG



Valérie Huguenin

Jusqu'au 31 décembre 2008, les cofinancements des projets des associations de solidarité internationale (dont l'AOI) étaient assumés par le ministère des Affaires étrangères et européennes, la Direction générale de la coopération internationale et du développement et plus particulièrement la Mission d'appui à l'action internationale des ONG (MAAIONG).

Ce service était chargé d'octroyer les cofinancements pour les projets portés par les associations de solidarité internationale française ; il a travaillé avec l'AOI pendant plus de 15 ans et a soutenu un certain nombre de ses activités dans les pays en développement. Depuis le 1er janvier 2009, dans le cadre de la réforme RGPP, (revue générale des politiques publiques), il a été décidé de transférer à l'Agence française de développement, l'activité de cofinancement des projets des associations françaises de solidarité internationale.

Transférer un dispositif comme celui des cofinancements ONG entre le ministère et l'AFD a été complexe.

En concertation avec Coordination Sud, l'AFD a revu et adapté, durant les premiers mois de l'année 2009, les modes de cofinancement ainsi que les modes de contractuali-

sation entre l'Agence française de développement et les ONG.

LES FORMES DE CONTRACTUALISATION

L'Agence française de développement est désormais un cofinancier de l'action des ONG ; elle peut accompagner les projets relevant de l'initiative des ONG pour celles qui en ont fait la demande. L'AFD examine et sollicite l'avis des ambassades, des agences de l'AFD sur le terrain, des services techniques et des services géographiques de l'Agence française de développement. Après instruction du projet, s'il est accordé, le financement est versé à l'ONG sur une base le plus souvent pluri-annuelle, il est plafonné à 50 % du coût total du projet.

L'AFD finance des projets s'inscrivant la plupart du temps dans la durée, souvent trois ans, pouvant être reconduits pour trois années, voire trois années supplémentaires si l'ONG a pu justifier d'évaluations externes. L'ONG est encouragée à dialoguer avec l'ambassade, sur le terrain et avec les agences de l'AFD présentes dans une cinquantaine de pays. Ce dialogue est très important et je crois qu'on peut se féliciter de celui établi entre le ministère et l'AOI jusqu'à tout ré-



Accompagnement des ONG : enjeux de la pérennité

cemment et penser qu'il perdurera avec l'AFD.

Une bonne connaissance réciproque doit exister entre le bailleur et l'ONG, permettant de travailler dans un climat de confiance : sont examinés tout particulièrement la pertinence des projets par rapport au contexte local, leur pérennité ou la pérennité des partenariats mis en place. Avec l'AOI, pour avoir suivi longtemps sur Haïti, je sais que vous faites partie des ONG avec lesquelles nous avons eu un dialogue très intéressant et intense.

QU'EST-CE QUI PEUT CHANGER AVEC L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT ?

L'AFD a une culture différente dans ses modes de contractualisation et de dialogue avec la société civile ; elle voit les choses un peu différemment car elle a moins de pratique avec les ONG, notamment sur des projets relevant de leur initiative. Je vous encourage à approfondir le dialogue sectoriel avec l'AFD. Concernant les formes de contractualisation, le ministère avait effectivement essayé de trouver un équilibre entre cofinancements de projets et de programmes, l'AFD continuera certainement à le faire.

Ainsi, depuis une dizaine d'années, en lien étroit avec Coordination Sud, ont été élaborés des modes de contractualisation plus ambitieux, notamment :

- Les conventions programmes qui permettent à une ONG de réunir dans un projet global un certain nombre d'actions de terrain et d'actions transversales (capitalisation, mutualisation, évaluation),
- Les programmes plus ambitieux réunissant plusieurs ONG qui décident de travailler ensemble (programmes concertés pluri-acteurs ou programmes inter-associatifs).

Je vous encourage à réfléchir sur l'élaboration d'une convention programme, sorte de convention-cadre stratégique qui valorise la stratégie sectorielle de l'association et se décline ensuite sur différents pays où elle intervient ou souhaite intervenir. C'est un outil qui se développera certainement progressivement au sein de l'AFD qui souhaite soutenir davantage les projets d'envergure.

Ces accords-cadres ont néanmoins quelques contraintes. J'ai en effet eu la chance de suivre une dizaine de conventions-programmes avec différentes ONG ; c'est effectivement un énorme travail pour l'ONG et cela oblige à un dialogue très régulier avec l'AFD, dans l'année qui précède la signature d'une convention-programme.

C'est le message que je souhaitais partager avec vous à l'occasion de ce colloque.¹

L'objectif de l'AFD est évidemment de soutenir le travail des ONG françaises dans le but de renforcer les capacités des associations locales. L'AFD est effectivement très sensible à toutes les modalités de partenariats, de transferts de compétences, de renforcement des partenaires locaux que les ONG mettent en place, en sachant effectivement qu'on ne travaille pas de la même façon en Haïti ou au Cambodge etc. L'AFD est très sensible au multi-partenariat et encourage les ONG à engager des partenariats avec des entreprises et avec d'autres ONG. Tout cela contribue effectivement à une bonne pratique. Les conventions programmes permettent de consolider une stratégie, de renforcer le dialogue sectoriel, elles donnent aussi les moyens de capitaliser les savoir-faire, et de les diffuser auprès des autres ONG, de communiquer davantage, enfin de croiser les différentes interventions pour effectivement en tirer les meilleurs enseignements afin de les réutiliser éventuellement sur d'autres projets.

¹ L'AOI a commencé à travailler sur ce sujet. C'est un outil intéressant compte tenu du secteur d'activité, de la possibilité de transversalité, de l'expertise acquise aujourd'hui et des perspectives, à la fois de recherche en capitalisation d'expérience et de positionnement de l'association en tant que facilitateur et appui à des partenaires locaux. C'est un savoir-faire que l'association entend travailler avec les partenaires. Une des grosses difficultés rencontrées est la maîtrise du temps avec ce type d'approche. Le processus est long mais présente un grand intérêt.





Evolution des partenariats entre le ministère des Affaires étrangères, l'AFD et les ONG





Chap

chapitre 23

Evolution des approches de partenariat des ONG

Clémence Pajot



Je vais vous présenter un panorama des évolutions des approches de partenariat des ONG françaises à travers un travail qui a été fait par Coordination Sud. Un état des lieux et une capitalisation d'expérience ont été réalisés sur la manière dont les ONG françaises travaillent en partenariat avec les organisations du Sud aboutissant à la publication d'un guide pratique sur le partenariat. Il présente des outils pour réfléchir aux cadres du partenariat et améliorer les pratiques. Je vais vous présenter la manière dont les partenariats ont évolué puis les trois principaux enjeux du renforcement de capacités d'un partenaire.

Coordination Sud présente le partenariat comme la relation entre deux ou plusieurs organismes pour la mise en œuvre d'un projet. Cela peut être un projet à court terme très opérationnel ou un projet politique à long terme.

Parmi les mots importants, ressortent le terme coopération, l'idée de co-opérer, de travailler ensemble, une volonté d'égalité de pouvoir, même si ce n'est pas si simple. Dans la réalité, c'est plus un objectif qu'une réalité. **Les valeurs qui sous tendent le partenariat sont celles de l'échange, de la confiance, du respect, de la transparence et de la réciprocité.** Toutes les ONG ne s'accordent pas sur l'idée qu'il doit y avoir réciprocité. Certaines

sont très claires, en disant qu'elles considèrent qu'il n'y a pas réciprocité dans leur partenariat : ce sont elles qui « apportent ». Tandis que pour d'autres, c'est la réciprocité qui justifie les relations de partenariat.

Il existe toujours un grand point d'interrogation sur les limites de la transparence entre partenaires et sur la réciprocité dans cette transparence. Comment est-ce qu'on peut exiger d'un partenaire du Sud d'être transparent si soi-même on ne l'est pas sur les montants des subventions que l'on reçoit, sur les frais de fonctionnement que l'on conserve etc.

Il y a l'idée d'un processus dynamique, c'est une relation qui s'inscrit dans la durée, l'idée de reconnaissance des compétences de chacun des acteurs et puis, une dimension politique avec une vision partagée d'un objectif de solidarité internationale.

Les partenaires des ONG françaises sont très variés, depuis des groupes de base d'organisations informelles ou très peu formalisées, très peu structurées, en passant par des organisations professionnelles comme les organisations paysannes, les ONG professionnelles, des collectivités territoriales, des structures gouvernementales. Au Laos par exemple, au Vietnam, dans des pays socialistes, il n'y a pas d'organisations non-gouver-



Accompagnement des ONG : enjeux de la pérennité

nementales. Les ONG ne peuvent travailler qu'avec des structures étatiques, des autorités religieuses ou des entreprises, des structures privées comme des coopératives.

Les ONG ont des approches très diverses. Pour certaines, le partenariat n'est qu'un moyen pour atteindre des bénéficiaires, pour réduire la pauvreté, mais cela peut être aussi une finalité en soi. Le CCFD par exemple, présente le partenariat comme un objectif, l'objectif même de ses actions de solidarité internationale. On a des partenariats très opérationnels avec des relations limitées dans le temps et des objectifs très bien définis. Des alliances se mettent en place. Elles sont beaucoup plus stratégiques pour des projets politiques à long terme, pas forcément suivies de mise en œuvre opérationnelle.

Il y a une question aussi qui revient en permanence, concernant l'écart qu'il peut y avoir entre la définition du partenariat, la vision du partenariat des ONG françaises et la réalité. Quand on parle avec un responsable d'organisation, il n'a souvent pas le même discours sur les partenaires que les responsables de projet sur le terrain en relation continue avec les partenaires. Ils parlent beaucoup de difficultés à travailler ensemble, de problèmes de compréhension, de problèmes culturels etc. avec souvent une vision moins idyllique que celle des politiques qui présentent souvent les partenariats comme des relations d'amitié, avec d'ailleurs une très belle vision de ces relations parfois compliquées dans leur mise en œuvre. L'objectif aussi des travaux de Coordination Sud sur le partenariat était d'arriver à analyser ces difficultés et à les traiter.

Le contexte dans lequel travaillent les ONG françaises est en évolution. Le développement des processus démocratiques dans les pays du Sud a fait émerger des organisations qui, dans certains pays maintenant, sont des ONG fortes. De nouveaux acteurs de développement émergent entraînant une concurrence et la nécessité de travailler différemment. Avec l'évolution des modalités de l'aide, de plus en plus orientées vers l'aide budgétaire directe aux pays du Sud, il y a un positionnement à retrouver pour les acteurs du Nord, souvent dans un jeu à trois, avec les gouvernements et les acteurs de la société ci-

vile. Ce contexte a fait évoluer les relations de partenariat.

Concernant la typologie des différentes modalités de travail entre organisations du Nord et organisations du Sud, historiquement les ONG françaises sont intervenues directement sans partenaires dans les pays du Sud, souvent au travers d'une équipe locale. Elles avaient la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre, c'étaient elles qui concevaient les projets et qui les mettaient en œuvre directement dans ces pays du Sud en direction des bénéficiaires.

Dans le deuxième cas, progressivement, les ONG françaises ont pris conscience de la nécessité d'appuyer les dynamiques locales, de travailler avec des acteurs locaux pour ancrer localement leurs actions et leur garantir une pérennité et une plus grande efficacité. Elles se sont mises à travailler avec des organisations du Sud, mais souvent conservaient la maîtrise d'ouvrage. Finalement l'organisation du Sud était plus opérateur des actions que partenaire véritablement.

De plus en plus, on se trouve dans le schéma où l'organisation du Nord apporte un appui technique ou un financement à une organisation du Sud et l'organisation du Sud a la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre.

Valérie Huguenin évoquait le cas de programmes collectifs, comme les programmes concertés pluri acteurs, les programmes inter-associatifs, des programmes collectifs, et enfin, des consortiums dans le cadre d'actions qui sont financées par l'Union européenne. On a de plus en plus ce cas où des ONG du Nord s'associent à des ONG du Sud, dans une maîtrise d'ouvrage partagée, pour la mise en œuvre d'un projet conçu de manière très collégiale.

