

# MADAGASCAR

2014

## Fluoration du sel iodé

L'évaluation sur le programme financé par l'OMS s'est déroulée en deux temps (en novembre 2013 et en juin 2014).

Le décret sur la fluoration du sel est paru en décembre 2014. Le plaidoyer pour l'inclusion du fluor parmi les micronutriments essentiels a été développé auprès du Service de Nutrition du ministère de la Santé et de l'Office National pour la Nutrition. Un appui à la mise en place d'un comité de pilotage (interministériel et sectoriel) du programme de fluoration et d'iodation du sel à Madagascar a été réalisé. La communication conjointe entre les services de nutrition et de santé bucco-dentaire (iode et fluor) a été organisée.

L'accompagnement technique de la Compagnie Salinière de Madagascar (CSM) permet la modernisation de son installation. Pour le contrôle de qualité, l'équipement et la préparation de la formation du chef de laboratoire sont programmés pour 2015.

Dans le contexte malgache, le projet a bien démarré avec l'évaluation du programme de fluoration du sel iodé et les suites montrent une réelle volonté politique. Il existe de gros producteurs de sel qui ont des moyens supérieurs à ceux du Laos, prêts à améliorer la production de sel iodé et fluoré. Actuellement, aucun producteur ne produit du sel iodé et fluoré répondant aux normes. Ceci est dû à un manque de suivi des ministères concernés, de problèmes techniques, d'équipement insuffisant, de manque d'approvisionnement en iode et fluor et à un défaut de communication. Madagascar doit faire face à des difficultés spécifiques notamment à la rumeur sur un lien fait injustement entre sel iodé et hypertension. Suite à l'évaluation de l'OMS qui a permis d'avoir une analyse de situation approfondie, une dynamique est en route. La parution d'un décret en décembre 2014 rend obligatoire la fluoration du sel iodé et fluoré. Un comité de pilotage pour l'iodation et la fluoration du sel a été mis en place en mars 2015 par le ministère de la Santé et regroupe l'ensemble des partenaires impliqués. Les actions concernent le renforcement de la communication, de la coopération entre les acteurs, du contrôle de qualité et l'accompagnement technique des producteurs pour une fluoration et une iodation du sel répondant aux normes. A Madagascar, en fin de projet, une production de 20 000 tonnes de sel iodé et fluoré est réalisable, compte-tenu de la capacité des producteurs.

## **Amélioration de la sécurité des soins**

### **Dans trois formations sanitaires**

Madagascar bénéficie de l'expérience acquise par l'AOI au Cambodge. Le travail s'est fait selon des étapes bien codifiées avec 3 formations sanitaires répondant aux prérequis avec un personnel et une direction motivés. Les activités et les procédures sont intégrées à l'ensemble de l'hôpital et du district sanitaire.

Ces programmes intégrés permettront de renforcer les stratégies au niveau du ministère en appuyant le développement de directives harmonisées mais surtout d'apporter un soutien dans leur mise en application : mise en service d'une stérilisation centrale, traitement de l'instrumentation et protocoles de soins. L'AOI apporte une expertise par un accompagnement et l'appui de formation des cadres de la santé. Travailler en intégration sur toute la structure hospitalière favorise l'amélioration de ce problème pour le secteur médical dans sa totalité permettant l'intégration entre les spécialités.

Au cours de cette phase, les travaux de remise à niveau ont été plus importants qu'initialement prévus pour avoir un résultat cohérent répondant à l'objectif de ce projet pilote. Ainsi, le budget pour la rénovation des 6 prochaines formations sanitaires est revu en conséquence. Comme cela a été fait au Cambodge, un film sur la sécurité des soins sera réalisé en 2015 pour être diffusé à l'ensemble des praticiens.

### **Dans dix cabinets médicaux de Médecins Généralistes Communautaires (MGC) installés en zone rurale**

Cette activité bénéficie d'une bonne coopération avec Santé Sud et une convention est établie entre MGC et le ministère de la Santé pour l'activité liée au soulagement de la douleur dentaire. Les formations théorique et pratique pour ces 10 médecins, avec dotation en matériel, ont été réalisées en septembre 2014. Une convention a été établie entre chaque médecin et le ministère de la Santé pour l'activité liée au soulagement de la douleur.

## **Renforcement des compétences des cadres du ministère de la Santé**

Le voyage d'étude du chef de santé bucco-dentaire et de sa collaboratrice au Laos et au Cambodge a eu des effets positifs sur la mise en place du programme de sécurité des soins et l'analyse des stratégies de prévention. L'équipe du ministère de la santé a bénéficié de formation en hygiène et en prévention.

En 2014, des actions de plaidoyer ont été nécessaires pour la mise en œuvre des actions : appui à la mise en place d'une législation, appui au fonctionnement du comité de pilotage

sur le sel iodé fluoré rassemblant l'ensemble des parties prenantes, discussions et échanges continus avec les cadres nationaux et régionaux du ministère de la Santé. La mise en œuvre de ces actions a permis de changer positivement le contexte à travers l'engagement de différents acteurs. Sur le plan institutionnel, les résultats sont encourageants. Le travail de fond entrepris sur la durée commence à porter ses fruits.

## Principales difficultés rencontrées en 2014

Les principales difficultés rencontrées résident au niveau du contexte d'intervention. Pour le volet « Amélioration de l'accès aux soins », l'identification des formations sanitaires réunissant l'ensemble des critères de sélection pour bénéficier de l'appui en matière de prévention contre les infections liées aux soins, est difficile. Un des facteurs de blocage réside souvent dans la vétusté et l'exiguïté des bâtiments.

La motivation du personnel constitue un facteur important dans la mesure où le programme propose un changement concernant les manières de faire et les habitudes en matière d'hygiène. Ce changement requiert un minimum de bonne pratique d'hygiène au niveau des différents membres du personnel ainsi qu'une habitude au travail d'équipe. Or, pour différentes raisons (manque de moyens, cloisonnement entre les services...), nombre de formations sanitaires ne disposent pas de ces prérequis.

La relance de la fluoration du sel repose essentiellement sur les producteurs de sel, et notamment sur le plus gros qui assure à lui seul 80% de la production. Cependant, celui-ci, pour des raisons techniques liées à l'installation d'une nouvelle usine, n'a encore pu démarrer la fortification du sel.

## Remarques sur les situations au Laos et à Madagascar

### Fluoration du sel iodé

Plusieurs points sont à soulever :

- Perméabilité des frontières : le Laos a des frontières très perméables rendant les importations illégales difficiles à contrôler, Madagascar, en tant qu'île, a des frontières plus faciles à contrôler mais doit faire face à une corruption importante.
- Volume de production et conditions climatiques : les producteurs au Laos sont de petits producteurs et n'ont pas les mêmes moyens que ceux de Madagascar. Ils ont des conditions d'exploitation difficiles à partir de saumure souterraine alors que les producteurs à Madagascar bénéficient de conditions climatiques très favorables à la production de sel.
- Décret : au Laos, le décret ne rend pas l'obligation de ioder et de fluorer le sel pour tous les producteurs du pays. Ce n'est pas le cas à Madagascar où un décret rend obligatoire l'iodation et la fluoration du sel.

- Synergie programme iode et fluor : au Laos, les programmes sont séparés. A Madagascar, volonté d'intégrer les deux programmes.
- Approvisionnement en KF et en iode : nécessité de mettre en place un fonds de roulement au Laos, ce qui n'est pas une nécessité pour Madagascar qui dispose d'une centrale d'achat.
- Rumeur : Madagascar doit faire face à une rumeur importante sur l