On peut avoir, avec la déconcentration des fonds dans les pays du Sud, l'argent qui arrive directement dans l'organisation du Sud; l'organisation française apportant juste un appui technique par exemple.

Autre cas, le ministère des affaires étrangères donne de l'argent à l'organisation française qui va apporter ces ressources tandis que l'organisation du Sud apporte des ressources humaines et des compétences techniques.

On peut imaginer de nombreux cas de figure possibles, et ce qui est intéressant ici,





c'est de savoir qui décide dans les différents schémas que je vous ai présentés. Dans ce cas-là, on voit bien que la décision est partagée avec la création d'une équipe locale. C'est un cas intéressant parce qu'on va certainement aller de plus en plus vers ces cas de figure notamment avec des financements qui viennent du Sud.

Autre cas de figure plus rare, l'organisation du Sud a la maîtrise d'ouvrage et fait appel à l'organisation du Nord pour mettre en œuvre le projet sur le terrain. L'organisation du Sud décide et fait appel à une organisation du Nord, uniquement en tant qu'opérateur. C'est un cas de figure qui va certainement se développer dans les années à venir, toujours avec ce contexte de déconcentration des fonds dans les ambassades et dans les délégations d'Union européenne.

ENJEUX DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS D'UNE ORGANISATION

Trois axes principaux ont été identifiés. Ce sont trois enjeux principaux du renforcement de capacités d'une organisation qui valent aussi bien pour les organisations du Sud que du Nord.

Le premier concerne le renforcement des ressources au renforcement des fonctions, de la structure et son autonomisation. Au départ, l'appui ne concernait souvent que les ressources de l'organisation : par exemple des financements, des ressources humaines dédiées, du matériel. De plus en plus, on prend conscience du fait que renforcer les ressources ne suffit pas si l'organisation n'est pas en capacité elle-même de manager sa propre structure.

On voit ce type d'action de renforcement de capacités évoluer vers de l'appui au management des organisations et l'enjeu principal, c'est finalement de permettre à l'organisation d'anticiper sur les évolutions qu'elle devra mener. Dans l'expression « libérer la créativité des organisations », l'idée est d'aider une organisation à être en mesure d'aller chercher elle-même des ressources dont elle a besoin et à les gérer.

Le deuxième axe concerne l'identité de l'organisation. Les organisations, en général, sont construites autour d'une identité qui peut être politique, religieuse ou fondée sur le sentiment d'appartenance à un groupe. L'idée là, c'est de l'amener à travailler dans un système d'acteurs, pour travailler avec d'autres acteurs, de maîtriser la langue et la culture des autres. Les types d'appui peuvent être des formations sur des concepts qui lui échappent, par exemple la maîtrise du cadre logique. C'est typiquement une compétence qu'une organisation du Sud doit acquérir si elle veut pouvoir travailler avec des organisations du Nord financées par l'Union européenne.

Le troisième axe concerne la capacité de l'organisation à faire évoluer ses activités vers une plus grande complexité et une dimension plus stratégique. L'appui de l'organisation du Nord va évoluer d'un appui très technique voire technologique, à un apport d'expertise sur des questions stratégiques mais aussi politiques, sociales.

Alors, quelle est la place et le rôle de l'organisation d'appui ? Les organisations d'appui doivent évoluer. Elles doivent clarifier leur rôle dans l'appui aux organisations du Sud. Est-ce qu'elles se situent sur le champ du développement ? Est-ce qu'elles se situent davantage sur le champ du plaidoyer, ou sur la médiation et la mise en réseau des acteurs ? Souvent, les ONG françaises se positionnent sur tous ces différents rôles à la fois et c'est extrêmement compliqué en interne de développer les compétences très différentes et les métiers qui correspondent à ces diverses missions.

C'est la raison pour laquelle, elles doivent pouvoir évoluer au fur et à mesure que leurs partenaires du Sud évoluent eux aussi. Du champ opérationnel à des champs plus politiques, elles doivent, elles aussi, être en mesure de renforcer leurs compétences pour pouvoir les accompagner. Le renforcement de capacités est bien une co-construction et une dynamique d'évolution conjointe. Il y a un besoin des organisations du Nord d'évoluer sur ce champ du renforcement de capacités pour être en mesure d'accompagner efficacement leurs partenaires du Sud.





Accompagnement des ONG : enjeux de la pérennité

Pour conclure, aujourd'hui, les différents enjeux que l'on identifie pour l'évolution des partenariats sont les suivants : arriver à accompagner l'émergence d'organisations et la professionnalisation des acteurs des sociétés civiles des pays du Sud. Pour cela, les ONG françaises doivent passer de leur rôle d'opé-

rateur direct d'actions de développement – elles ont déjà évolué, elles le sont de moins en moins – vers celui d'accompagnateur d'actions et de dynamique de développement avec tout ce que cela implique comme changements en interne, en termes de métiers.

Tableau 1

Les enjeux de l'évolution des partenariats pour les ONG :

- Accompagner l'émergence, l'organisation et la professionnalisation progressive d'acteurs de la société civile des pays du Sud
 - **Passer du rôle d'opérateur direct d'actions de développement vers celui d'accompagnateur d'actions et de dynamiques de développement.**
- Peser sur la définition de politiques nationales et internationales.
 - **Transformer des alliances très opérationnelles en des relations plus stratégiques**
 - **Créer de nouvelles formes d'alliances**
- Face à la montée en puissance de nouvelles formes de coopération
 - **Repenser notre stratégie de positionnement**

Les ONG françaises doivent aussi arriver à peser davantage sur les définitions des politiques nationales et internationales. Elles doivent transformer des alliances qui étaient au départ très opérationnelles en des relations beaucoup plus stratégiques. Elles doivent également créer des nouvelles formes d'alliance avec d'autres types d'acteurs, c'est-à-dire pouvoir travailler avec différents types

d'acteurs du champ social, des organisations syndicales, des organisations de base. Au Nord, elles doivent arriver à travailler avec d'autres types d'acteurs pour former des alliances plus fortes et, face à la montée en puissance de nouvelles formes de coopération, repenser leur stratégie de positionnement.





Evolution des approches de partenariat des ONG







Chap

chapitre 24

Comité de Coopération avec le Laos (CCL)

Christophe Jacqmin

Le Comité de Coopération avec le Laos (CCL) est partenaire de l'AOI depuis plusieurs années et c'est à ce titre que nous intervenons aujourd'hui.

Un mode de partenariat est actuellement en construction où le CCL a la volonté, suite à différents éléments du contexte, d'essayer de transformer la structure du bureau de Vientiane, animée par une équipe compétente, en une structure autonome. On est bien sûr dépendant d'un contexte particulier à deux niveaux.

Au Laos on peut faire d'abord le constat d'un manque de cadres. Cela reste un schéma qu'on répète depuis des années et qui reste malheureusement vrai. Le Laos est dans une situation de développement où il ne peut se passer, pour encore plusieurs années, d'interventions extérieures quelles que soient leurs formes. Enfin, il n'y a pas au Laos de statut associatif réel, il existe un simili statut associatif. Pour être président d'association, il faut être fonctionnaire.

Le CCL a une longue expérience de projets de développement dans différents secteurs : le développement rural, l'enseignement, la santé etc... Il travaille au Laos depuis 29 ans ce qui lui donne la possibilité d'avoir un réseau permettant d'approcher certaines

questions plus facilement et de pouvoir mieux faire avancer les projets.

Le CCL a, en dehors du Bureau de Vientiane, une représentation permanente. C'est aussi une association française qui évolue dans son propre contexte avec l'existence de comités locaux que nous souhaitons développer en France. Le premier a été créé en 2007 en Lorraine.

Depuis une quinzaine d'années se pose au CCL le problème d'une « laossisation » de l'association. Le Comité de Coopération avec le Laos a eu un parcours d'association grandissant suivant un schéma habituel, bénévoles, membres permanents, bénéficiaires, bureau à Paris puis à Vientiane dirigé par un expatrié, reconnaissance par les autorités laotiennes. Ce bureau local est maintenant dirigé par une laotienne et une équipe entièrement laotienne. Une réflexion a été menée en interne par rapport à cette orientation qui est devenue importante pour plusieurs raisons.

Il existe maintenant au bureau de Vientiane une vraie capacité de gestion de projets. Gérer un projet (en dehors de l'approche technique suivant les thématiques, développement rural, enseignement, médical...) est un vrai savoir qui peut largement contribuer à atteindre plus sûrement les objectifs des





Accompagnement des ONG : enjeux de la pérennité

projets de développement. Médecin, chirurgien dentiste, agronome, arrivent avec leurs compétences techniques. Leur première compétence n'est pas la gestion, et celle d'un gestionnaire à leur côté est fondamentale pour mener à bien les projets.

Les animateurs du bureau de Vientiane ont le désir de prendre et d'assumer des responsabilités soit dans le montage, soit dans la gestion de projet. Au départ une équipe entièrement sous la coupe d'un bureau à Paris appliquait les directives. On est passé petit à petit à un contexte de prise de responsabilité du personnel de Vientiane, une volonté de la part des laotiens d'intervenir massivement dans la prise de décision.

Par ailleurs le CCL a subi une forte diminution de son budget. Dans un contexte de diminution des fonds publics, il est très difficile de trouver des fonds propres. Financer la structure parisienne devenait un vrai problème. Il fallait donc pour continuer à aider le Laos à se développer, trouver des solutions. Les autorités laotiennes reconnaissaient la qualité du travail développé, et nous avions la prétention de penser que le travail mené jusqu'à ce jour était intéressant.

La réflexion a été menée pendant deux ans. Une opportunité s'est présentée, par l'intermédiaire de Coordination Sud, le programme F.R.I.O. (Fonds de Renforcement Institutionnel et Organisationnel des ONG) et donc la possibilité par ce financement additionnel d'accélérer cette réflexion et cette évolution.

Actuellement, la situation a évolué en terme d'organisation. Le point central est le CCL à Vientiane. Le Conseil d'Administration reste évidemment responsable, Le CCL à Paris reste un partenaire direct du CCL à Vientiane pour mener les projets. Le CCL en Lorraine a un lien organique avec le CCL à Paris mais il mène ses propres projets (projet de santé communautaire géré directement avec le CCL de Vientiane, gestion du projet, gestion des conventions...). A partir du moment où la philosophie du CCL est respectée, il n'y a aucun problème.

D'autres associations sont intéressées à monter des projets avec le CCL à Vientiane. Des projets sont construits entièrement par le Bureau de Vientiane. Le CCL de Paris de-

vient partenaire en apportant un appui technique (dossier financier).

Le CCL à Vientiane monte ses propres projets ou appuie la gestion de projets pour des opérateurs qui peuvent être d'autres associations françaises.

L'ambassade a contesté à un moment cette façon de faire (appui de gestion pure = prestation de service réservée aux structures privées non aux ONG). Le CCL a expliqué qu'il avait la capacité de gestion, élément de compétence important pour mener un projet à bien mais qu'il essayait d'associer à l'appui technique la formation à la gestion des équipes de projet, voire des correspondants dans les ministères ou dans les structures publiques.

Pour les prochaines étapes, **nous poursuivons le transfert de compétences et de responsabilités. L'important est d'aller pas à pas en fonction de la capacité à se mobiliser pour trouver des compétences.** Il faut assurer la viabilité de la structure à Vientiane, en particulier financière, en assurant que les personnes restent en poste (elles sont dans une démarche associative mais le problème du bénévolat n'est pas une notion encore intégrée par les laotiens dont le niveau de vie est très bas).

Devrait suivre la création d'une association laotienne, de droit lao. Il faudra examiner le fonctionnement de ce type d'association et voir si son statut est acceptable du point de vue de son autonomie par rapport aux autorités.

L'évolution de ce partenariat oblige de façon corollaire à se poser le problème du rôle d'une association française dans ce nouveau contexte. Le CCL devra donc trouver petit à petit sa nouvelle place dans le nouveau schéma.

Ce processus d'appui à une équipe, à la construction d'un partenaire, d'une structure, d'une organisation est une vraie action de développement, un vrai projet sur la durée. Le changement n'est pas limité par une durée de projet, par une contrainte de bailleur. C'est important de ne pas brûler les étapes parce qu'on risque de casser la dynamique.

La question peut se poser de savoir si l'intérêt de la démarche est lié au contexte ?

Evidemment, des éléments nous ont





Comité de Coopération avec le Laos (CCL)

contraints mais cette démarche a été initiée essentiellement par une volonté politique de l'association murie depuis longtemps en interne.

Habituellement en France, une association est créée entre personnes se connaissant, avec un intérêt commun, un Conseil d'Administration. Des activités sont menées et le personnel salarié n'arrive que dans un deuxième temps.

Dans le cas du CCL à Vientiane, on a une équipe de professionnels qui restera l'équipe salariée de gestion, de toute évidence, c'est

son métier et son savoir-faire. Si on veut créer un schéma associatif comme ici, on devra créer ex nihilo un Conseil d'Administration. On peut imaginer qu'il y aura là des causes de frictions. Il faudra sans doute, en fonction du cadre législatif qui va se mettre en place, essayer de trouver un montage suivant la notion de collège des salariés au sein du CA. On va évoluer dans un modèle non lucratif mais donnant la part belle à cette équipe qui assure la crédibilité de la structure émergente.







Chap

chapitre 25

Cooperazione Odontoiatrica Internazionale (COI)

Giancarlo Vecchiati



COI est une organisation non gouvernementale italienne, la seule reconnue par le ministère des Affaires étrangères, dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Son

siège est situé à Turin, elle est membre de l'European Dental Solidarity et du Consortium ONG du Piémont.

Photo 1



Accompagnement des ONG : enjeux de la pérennité

Depuis quinze ans, sa philosophie d'intervention a évolué dans la conception même des projets et les résultats ont aussi changé. Initialement, on pouvait qualifier ses actions de ponctuelles, d'aide humanitaire, et puis elles ont évolué vers des objectifs de santé bucco-dentaire, intégrée dans la santé générale. C'est dans les années 1995 que le choix a été fait de passer de l'aide humanitaire à un travail introduisant les notions de partenariat public, de développement, de pérennité, d'intégration dans les soins de santé primaire suivant une nouvelle méthodologie opérationnelle. La référence au cycle de projet, la formation des volontaires, l'utilisation de technologies adaptées et de techniques de base, la formation du personnel local et l'éducation au développement en Italie, ont constitué une révolution dans le domaine de la santé bucco-dentaire, dans le monde professionnel et même à l'Université. Depuis quinze ans on peut résumer en disant que le travail de COI s'est exprimé dans dix-neuf pays, dans trente projets de développement et dans des soins d'urgence pour les réfugiés.

Les axes de travail sont les suivants : soutien au renforcement des capacités en santé publique, réhabilitation après les conflits, promotion de la santé bucco-dentaire, éducation au développement en Italie, émergence de soins d'urgence aux réfugiés, formation à l'odontologie sociale pour les personnes vulnérables et en précarité.

Voici des exemples de projets terminés ou en cours de réalisation :

- La coopération technique avec le ministère italien de la Santé pour la réhabilitation du service de prévention en santé bucco-dentaire de la ville de Tirana (Albanie),
- La réhabilitation au Kosovo après le conflit avec pour partenaire la mission internationale des Nations-Unies,
- Le soutien au renforcement des capacités en santé publique en Bosnie avec l'Union des dentistes italiens et le gouvernement local,
- La réhabilitation du service de santé bucco-dentaire de l'hôpital de Gorazde (Bosnie), détruit par la guerre civile et le soutien à la formation des confrères avec des experts volontaires de COI,
- Le soutien au renforcement des capacités en santé publique avec l'Autorité palestinienne sur la formation des dentistes concernant la technique ART, avec la participation de l'OMS de Genève et du Centre collaborateur de l'OMS de Milan,
- Le renforcement des capacités en Bolivie : premier projet, conduit par un confrère italien expatrié, dans le Pando, région très défavorisée de la Bolivie, près de la frontière avec le Brésil ; en collaboration avec le gouvernement et le ministère de la Santé, sept confrères boliviens ont été formés pour former les promoteurs de santé en milieu rural. Ce projet a été développé pendant près de trois ans. Depuis, les changements politiques ont introduit de nouvelles orientations sociales, économiques et sanitaires. Le nouveau président, marque son intérêt pour la prévention, l'éducation, la formation et l'instauration d'une nouvelle stratégie d'accompagnement triangulaire gouvernement, université, ONG ce qui est dé-

Photo 2



terminant pour la mise en place d'un nouveau projet.

- La réhabilitation, la formation du personnel et les soins d'urgence aux réfugiés en Albanie. L'Albanie, a été le premier projet

financé par le fonds de coopération de la Fédération Dentaire Internationale (FDI) avec l'association nationale des dentistes italiens, le centre collaborateur de l'OMS, l'union des industries dentaires italiennes.

Photo 3



QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE COI AUJOURD'HUI ?

Aujourd'hui COI travaille suivant trois axes :

- Les activités de coopération au développement,
- L'activité d'odontologie sociale sur la précarité en Italie,
- L'éducation au développement surtout dans les milieux dentaires professionnels et, plus récemment, dans les milieux universitaires.

Parallèlement COI est impliqué dans :

- L'Observatoire de la santé bucco-dentaire qui agit dans les communautés défavorisées,
- Le Centre européen de formation interculturelle pour la santé bucco-dentaire.

L'observatoire de la santé bucco-dentaire a pour mission le suivi de la santé bucco-dentaire dans les communautés défavorisées : immigrés, personnes âgées, et particulièrement les personnes qui vivent dans les maisons de retraite. Il étudie des méthodes de

technologie adaptée, des procédures simplifiées pour les soins des groupes vulnérables. Actuellement l'observatoire fait une évaluation de la situation de la santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant en maison de retraite dans la région du Piémont. En Italie, il y avait peu de données et l'observatoire est né de cette carence.

Le Centre européen de formation interculturelle pour la santé bucco-dentaire représente pour l'Italie une initiative très importante et originale. C'est un exemple de coopération entre l'université et une ONG dans le domaine de la santé bucco-dentaire. L'objectif du Centre est la promotion de la santé dans les communautés défavorisées et dans les pays en développement, par la formation et par la recherche. Pour satisfaire cet objectif diverses actions sont entreprises :

- Former les personnels dans les pays en développement ainsi que le personnel engagé dans les projets de coopération, sur la base de lignes-guides et de programmes validés au niveau européen,

Accompagnement des ONG : enjeux de la pérennité

- Développer la recherche de technologies adaptées, et de méthodologies simplifiées,
- Créer un réseau de compétences et d'experts. Actuellement, trente-sept doyens collaborent dont un tiers vient de pays étranger et cinq de l'université de Turin,
- Favoriser les échanges, capitaliser les expériences et les partager avec ceux qui le souhaitent.

Photo 4



ECITOH, European Center for Intercultural Training in Oral Health, résulte d'un partenariat entre l'université de Turin et COI. Il dispense une formation certifiée, basée sur

l'expérience de terrain acquise par l'ONG, les savoirs académiques et les savoirs qui sont le patrimoine des populations développées et en voie de développement. Le Centre a son siège dans la nouvelle école dentaire de Turin.

Le partenariat a démarré avec la formation continue des confrères kosovars et albanais. Actuellement un comité de coopération paritaire COI - Université de Turin, valide les projets de formation.

- Le master universitaire biennal s'intitule : « Développement de la santé bucco-dentaire dans les communautés désavantagées et dans les PED »,
- Les ateliers de formation continue pour les chirurgiens-dentistes.

A partir de 2011, le Master universitaire international « Public Health and Oral Health Management in Developing Countries » est organisé pour les opérateurs dentaires des pays en développement. Ce Master s'appuie sur une méthode mixte de formation alternant enseignement résidentiel et enseignement à distance. La plate-forme technique est mise à disposition par l'université de Turin.



Cooperazione Odontoiatrica Internazionale (COI)







Synthèse

Synthèse

Hubert Balique

Au cours de ce colloque, la présence du Professeur Axel Kahn, l'accueil à l'École normale supérieure, la présence des doyens, des présidents d'ordre, traduisent la reconnaissance d'AOI.

Dans le domaine du développement, l'expérience acquise comporte son lot d'échecs. A Niamey, je reçois beaucoup d'ONG qui arrivent avec un enthousiasme extraordinaire. J'en ai eu probablement à une certaine époque, et avec l'expérience, je tente de ne pas diminuer la flamme, tout en comprenant que le chemin est difficile.

La santé bucco-dentaire ne figure pas parmi les grandes priorités, et à la limite, un médecin de santé publique peut négliger le problème. **Si la santé bucco-dentaire n'est pas une priorité pour les planificateurs, c'est sûrement une priorité pour celui qui a mal aux dents.** La santé est indissociable de la notion de bien-être. On ne peut mener une politique de santé sans être à l'écoute des patients.

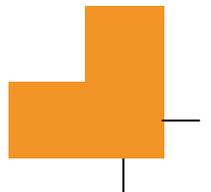
Prenons l'exemple de l'infertilité qui n'est pas jugée prioritaire. C'est peut-être vrai en France et certains diront qu'en Afrique, c'est un facteur de régulation démographique. En fait, c'est la priorité n°1 parce qu'une femme sans enfant n'existe pas socialement et sera

malheureuse toute sa vie. Comment ne pas répondre à ce problème-là ? Comment ne pas voir que celui de la femme nigérienne n'est pas le même que celui de la femme française ? Certes, l'infertilité n'a pas la même importance que la mortalité maternelle mais c'est un vrai problème, c'est une vraie souffrance au point qu'une femme accepte mieux un handicap que l'infertilité. Des discussions sont toujours à engager sur les notions de priorités. Il est important de montrer que la santé bucco-dentaire doit être présente dans la réflexion sur les stratégies de développement parce qu'il faut l'aborder dans sa double réalité : la réalité de santé publique et la réalité individuelle.

Au plan financier, celui qui a mal aux dents, est prêt à déboursier de l'argent. S'il n'y a pas de médecins, ce sont les charlatans qui passent et qui se font payer. Avec une médecine de qualité, les enfants, les femmes peuvent venir au dispensaire, et échapper à ces pratiques. On s'adresse à des personnes responsables dont c'est l'honneur, le devoir, de dépenser pour leurs enfants.

QUELLES GRANDES PERSPECTIVES POUR L'AVENIR ?

La formation est moteur de progrès. L'activité de terrain apporte l'expérience, le savoir,



Santé bucco dentaire

qui permet de nourrir l'enseignement. Le diplôme universitaire qui a été présenté, est un acquis considérable ; mais il y a nécessité de distinguer deux filières: la filière européenne, pour les européens qui vont travailler dans un pays en développement, et la filière africaine qui prend en compte une demande différente.

Les chirurgiens dentistes africains doivent prendre conscience de la réalité d'une politique de santé publique dentaire. Le secteur privé a pris beaucoup de place, et dans ce secteur, c'est souvent l'économie du cabinet dentaire qui prime sur la santé publique. C'est la raison pour laquelle il est souhaitable que le diplôme de santé publique dentaire puisse se faire sur place, qu'il soit nourri par les expériences du Mali, du Burkina, du Niger, du Laos, du Cambodge et que les dentistes formés puissent ensuite exercer sur place, dans leur pays.

Actuellement, en Afrique de l'ouest, les médecins, les chirurgiens dentistes, s'échangent d'un pays à l'autre dans le cadre géographique de la sous région. Il est indispensable de structurer ce régionalisme africain plus intéressant que le nationalisme. Il faut dépasser la tentation présente dans chaque pays de créer une faculté pour y former ses chirurgiens dentistes et aborder le problème au niveau régional en étudiant la faisabilité, l'intérêt, le coût, prévoir des flux de diplômés. Une telle formule, forcément plus économe en moyens humains et logistiques n'est-elle pas en mesure de garantir une plus grande qualité des formations ? Pour avancer dans ce cadre d'intégration régionale, il est recommandé de solliciter les conseils et l'aide de l'OOAS, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, à Bobo-Dioulasso.

En ce qui concerne les autres professions de santé, les ministères ont besoin d'être aidés à bien maîtriser les cursus, la planification pédagogique etc. L'AOI a très souvent assisté chaque pays dans la mesure où il faut trouver la réponse qui correspond le mieux à la situation locale. Encore une fois, chaque pays a ses réalités, et une des richesses de ce colloque, a été de montrer que du Laos à Haïti, les problèmes ne se posent pas de la même façon qu'en Afrique de l'Ouest. On trouve deux mondes différents entre la région d'Orodara au Burkina, et la région de Tilla-

béri au Niger. Il est donc très important que les écoles professionnelles planifient leur pédagogie en fonction de leurs spécificités.

Le secteur de la Santé dentaire peut inspirer beaucoup de thèmes de recherche à développer: recherches technologiques évoquées dans le domaine de l'asepsie, validation par les preuves (Pourquoi on fait ça ? Est-ce que c'est efficace ?). Dans le domaine de la recherche, L'AOI doit s'interroger constamment sur l'équilibre entre action spécifique et santé publique. Il y a aussi des analyses à conduire sur les stratégies: le rôle du CSPS (centre de Santé de première ligne) par rapport au CMA (la structure de référence) justifie d'être documenté comparé à d'autres expériences. Les aspects économiques doivent aussi faire l'objet d'études.

Je reviens sur la question déjà évoquée de «l'observatoire de la Santé», et j'invite COI à se joindre à la réflexion à participer ultérieurement aux missions de l'observatoire qui devra :

- Etudier la situation de la santé dentaire au Niger, puis dans d'autres pays,
- Valider les méthodes qui vont être employées, en fonction des disparités géographiques, démographiques... etc,
- Etudier la problématique économique du coût des prestations, faire des choix.

L'expérience d'intégration des soins dentaires en zone rurale exposée par le Docteur Meda, médecin chef du district sanitaire d'Orodara au Burkina, est très intéressante. Le danger réel, si elle reste au niveau d'expérimentation locale, c'est qu'elle ne puisse perdurer au cas où, le médecin qui l'a portée soit muté et remplacé par un confrère moins motivé. Il est important d'arriver à ce que l'appropriation se fasse et que ces dispositions soient généralisées à l'ensemble du Burkina Faso. L'AOI connaît bien ce pays, elle y a développé beaucoup d'activités et y est reconnue. Elle est donc en première ligne pour impulser cette dynamique.

Les actions de soutien à l'installation du médecin de campagne ont été évaluées par l'OMS. Le rapport effectué, donne à Santé Sud l'occasion de rebondir, et de confier le projet aux autorités locales. Ce sont les pays qui doivent porter le projet avec l'assistance d'un conseiller permanent. Santé Sud passe du rôle d'initiateur à celui de conseiller. Ainsi



se met en place la coopération de demain que les pays attendent... Les ONG ont une place majeure à jouer : initiation, expérimentation, mise au point d'un schéma opérationnel, appropriation par les autorités du pays. Il y a tout un savoir-faire à développer. L'ONG se transforme véritablement en conseiller des autorités nationales, devient le partenaire, collabore sur la formation et la recherche.

La communication et l'exploitation des compétences sont également des points très importants. L'AOI a développé une compétence sur les problèmes d'asepsie, sans équivalent dans le domaine, sauf création d'un improbable «asepsie sans frontières». Il faut qu'une ONG comme AOI, en première ligne sur ces problèmes de sécurisation des soins, valorise et exploite ce savoir faire.

La téléformation offre d'importantes possibilités dans l'avenir, dans tous les domaines

et particulièrement pour la formation des formateurs. Depuis Clermont-Ferrand ou depuis d'autres centres, il est possible d'organiser un cours soit en complément soit mieux encore dans le cadre d'un programme et d'une pédagogie maîtrisée, et de bénéficier des compétences d'enseignants qui ne disposent pas facilement de plusieurs jours pour se déplacer sur le terrain.

Le Niger, le Mali sont très demandeurs de cette forme de coopération. Les problèmes d'asepsie, pourraient offrir un champ intéressant de formation à distance.

Pendant ce colloque, les présentations ont traité sérieusement de la réalité de la vie dans la réalité du monde. Toutes les interventions ont souligné les liens étroits entre la vision de la santé bucco-dentaire et la vision spécifique de la santé publique.







Conclusion

Conclusion

Jean-Claude Borel

Le vingt-cinquième anniversaire est une date importante dans la vie d'une ONG. Il marque une période assez longue pour en analyser l'évolution, faire un bilan et ébaucher des perspectives pour le futur.

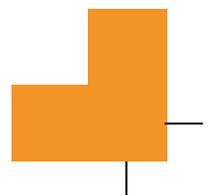
Le colloque organisé a réuni les personnalités qui, durant ces années, ont soutenu, guidé l'AOI ou collaboré avec elle. Sans négliger la convivialité de la rencontre, ces journées ont donné l'occasion de faire une pause dans les activités, de prendre du champ et de tenter de répondre à plusieurs interrogations.

DANS QUEL CONTEXTE S'INSCRIVENT ACTUELLEMENT LES ACTIVITÉS ?

Il est vrai que depuis 25 ans la globalisation a imposé des changements importants dans les domaines économiques, politiques, sociaux etc... Les organismes – gouvernementaux ou non gouvernementaux- en charge de la santé ont dû faire face à la progression de la pauvreté dans les sociétés du Sud et du Nord ainsi qu'à la pandémie du VIH/SIDA. Ce contexte a orienté des politiques nouvelles pour la promotion de la santé bucco-dentaire: l'intégration aux politiques sociales et aux grands programmes de santé publique. Il en résulte des changements notables dans la pratique professionnelle et une nécessité absolue de formation pour les personnels à tous

les niveaux d'intervention depuis le ministère de la santé jusqu'à l'infirmier, premier interlocuteur de santé en zone rurale. Ce besoin de formation incite les ONG à travailler en commun et à solliciter le soutien des universités afin de bénéficier d'un savoir faire pédagogique et des acquis de la recherche.

Comment mobiliser des forces vives efficaces, alors que les personnels de santé sont immergés dans un mouvement migratoire mondial et désertent leur pays d'origine pour accéder à un statut social et professionnel plus motivant ? Ce problème devient récurrent aussi bien au Sud qu'au Nord et ne peut être abordé qu'en agissant sur les conditions de vie des personnels dans les zones géographiquement isolées. Parallèlement les gouvernements doivent adopter des règles cohérentes : résister aux mutations des praticiens vers les zones urbaines en contrepartie de promotions et d'une organisation efficace de renforcement des capacités des personnels en poste. Dans ces situations il est nécessaire de lutter contre l'isolement des personnels médicaux et de créer des opportunités fréquentes de formation continue. L'accès à l'information médicale et les échanges d'expérience par Internet peuvent jouer un rôle important.



QUEL REGARD CRITIQUE PEUT-ON PORTER SUR LES ACTIVITÉS DÉVELOPPÉES PAR L'AOI AU COURS DE CES DERNIÈRES DÉCADES ?

L'orientation vers une politique de prévention par le fluor inscrite dans un processus de développement à long terme, devrait répondre aux nouveaux enjeux. La mise en place de dispositifs techniques (stérilisation centrale dans les centres de référence et systématisation des procédures) accompagnée de séances de formation et d'évaluation pour prévenir les risques d'infection croisée au cours des soins, a constitué un effort très important ces dernières années. L'accent porté tout particulièrement sur le soulagement de la douleur grâce à la formation spécifique des infirmiers en zone rurale est à suivre avec attention. Enfin les actions préventives de masse par la fluoruration du sel de table (programme en cours au Laos) laisse espérer une diminution globale et significative du taux de caries.

Encore faut-il rester attentif et évaluer méthodiquement ces démarches innovantes.

COMMENT S'ASSURER DE LA PÉRENNITÉ DES ACTIVITÉS ?

L'aide publique au développement modifie significativement ses modalités d'intervention et une ONG doit en tenir compte. Pour entrer à la table de négociation avec les bailleurs de fonds, une ONG de santé bucco-dentaire ne peut figurer comme interlocuteur privilégié, tant les autres problèmes de santé sont jugés prioritaires. Ce constat doit imposer une stratégie d'insertion de la santé bucco-dentaire dans des programmes de santé généraux (Médecine préventive de la mère et de l'enfant, prise en charge préventive et curative de malades atteints du SIDA... etc). Cette démarche est fortement conditionnée par une collaboration avec d'autres ONG en partenariat, pour une prise en charge pluridisciplinaire du patient.

C'est à ces questions essentielles que les conférenciers choisis, tous acteurs de terrain, ont tenté d'apporter des réponses en s'appuyant sur leur expérience.

Le rapport de ce colloque doit marquer une étape dans la vie de l'association. Il fixe pour quelques années des orientations pour tous les collaborateurs et doit permettre à chacun d'eux de situer son activité dans le contexte plus général de la politique de l'AOI.

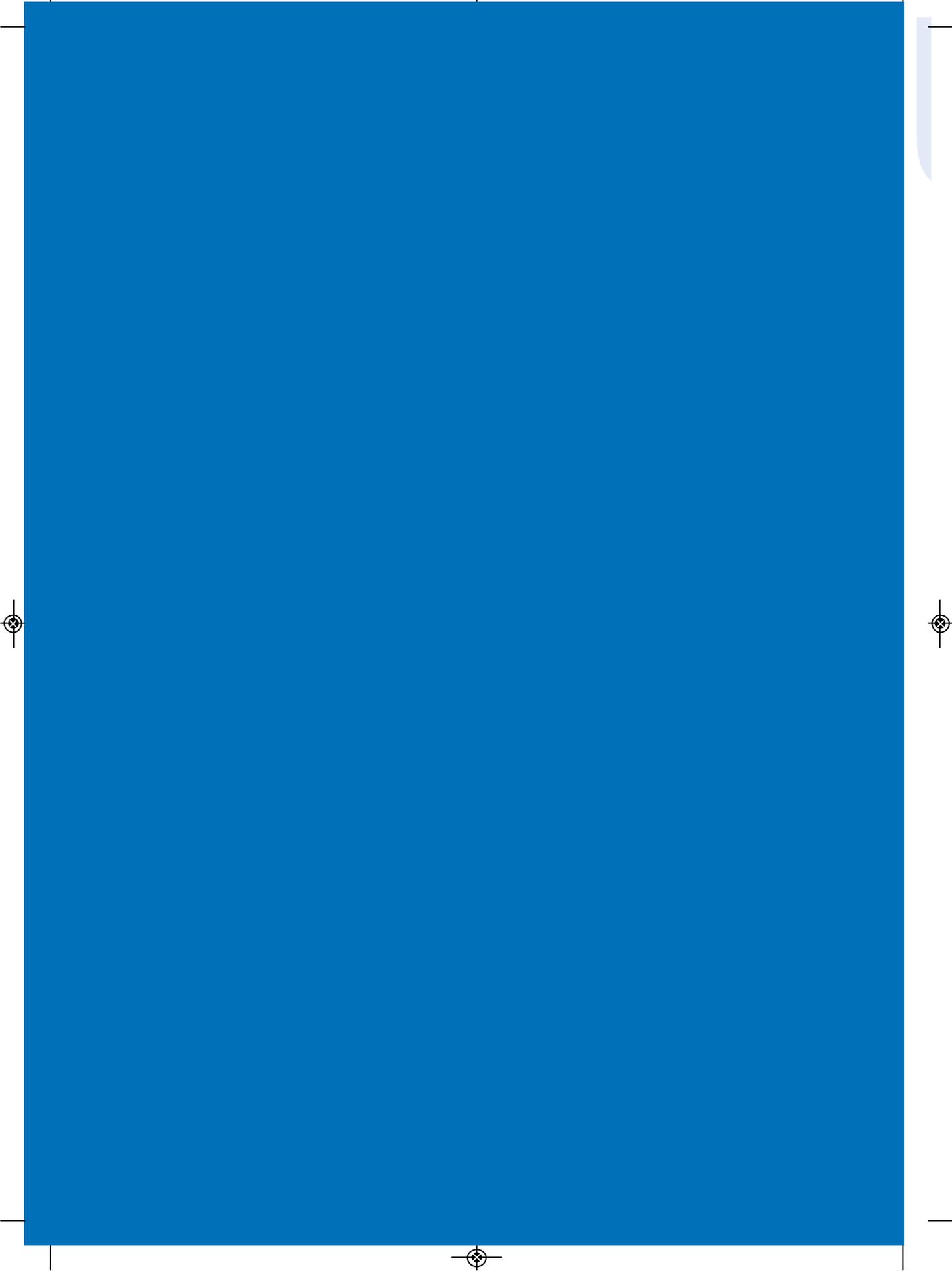
La lecture de ce document constitue également une utile entrée en matière pour qui-conque voudrait participer aux activités. Il objective les liens étroits tissés avec des partenaires divers : universitaires, chercheurs, ONG de santé, entreprises et encourage chacun à potentialiser ces différents concours pour une politique d'avenir.

Car nul ne peut, hélas, réfuter l'idée que pendant longtemps encore les ONG auront un rôle important à jouer dans la santé des populations défavorisées.



Conclusion





Lectures

1. Al-Tuwajri S, Currat LJ, Davey S, de Francisco A, Ghaffar A, Jupp S, Mauroux C. *The 10/90 Report on Health Research 2003-2004*. Geneva: Global Forum for Health Research, 2004.
2. Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E. *Le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu*. Paris: Karthala, 2003.
3. Baelum V, van Palenstein Helder man W, Hugoson A, Yee R, Fejerskov O. A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 872-906.
4. Balique H. L'hôpital public en Afrique francophone. *Médecine tropicale* 2004; 64: 545-51.
5. *Rapport sur le développement dans le monde 1993*. Investir dans la santé. Washington, D.C.: Banque mondiale, 1993.
6. Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. *The Oral Health Atlas: mapping a neglected global health issue*. Geneva & Brighton: FDI World Dental Education Ltd & Myriad Editions, 2009.
7. Benzian H, Gelbier S. Dental aid organisations: baseline data about their reality today. *Int Dent J* 2002; 52: 309-14.
8. Benzian H, Hobdell M, Holmgren C, Yee R, Monse B, Barnard JT, van Palenstein Helderman W. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. *Int Dent J* 2011; 61: 124-30.
9. Benzian H, Hobdell M. Seizing political opportunities for oral health. *J Am Dent Assoc* 2011; 142: 242-3.
10. Benzian H, Jean J, van Palenstein Helderman W. Illegal oral care: more than a legal issue. *Int Dent J* 2010; 60: 399-406.
11. Benzian H, van Palenstein Helderman W. Dental charity work does it really help? *Br Dent J* 2006; 201: 413.
12. Benzian H. Revitalizing school health programs worldwide. *Compend Contin Educ Dent* 2010; 31: 580-2.
13. Braichet JM. La pénurie mondiale de professionnels de santé. *Soins Cadres* 2007; 16: 20-1.
14. Bratthall D, Hansel-Petersson G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 416-22.
15. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, Habte D, Hanvoravongchai P, Jacobs M, Kurowski C, Michael S, Pablos-Mendez A, Sewankambo N, Solimano G, Stilwell B, de Waal A, Wibulpolprasert S. Human resources for health: Overcoming the crisis. *Lancet* 2004; 364: 1984-90.
16. Chinnock P, Siegfried N, Clarke M. Is evidence-based medicine relevant to the developing world?: Systematic reviews have yet to achieve their potential as a resource for practitioners in developing countries. *Evid Based Complement Alternat Med* 2005; 2: 321-4.
17. Chu CH, Lo EC. Promoting caries arrest in children with silver diamine fluoride: a review. *Oral Health Prev Dent* 2008; 6: 315-21.
18. Coulibaly S, Desplats D, Kone Y, Nimaga K, Dugas S, Faranarier G, Sy M, Balique H. Une médecine rurale de proximité. L'expérience des médecins de campagne au Mali. *Educ Health (Abingdon)* 2007; 20: 1-9.
19. Courtel F, Decroix B. Questions and reflections on affordable fluoride toothpastes by an international non-governmental organization making fluoride toothpastes more affordable and accessible. *Developing Dentistry* 2002; 2: 10-4.
20. Estupiñán-Day S, Baez R, Horowitz H, Warpeha R, Sutherland B, Thamer M. Salt fluoridation and dental caries in Jamaica. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 247-52.
21. Estupiñán-Day S. *An overview of salt fluoridation in the region of the Americas, Part I: Strategies, cost-benefit analysis, and legal mechanisms utilized in the National programs of Salt Fluoridation*. The Hague, Netherlands: 8th World Salt Symposium 7-11 May, 2000.
22. Estupiñán-Day S. *Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries*. Washington: Pan American Health Organization, 2005.
23. Fassin D. *Faire de la santé publique*. Rennes: EHESP, 2008.
24. Fletcher RJ, Bell IP, Lambert JP. Public health aspects of food fortification: a question of balance. *Proc Nutr Soc* 2004; 63: 605-614.
25. Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderman WH. *Basic Package of Oral Care*. WHO Collaborating Center for Oral Health Care Planning and Future Scenarios, College of Dental Science University of Nijmegen, The Netherlands, 2002.

Lectures

26. Gillespie GM, Marthaler TM. Cost aspects of salt fluoridation. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005; 115: 778-84.
27. Glick M, Meyer DM. Evidence or science based? There is a time for every purpose. *J Am Dent Assoc* 2011; 142: 12-4.
28. Goldman AS, Yee R, Holmgren CJ, Benzian H. Global affordability of fluoride toothpaste. *Global Health* 2008; 4: 7.
29. Haddad S, Nougara A, Ridde V. Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité* 2004; 2: 199-210.
30. Helderman WP, Benzian H. Implementation of a Basic Package of Oral Care: towards a reorientation of dental NGOs and their volunteers. *Int Dent J* 2006; 56: 44-8.
31. Holmgren C, Benzian H. Dental volunteering: a time for reflection and a time for change. *Br Dent J* 2011; 210: 513-6.
32. Holmgren CJ, Frencken JE. Conclusions from the symposium: Two decades of ART: success through research. *J Appl Oral Sci* 2009; 17 Suppl: 134-6.
33. Holmgren CJ, Monse B, van Palenstein HW, Benzian H. Learning lessons. *Br Dent J* 2011; 210: 292-3.
34. Horowitz HS. Decision-making for national programs of community fluoride use. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 312-9.
35. Institut Français pour la Nutrition. *Dossier scientifique de l'IFN n°13, L'iode*. Paris: Août 2003.
36. Jones S, Burt BA, Petersen PE, Lennon MA. The effective use of fluorides in public health. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 670-6.
37. Jürgensen N. *Social factors in oral health of children in a low-income country: experiences from the Lao PDR*. PhD thesis. University of Copenhagen; 2008.
38. Kantovitz KR, Pascon FM, Rontani RM, Gaviao MB. Obesity and dental caries: a systematic review. *Oral Health Prev Dent* 2006; 4: 137-44.
39. Kerouedan D. *Santé internationale: Les enjeux de santé au Sud*. Paris: Presses de Sciences Po, 2011.
40. Krishnamoorthy K, Rajendran R, Sunish IP, Reuben R. Cost-effectiveness of the use of vector control and mass drug administration, separately or in combination, against lymphatic filariasis. *Ann Trop Med Parasitol* 2002; 96 Suppl 2: S77-90.
41. Kunzel W. Systemic use of fluoride - other methods: salt, sugar, milk, etc. *Caries Res* 1993; 27 Suppl 1: 16-22.
42. Kwan S, Petersen PE. Oral health: equity and social determinants. In: *Equity, social determinants and public health programmes*. Ed. Blas E, Kurup AS. pp159-176. Geneva: World Health Organization.
43. Levy SM. An update on fluorides and fluorosis. *J Can Dent Assoc* 2003; 69: 286-91.
44. van Loveren C, Duggal MS. The role of diet in caries prevention. *Int Dent J* 2001; 51: 399-406.
45. Macek MD, Mitola DJ. Exploring the association between overweight and dental caries among US children. *Pediatr Dent* 2006; 28: 375-80.
46. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 1: CD002278.
47. Marshall TA, Eichenberger-Gilmore JM, Broffitt BA, Warren JJ, Levy SM. Dental caries and childhood obesity roles of diet and socioeconomic status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 449-58.
48. Marthaler TM, Petersen PE. Salt fluoridation. An alternative in automatic prevention of dental caries. *Int Dent J* 2005; 55: 351-8.
49. Marthaler TM, Steiner M, Menghini G, De Crousaz P. Urinary fluoride excretion in children with low fluoride intake or consuming fluoridated salt. *Caries Res* 1995; 2: 26-34.
50. Marthaler TM. Increasing the public health effectiveness of fluoridated salt. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005; 115: 785-92.
51. Marthaler TM. *Monitoring of renal fluoride excretion in community preventive programmes on oral health*. Geneva: World Health Organization, 1999.
52. Marthaler TM. Practical aspects of salt fluoridation. *Helv Odont Acta* 1983; 27: 39-56.
53. Milner T, Estupiñán-Day D. *Overview of Salt Fluoridation in the Region of the Americas: Part II. The Status of Salt Production, Quality & Marketing and the State of Technology Development for Salt Fluoridation*. Salt 2000, 8th World Salt Symposium, Volume 2, pp. 1033-8, 2000.
54. Monse B, Naliponguit E, Belizario V, Benzian H, van Palenstein Helderman W. Essential health care package for children: the 'Fit for School' program in the Philippines. *Int Dent J* 2010; 60: 85-93.
55. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, van Palenstein Helderman W. PUFA - an index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 77-82.
56. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr* 2004; 7: 201-26.
57. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide*. Paris: OCDE, 2005.
58. Organisation de coopération et de développe-

ment économiques (OCDE). Panorama de la santé 2009, Les indicateurs de l'OCDE. Paris: OCDE, 2009.

59. Organisation Mondiale de la Santé. Alma Ata 1978. *Les soins de santé primaires. Série Santé pour Tous*. 1, Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1978.

60. Organisation Mondiale de la Santé. *“Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais” Rapport sur la santé dans le monde*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

61. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport annuel des statistiques mondiales*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2010.

62. Organisation Mondiale de la Santé. *Enquêtes sur la santé bucco-dentaire - Méthodes fondamentales*. 4^e édition. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1998.

63. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2005.

64. Organisation Mondiale de la Santé. *Soins de santé bucco-dentaires : des solutions nouvelles, rapport d'un comité d'expert de l'OMS*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1987.

65. Organisation Mondiale de la Santé. *Travailler ensemble pour la santé, Rapport sur la santé dans le monde*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2006.

66. Organisation Mondiale de la Santé / Aide Odontologique Internationale (AOI). *Manuel de santé bucco-dentaire : L'infirmier en zone tropicale face aux pathologies bucco-dentaire dans son exercice quotidien*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé/AOI, 1991.

67. van Palenstein Helder man W, Lo E, Holmgren C. Guidance for the planning, implementation and evaluation of oral health care demonstration projects for under-served populations. *Int Dent J* 2003; 53: 19-25.

68. Pattussi MP, Olinto MT, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 377-86.

69. Perrot J, de Roodenbeke E. *La contractualisation dans les systèmes de santé*. Paris: Karthala, 2005.

70. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems-towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 686-93.

71. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 661-9.

72. Petersen PE, Kaka M. Oral health status of

children and adults in the Republic of Niger, Africa. *Int Dent J* 1999; 49: 159-64.

73. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people - Call for public health action. *Community Dent Health* 2010; 27 (Supplement 2): 1-11.

74. Petersen PE, Kwan S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion - towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dent Health* 2010; 27 (Supplement 1): 1-9.

75. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 319-21.

76. Petersen PE, Razanamihaja N. Oral health status of children and adults in Madagascar. *Int Dent J* 1996; 46: 41-7.

77. Petersen PE. Global framework convention on tobacco control: the implications for oral health. *Community Dent Health* 2003; 20: 137-8.

78. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century - implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 1-8.

79. Petersen PE. Guttman scale analysis of dental health attitudes and knowledge. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17: 170-2.

80. Petersen PE. Inequalities in Oral Health: the Social Context for Oral Health. In: Harris R, Pine C (eds). *Community Oral Health*. London: Quintessence, 2006.

81. Petersen PE. Oral cancer prevention and control - The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology* 2009; 45: 454-60.

82. Petersen PE. Policy for prevention of oral manifestations in HIV/AIDS - The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Adv Dent Res* 2006; 19: 17-20.

83. Petersen PE. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003*. Organisation Mondiale de la Santé, 2003.

84. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 3-24.

85. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health. *World Health Assembly 2007*. *Int Dent J* 2008; 58: 115-21.

86. Petersson GH, Bratthall D. The caries decline: a review of reviews. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 436-43.

87. Ridde V. L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? *Lien social et Politiques* 2006; 55: 149-63.

Lectures

- 88.** Rippe KP. Ethical aspects of the fluoridation of water, salt, and milk. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2009; 52: 543-8.
- 89.** de Roodenbeke E, Dhaene G, Eyong Tatah A, Goufack JM. *Ressources humaines en santé en Afrique : expériences, défis et réalités*. Rapport de la conférence de Douala, GHWA. Organisation Mondiale de la Santé, juin 2007.
- 90.** Rosenblatt A, Stamford TC, Niederman R. Silver diamine fluoride: a caries "silver-fluoride bullet". *J Dent Res* 2009; 88: 116-25.
- 91.** de Sardan JP, Jaffré Y. *Une médecine inhospitalière*. Paris: APAD-Karthala, 2003.
- 92.** Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, Spencer J, Watt RG, Weyant R. Global oral health inequalities: task group - implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res* 2011; 23: 259-67.
- 93.** Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399-406.
- 94.** Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J* 2006; 201: 625-6.
- 95.** Solorzano I, Salas M, Chavarria P, Beltran-Aguilar E, Horowitz H. Prevalence and severity of dental caries in Costa Rican schoolchildren: results of the 1999 national survey. *Int Dent J* 2005; 55: 24-30.
- 96.** Stephen KW, MacPherson LM, Gorzo I, Gilmore WH. Effect of fluoridated salt intake in infancy: a blind caries and fluorosis study in 8th grade Hungarian pupils. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 210-5.
- 97.** Tonglet R. La « médecine basée sur les preuves » peut-elle servir un projet de santé publique? [Is evidence-based medicine useful for public health?]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003; 51: 543-51.
- 98.** Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Källestål C, Lagerlöf F, Lingström P, Mejäre I, Nordenram G, Norlund A, Petersson LG, Söder B. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontol Scand* 2003; 61: 347-55.
- 99.** Varenne B, Petersen PE, Fournet F, Msellati P, Gary J, Ouattara S, Harang M, Salem G. Illness-related behaviour and utilization of oral health services among adult city-dwellers in Burkina Faso: evidence from a household survey. *BMC Health Services Research* 2006; 6: 164.
- 100.** Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J* 2006; 56: 61-70.
- 101.** Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J* 2004; 54: 83-9.
- 102.** Watt R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 711-8.
- 103.** Whitford GM. *The Metabolism and Toxicity of Fluoride*. Basel: Karger, 1989.
- 104.** World Bank / The International Bank for Reconstruction and Development. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. New York: Oxford University for the World Bank, 2003.
- 105.** World Dental Federation (FDI) / World Health Organization (WHO). Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32: 74-7.
- 106.** World Health Organization. *Fluorides and oral health*. Geneva: WHO Tech Rep Series Nr 846, 1994.
- 107.** World Health Organization. *The financial crisis and global health. Report of a high level consultation*. Geneva: World Health Organization, 2009.
- 108.** Yee R, McDonald N, van Palenstein Helderman WH. Gains in oral health and improved quality of life of 12-13-year-old Nepali schoolchildren: outcomes of an advocacy project to fluoridate toothpaste. *Int Dent J* 2006; 56: 196-202.
- 109.** Yee R, McDonald N, Walker D. A cost-benefit analysis of an advocacy project to fluoridate toothpastes in Nepal. *Community Dent Health* 2004; 21: 265-70.
- 110.** Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *Int Dent J* 2002; 52: 1-9.

SITES INTERNET

- Agence française de développement. www.afd.fr
- Aide odontologique internationale (AOI). www.aoi-fr.org
- Centre français d'évidence based dentistry. <http://cfbd.ups-tlse.fr/>
- Cochrane Oral Health Review Group. www.ohg.cochrane.org
- Comité des salines de France. www.salines.com
- Coordination sud. www.coordinationsud.org
- F3e. f3e.asso.fr
- Global sugar consumption. www.whocollab.od.mah.se
- Micronutrients. www.micronutrient.org
- Ministère des Affaires étrangères et européennes. www.diplomatie.gouv.fr
- National Center for Biotechnology Information. www.ncbi.nlm.nih.gov
- National Library of Medicine. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- Organisation de coopération et de développement économiques. www.oecd.org
- Organisation mondiale pour la santé (OMS). www.who.int/oral_health
- Organisation des nations unies. Objectifs du millénaire pour le développement. www.un.org/fr/millenniumgoals
- WHO Oral Health Country/Area Profile Project. www.whocollab.od.mah.se
- WHO. The burden of health care-associated infection worldwide. www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html



Abréviations

ACT	Arresting Caries Treatment	IEC	Information, éducation, communication
AFD	Agence française de développement	INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
AMG	Aide médicale gratuite	IRD	Institut de recherche et de développement
AOI	Aide odontologique internationale	ISPED	Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
ART	Atraumatic Restorative Treatment	MACE	Ministère des affaires étrangères et européennes
ASO	Attaché de santé en odontologie	MGC	Médecine générale communautaire
ASPROCOP	Association des professionnels de santé en coopération	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
AUF	Agence universitaire de la Francophonie	OMS	Organisation mondiale de la santé
CAO (D)	Dents permanente cariées, absentes, obturées	ONG	Organisation non gouvernementale
CCL	Comité de coopération avec le Laos	OOAS	Organisation ouest africaine de la santé
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest	PEV	Programme élargi de vaccination
CHR	Centre hospitalier régional	PF	Planning familial
CHUN	Centre hospitalo-universitaire national	PIB	Produit intérieur brut
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale	PMA	Paquet minimum d'activité
COI	Cooperazione odontoiatrica internazionale	PTF	Partenaire technique et financier
CPN	Consultation prénatale	SDF	Silver diamine fluoride
CS	Centre de santé	SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
CSCOM	Centre de santé communautaire	TB	Tuberculose
CSI	Centre de santé intégré	UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture)
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale	UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)
DU	Diplôme universitaire	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ETI	Experts techniques internationaux		
FDI	Fédération dentaire internationale		
IADR	International Association for Dental Research		
ICP	Infirmier chef de poste		



Qui, quoi ?

Qui a fait quoi ?

Jacques Abellard

est vice-président de l'AOI, après avoir été président pendant plus de 10 ans. De part son expérience de terrain au Burkina Faso et au Cambodge, il a une forte expertise sur les facteurs de réussite et d'échec de projets, aussi bien du point de vue technique que des partenariats locaux. Chirurgien-dentiste, il exerce actuellement à Cholet.

Hubert Balique

est un artisan de la santé publique en Afrique subsaharienne. Sa triple formation de médecin, d'économiste et de socio-anthropologue, enrichie par le recul que lui ont donné ses 35 ans d'expérience professionnelle, du village jusqu'aux cabinets ministériels, en font un des meilleurs spécialistes des systèmes de santé dans les pays en développement. Maître de conférences à la faculté de médecine de Marseille, il est actuellement Conseiller technique au Ministère de la Santé du Mali.

Habib Benzian

est directeur fondateur d'un cabinet de conseil en santé internationale. Sa carrière professionnelle a commencé en dentisterie et il s'est spécialisé en chirurgie buccale et en implantologie. Après son master en santé publique dentaire au Kings College de Londres, il a rejoint la Fédération dentaire internationale à Genève, en Suisse, en 2002. En tant que directeur associé pour le développement et la santé publique, il a initié une relance des activités de santé internationale et contribué à façonner le profil international de l'organisation.

Richard Bercy

est agronome, de nationalité haïtienne. Il est co-fondateur du Service œcuménique d'entraide (SOE), ONG haïtienne qui a vu le jour en 1982. Après avoir été coordinateur de la section recherche et développement rural, Richard Bercy est coordinateur du SOE depuis 2002. Il occupe aussi un poste technique

pour tout ce qui concerne l'orientation des projets liés au développement rural.

Jean Bertrand

est trésorier de l'AOI et membre du Conseil d'administration depuis la création de l'association. Il a participé à la réalisation du manuel destiné aux infirmiers en zone tropicale et fait partie de l'équipe qui travaille actuellement sur le contrôle des infections. Chirurgien-dentiste, il exerce à Paris.

Jean-Claude Borel

est membre du conseil d'administration de l'AOI. Il est professeur émérite de l'université d'Auvergne. Il a exercé les fonctions de professeur responsable du département de prothèse, de doyen de la faculté et de chef de service du centre de soins dentaires du CHU de Clermont-Ferrand. Il a œuvré au rapprochement de la faculté avec l'AOI par la signature d'une convention de collaboration et par la création d'un diplôme universitaire « Initiation à une démarche de santé publique dans le domaine bucco-dentaire : populations défavorisées, pays en développement ».

Guillemette Clapeau

est Pharmacien Chef de service au Centre Hospitalier de Longjumeau. Elle est membre du conseil d'administration de l'AOI et est responsable des actions de formation et d'évaluation dans le domaine du contrôle des infections croisées dans les facultés, les hôpitaux et les centres de santé. Elle a travaillé au Burkina Faso, au Cambodge, en Haïti, au Laos, au Niger et au Vietnam.

François Courtel

occupe le poste de directeur régional pour l'AOI (Cambodge, Laos). Formé à l'université de Rennes et diplômé en chirurgie dentaire en 1997, il réside au Cambodge depuis 1998. Il coordonne l'appui à de nombreux projets dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales, la prévention, l'amé-

Qui a fait quoi ?

lioration des systèmes de soins et la formation postuniversitaire. Les interlocuteurs essentiels sont le ministère de la santé et la faculté dentaire. Il a été nommé conseiller auprès du ministère de la santé du Cambodge en 2006.

Bernard Decroix

est directeur à l'AOI depuis 1990. Il travaille dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire, de son intégration dans les politiques de santé, la planification de projets, la formation, la promotion de la santé (accès au fluor), la prévention des infections nosocomiales et l'accès aux soins. Il favorise les études sur les facteurs de pérennité des programmes, la capitalisation d'expérience et le travail en réseau avec des universités, ONG, entreprises, bailleurs de fonds et institutions. Il a une expérience de projets menés en Afrique francophone, en Haïti, en France, en Asie du sud-est et a contribué à l'organisation d'un enseignement avec l'université d'Auvergne.

Dominique Desplats

est médecin généraliste, ancien président et conseiller projets à Santé Sud. Avec d'autres médecins et d'autres professionnels du secteur médical et médico-social il a eu l'idée, en 1984, de créer Santé Sud. L'objectif était de renforcer les réseaux d'acteurs des pays du sud en valorisant leurs capacités d'intervention auprès des populations démunies de leur pays. Il a appuyé la constitution de nombreux réseaux : Réseau des médecins de campagne au Mali et à Madagascar, réseaux spécialisés permettant une meilleure prise en charge de certaines pathologies (épilepsie, hypertension artérielle, handicap, autisme) ou favorisant une réflexion sur les méthodes de travail.

Yambuliya Ousmane Dipama

est diplômé de l'institut d'odontomatologie de Dakar et du master en santé publique de l'université de la Méditerranée. Il travaille dans le domaine de l'accès aux soins et de la prévention des infections nosocomiales. Il participe à l'élaboration des stratégies de communications de l'AOI, notamment auprès des confrères et des industriels. Il est chargé de projet.

Pascaline Durand

a une expertise dans le domaine de la formation des infirmiers en zone rurale pour le soulagement de la douleur dentaire. Elle a coordonné en 1985 le manuel « l'infirmier en zone tropicale face aux pathologies bucco-dentaire dans son exercice quotidien » réalisé avec l'OMS. Depuis, cet outil a été enrichi de nouvelles versions, compte-tenu de l'expérience acquise au Burkina Faso. Chirurgien-dentiste, elle exerce à Paris.

Christophe Herran

est ancien membre du conseil d'administration de l'AOI et responsable du projet Madagascar où il travaille depuis plus de 10 ans sur l'accès aux soins et plus récemment sur l'accès au fluor et la prévention des infections nosocomiales. Chirurgien-dentiste, il exerce à Saint-Jean-de-Luz.

Christopher Holmgren

collabore avec un certain nombre d'organisations telles que l'OMS à Genève, l'AOI en France, L'université de Hong Kong, plusieurs universités en Chine, le Centre collaborateur OMS de l'Université de Nijmegen aux Pays-Bas. Depuis qu'il a quitté son poste d'enseignant et de chercheur à l'université de Hong Kong en 1997, Christopher Holmgren a consacré ses activités à la promotion de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement et les communautés défavorisées. Cela a impliqué le développement de programmes d'intervention minimale pour la santé buccale, efficaces, adéquats et abordables. Il contribue aux recherches sur l'ART et d'autres approches curatives minimales pour le traitement des caries, sur l'accès au fluor et les programmes scolaires.

Valérie Huguenin

géographe de formation, Valérie Huguenin est aujourd'hui chargée de mission à l'AFD à la division des partenariats ONG, dans le département de la communication et des relations extérieures. Elle a travaillé pendant 20 ans au ministère des Affaires étrangères sur différents postes où elle a été en charge des questions d'aide alimentaire, d'aide humanitaire et enfin de dialogue et de cofinancement des initiatives ONG. Son dernier poste

à la Mission d'appui à l'action internationale des ONG (MAAIONG), à la direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID) au ministère, lui a permis de suivre en particulier les projets ONG en Haïti, en Afghanistan, en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique de l'Ouest. De façon transversale, elle a suivi spécifiquement les thématiques jeunesse, éducation au développement, éducation, développement social et droits de l'homme. Enfin en tant que chef de bureau à la MAAIONG, elle a été responsable du dialogue avec Coordination Sud et les autres instances collectives mise en place par les ONG, mais aussi avec les autres ministères et les différents services du MAEE.

Cécile Hvostoff

est assistant hospitalier universitaire à la faculté de Chirurgie dentaire de Paris Descartes, praticien attaché à l'hôpital Charles Foix et secrétaire général adjoint à l'AOI. Son intérêt est de participer à l'évolution de notre profession de chirurgien-dentiste par l'enseignement (faculté Paris Descartes), le développement d'une consultation d'Odontologie gériatrique (hôpital Charles Foix) et l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations défavorisées (AOI).

Christophe Jacqmin

est directeur du secrétariat exécutif d'Inter-réseaux Développement rural et ancien directeur du Comité de coopération avec le Laos (CCL). Gestionnaire de l'économie sociale, il est impliqué dans le milieu des ONG de développement depuis plus de 20 ans. Inter-réseaux Développement rural est un lieu de débats et d'échanges d'expériences sur le développement rural, menés au sein d'un réseau d'acteurs impliqués sur ces questions, en particulier dans les pays du Sud.

Axel Kahn

est scientifique, médecin généticien, et essayiste. Directeur de recherche à l'INSERM et ancien directeur de l'Institut Cochin, il est, depuis 2007, le président de l'université Paris Descartes. Axel Kahn est surtout connu du grand public pour la vulgarisation scientifique qu'il fait depuis de nombreuses années et ses prises de positions sur certaines questions

éthiques et philosophiques ayant trait à la médecine et aux biotechnologies, en particulier au clonage ou aux OGM, notamment en raison de son travail au sein du Comité consultatif national d'éthique.

Alain Le Vigouroux

est médecin, qualifié en santé publique. Alain Le Vigouroux dispose d'une expérience professionnelle d'une vingtaine d'années dans les systèmes de santé de pays en développement et plus particulièrement en Afrique sub-saharienne. Après avoir enseigné le management de la santé aux médecins, infirmiers et cadres administratifs appelés à exercer leurs fonctions dans leur pays d'origine, Alain Le Vigouroux s'est engagé dans le développement des ressources humaines en santé. A ce titre, il a exercé les fonctions de conseiller en ressources humaines en santé au Gabon puis en Guinée. Aujourd'hui, il occupe les fonctions de conseiller médical à l'Agence régionale de santé en Champagne-Ardenne. Il est président de l'Association des professionnels de santé en coopération (ASPROCOP).

Michel Marquis

est médecin généraliste de santé publique. Michel Marquis a travaillé dans de nombreux pays (Cameroun, Sénégal, Comores, Cote d'Ivoire ...). Médecin inspecteur de santé publique depuis 1995, actuellement détaché au ministère des Affaires étrangères au Mali depuis septembre 2009 après avoir passé cinq ans à la DDASS de Rennes.

Michel Martuchou

est expert en ingénierie salinière. Il a travaillé pendant 30 ans aux Salins du midi en tant que responsable du service ingénierie et effectué plus de 60 missions dans plus de 40 pays pour la conception, la modernisation de salins, d'unités de production et de traitement de sel. Il a une expérience de terrain et de conception de process. Dans le cadre du partenariat AOI-Groupe Salins, il a mis au point l'unité de production, le process de production et son suivi pour le Laos.

Ziemlé Clément Meda

est médecin-chef et il a coordonné pendant 6 ans les activités de clinique, de gestion, de pla-

Qui a fait quoi ?

nification, de supervision et de recherche dans le district sanitaire d'Orodara de la région sanitaire des Hauts-Bassins au Burkina Faso.

Philippe Mignard

est membre du conseil d'administration de l'AOI. Il a une connaissance de la réalité du terrain et des problématiques de l'accès aux soins et de la prévention des infections nosocomiales en Albanie, au Burkina Faso, en Inde, au Laos, à Madagascar, au Mali, au Niger et au Pérou. En France, il travaille à la sensibilisation des confrères, notamment dans le cadre de l'opération « cabinet partenaire ».

Clémence Pajot

a travaillé à Coordination Sud sur les questions de partenariat nord sud, sur les partenariats ONG entreprises. Elle a aussi animé et coordonné l'élaboration de propositions pour l'amélioration des pratiques des Organisation de solidarité internationale (OSI) françaises en matière de prise en compte du concept du genre dans ses différentes dimensions (Education au développement), plaidoyer, projets de développement. Elle a aussi travaillé au niveau du fonctionnement associatif des ONG et développé des actions de plaidoyer pour l'intégration du genre dans les politiques de développement de la coopération française et dans les campagnes d'opinion menées par les OSI françaises.

Bernard Pellat

est membre du conseil d'administration de l'AOI. Il est professeur des universités – praticien hospitalier à l'université Paris Descartes. Il a été doyen de la faculté de chirurgie dentaire de l'université Paris Descartes et président de la Conférence internationale des doyens et des facultés de chirurgie dentaire d'expression totalement ou partiellement francophone (CIDCDF), partenaire de l'Agence universitaire de la francophonie. Aujourd'hui, délégué général de la CIDCDF, il collabore avec l'AOI sur des programmes d'aide aux facultés, en particulier au Laos. Il a contribué à l'accueil de l'AOI dans les locaux de la faculté à Montrouge.

Christian Pellistrand

est secrétaire général de l'AOI. Il fait partie de l'équipe qui a initié le projet au Cambodge. Il a une expertise sur les questions d'éducation au développement, de sensibilisation de la profession et de l'industrie dentaire en France. Il a contribué à l'enseignement du diplôme universitaire « Initiation à une démarche de santé publique dans le domaine bucco-dentaire : populations défavorisées, pays en développement ».

Bruno Périé

est trésorier adjoint de l'AOI. Il a effectué une mission d'analyse de situation au Cambodge au démarrage du projet. Actuellement, il fait partie de l'équipe qui travaille au développement des partenariats avec les entreprises et à la communication externe de l'AOI.

Poul Erik Petersen

est chef du Programme de santé bucco-dentaire à l'Organisation mondiale de la Santé à Genève depuis 2002. Auparavant, il a travaillé au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en tant que consultant et en tant que directeur du Centre collaborateur de l'OMS pour les programmes de santé communautaire orale et de la recherche étroitement avec de nombreux centres collaborateurs de l'OMS dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Il a aidé les ministères de la santé, les universités, les autorités et les planificateurs des soins de santé dans de nombreux pays. Il a une longue liste de publications scientifiques en épidémiologie, en sociologie de la santé, sur les systèmes de recherche en santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé et la santé internationale.

Françoise Ponticq

est arrivée en Haïti en 1986 avec Aide médicale internationale (AMI). En 1989, elle rencontre Richard Bercy et Daniel Henrys, co-fondateurs de l'ONG haïtienne Service œcuménique d'entraide (SOE) et commence à travailler avec cette ONG sur le volet santé dentaire communautaire. De 2003 à 2006, elle a assuré le suivi du projet dans le nord-ouest. Actuellement, Françoise Ponticq exerce dans la clinique dentaire du SOE à

Port au Prince et est responsable du projet soutenu par l'AOI (accès au sel fluoré, maintenance et formation continue des auxiliaires dentaires).

Jocelyn Rio

est secrétaire général de l'AOI et a une expertise dans le domaine du montage de projet, de l'analyse des résultats et des stratégies à mettre en œuvre. Il est diplômé du master en santé publique (MSI) de l'ISPED à Bordeaux. Il a travaillé sur l'identification du projet au Laos, l'évaluation finale du projet au Vietnam et fait actuellement partie du groupe qui coordonne le projet Madagascar. Chirurgien-dentiste, il exerce à Angers.

Eric de Roodenbeke

est directeur général de la Fédération internationale des hôpitaux depuis le 1er juin 2008. Diplômé en économie de la santé et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP, anciennement ENSP), il exerce depuis 25 ans en France comme à l'étranger des responsabilités dans la direction d'hôpitaux, la définition de politiques et la gestion de projets de mise en place d'hôpitaux généraux et universitaires, notamment pour le ministère des Affaires étrangères français et la Banque mondiale. Il a travaillé à l'Alliance mondiale pour les personnels de santé de l'Organisation mondiale de la santé en tant que spécialiste senior en santé.

Pierre Rouch

soutient les activités de l'AOI depuis les années 90. Son engagement "politique" au sein de l'association s'est réalisé sur les notions d'aide au développement et de santé publique. Rapidement, il a mis ses compétences artistiques pour la recherche de fonds propres indispensables. Il a développé l'idée originale des cartons de rendez-vous personnalisés et illustrés par ses aquarelles issues de ses carnets de voyage. Ils sont aujourd'hui utilisés par plus de 1800 confrères.

Dominique Roux

est maître de conférences - praticien hospitalier à l'UFR d'odontologie de l'université d'Auvergne. Il est vice-doyen de l'UFR, délégué du chef de service du centre de soins dentaires du CHU de Clermont-Ferrand et

ancien responsable du département d'odontologie conservatrice-endodontie. A la suite d'une convention de collaboration signée entre l'université d'Auvergne et l'AOI, il collabore depuis 15 ans à des formations dans différents pays (Burkina Faso, Cambodge, Laos, Niger, Vietnam). Actuellement, il travaille à la mise à niveau de l'hygiène à la faculté d'odonto-stomatologie de Phnom-Penh et de Vientiane ainsi qu'à la mise en place d'un master d'odontologie-conservatrice - endodontie. Il est responsable du diplôme universitaire «Initiation à une démarche de santé publique dans le domaine bucco-dentaire : populations défavorisées, pays en développement» organisé avec l'AOI.

Isabelle Thiébot

est membre du conseil d'administration de l'AOI. Isabelle Thiébot a une expertise dans le domaine des facteurs de pérennité des programmes. Elle a un recul important sur les projets soutenus en Afrique, en Haïti et en France. Au Burkina Faso, elle a mis au point une méthode d'évaluation des formations d'infirmiers pour le soulagement de la douleur, dans le cadre de leur activité. En France, elle travaille sur l'accès aux soins des plus démunis. Elle a coordonné, avec le soutien de la Direction générale de la santé (DGS), la réalisation d'un site Internet pour améliorer l'accès aux soins dentaires des personnes les plus vulnérables. Ce site contribue à réduire les inégalités sociales de santé. (acesaux-soinsdentaires.aoi-fr.org). Chirurgien-dentiste, elle exerce à Villeneuve-la-Garenne.

Alexis Thiriez

est membre du conseil d'administration de l'AOI et coresponsable du projet Madagascar depuis 2001. Il travaille sur le programme de formation des médecins généralistes au traitement des urgences dentaires et au contrôle des infections croisées. Chirurgien-dentiste, il exerce dans la banlieue lilloise.

Monique Triller

est vice-présidente de l'AOI après en avoir été présidente pendant plusieurs années. Professeur des universités - praticien hospitalier à l'université Paris Descartes, elle a mené de nombreux travaux de recherches sur le fluor. Elle contribue aux programmes de re-

Qui a fait quoi ?

cherche-action en faisant le lien entre la recherche scientifique et les applications de terrain, dans une vision de santé publique.

Benoît Varenne

est basé à Brazzaville depuis août 2010. Il travaille au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en tant que Point Focal Régional en santé bucco-dentaire. Son rôle est de contribuer à la promotion de la santé bucco-dentaire et à la prévention et au contrôle des maladies bucco-dentaires auprès des 46 états membres de la région africaine de l'OMS. Benoit Varenne est diplômé en chirurgie-dentaire de l'université de Clermont-Ferrand (France) et a un doctorat en santé publique de l'université Pierre et Marie Curie (Paris VI). Depuis 1992, Benoît Varenne est membre actif de l'AOI. Cela l'a conduit à travailler en tant que conseiller technique AOI dans de nombreux pays principalement en Afrique de l'Ouest. Parallèlement, il a été impliqué dans des programmes de recherche pour l'IRD et l'université de Copenhague. Il s'est aussi investi en tant que consultant au développement de programmes de santé publique.

Giancarlo Vecchiati

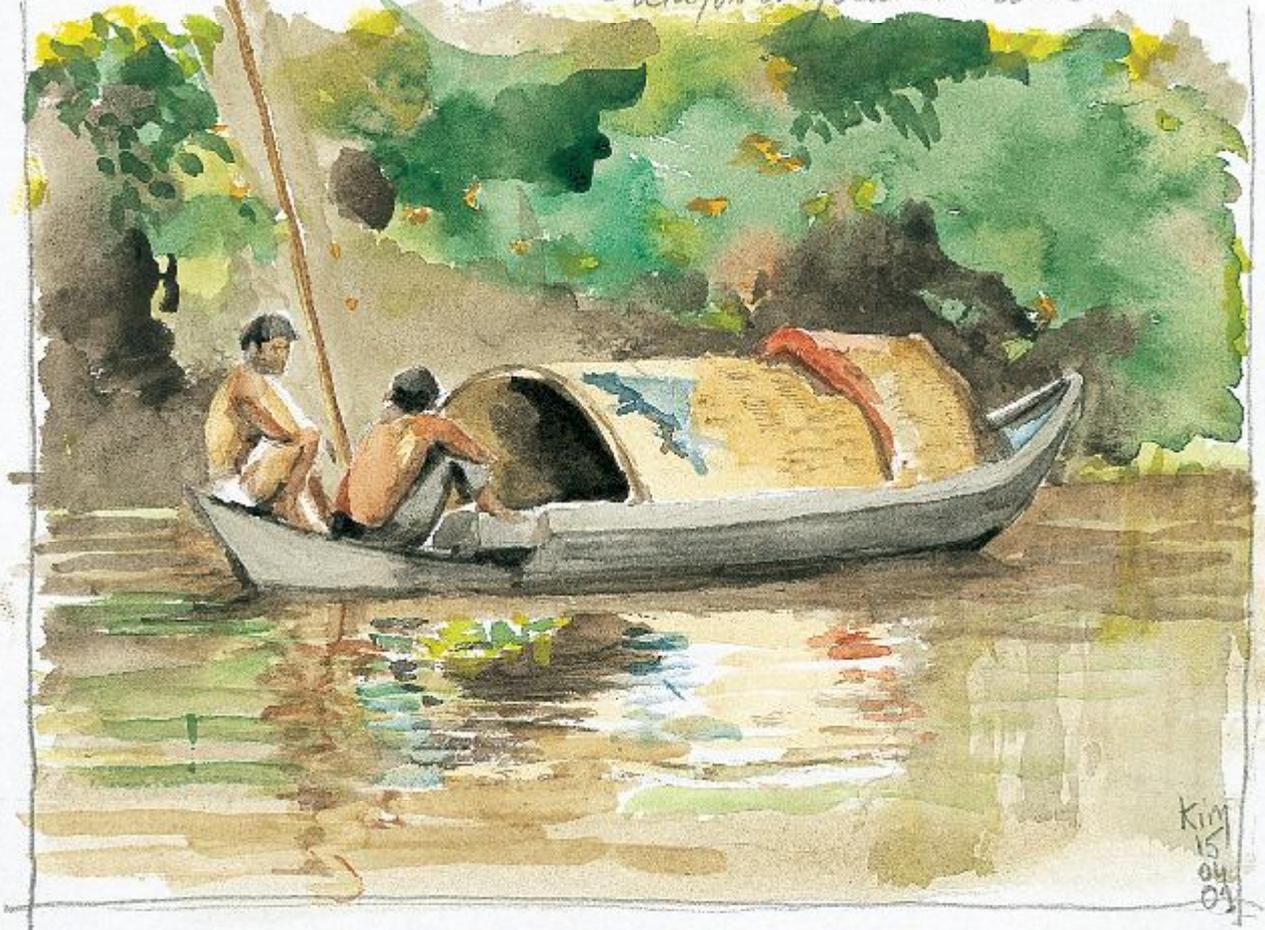
« Penser global, agir local » est sa devise. Engagé dans la solidarité internationale depuis plus de 20 ans, il a contribué à la création de l'ONG italienne COI Cooperazione odon-

toiatrica internazionale qui s'engage pour les plus démunis au droit à la santé bucco-dentaire et à la santé globale. Depuis 2006, en collaboration avec l'Université de Turin, il est coresponsable d'un master « développement de la santé buccodentaire dans les communautés défavorisées et les pays en développement ». Elle prépare les professionnels qui souhaitent s'engager dans la solidarité et la coopération internationale. Depuis 2000, il est directeur du « Centre européen pour la formation interculturelle dans le domaine de la santé bucco-dentaire » auprès la Dental School de Turin. Chirurgien-dentiste, il exerce à Carmagnola.

Hubert Weil

est président de l'AOI. Il connaît bien la profession dentaire et ses responsables. Il travaille à la sensibilisation de la profession aux problématiques de développement et anime de nombreuses rencontres et congrès. Il coordonne l'opération « cabinet partenaires » qui associe un praticien à ses patients en offrant l'équivalent du montant d'un acte tous les mois pour soutenir les actions appuyées par l'AOI. Chirurgien-dentiste, il exerce à Strasbourg.

L'histoire récente et terrifiante du Cambodge semble déjà si
loin pour celui qui ne fait que passer. Le pays est incroyablement
jeune, il paraît gai. En réfléchissant à cela j'étais
à la fois angoissé et rassuré



Kim
15
04
09



Achévé d'imprimé par
l'imprimerie XL Print - 42010 Saint-Etienne
N° d'imprimeur : V008039/00
Dépôt légal : octobre 2011

Imprimé en France





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'Aide odontologique internationale (AOI). Présidé par le Professeur Axel Kahn et animé par le Docteur Hubert Balique, ce colloque a réuni différents intervenants qui se sont impliqués et ont conseillé l'association depuis ses débuts. Cette rencontre a permis d'apporter des éclairages sur les enjeux en matière de santé dans les pays en développement, de situer l'évolution des ONG qui doivent faire preuve d'innovation dans leurs approches techniques, de partenariat et de financement.

La santé bucco-dentaire est indissociable de la santé générale. Si elle n'est pas une priorité de santé par rapport aux grandes maladies (paludisme, tuberculose, SIDA...), elle doit s'intégrer à sa juste place dans les politiques de santé des pays en développement.

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.

La réalité du terrain amène à réfléchir sur les questions d'intégration de la santé bucco-dentaire ainsi que sur les stratégies pertinentes concernant l'accès à la prévention et aux soins.

Enfin, sont mis en évidence des points de vue sur le **partenariat et l'évolution du rôle des ONG** illustrés par leurs pratiques diverses.

Ce colloque marque une étape dans la vie de l'association et fixe des orientations se référant à l'expérience acquise. Ces actes objectivement les liens étroits tissés par des partenaires d'origine diverse : universitaires, chercheurs, ONG et entreprises. Ils encouragent à potentialiser ces différents concours pour une politique de santé d'avenir.

Nul ne peut, hélas, réfuter l'idée que pendant longtemps encore les ONG auront un rôle à jouer pour la santé des populations défavorisées.

Oral health within general health:

Issues of integration, cooperation and development

This book contains the proceedings of a symposium held to mark the 25-year anniversary of Aide Odontologique Internationale (AOI). Chaired by Professor Axel Kahn (President of the University of Paris Descartes) and led by Dr Hubert Balique (lecturer at the Faculty of Medicine of Marseille), this conference brought together stakeholders who have been involved with and have advised the association since its inception. This symposium helped to shed light on health issues in developing countries, to study the evolution of NGOs and their need to be innovative in their technical approaches, partnerships and funding.

Oral health is inextricably linked to general health. While oral health is not a health priority compared to major diseases such as malaria, tuberculosis or AIDS, it must be an integral part of the health policies of developing countries.

In the first instance, the context of oral health within general health is discussed.

Secondly, public health issues are addressed and more specifically those related to human resources, training and research.

A consideration of the realities encountered in the field then leads to a reflection on the issues of integration of oral health within general health, as well as relevant strategies relating to access to prevention and care.

Finally, the role of partnership is highlighted in the context of the changing role of NGOs.

This conference marks a milestone in the life of the association and sets guidelines for the future firmly based on the experience gained. These proceedings underline the close ties that have been established with partners from different backgrounds: academics, researchers, NGOs and industry. It provides encouragement to meet the challenges of health policy for the future.

No one can dispute that NGOs will, in the long term, continue to have a role to play in the health of disadvantaged populations.



1 rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge
aoi-fr.org



avec le soutien

25 €

ISBN 978-2-7466-4010-8



9 782746 640108

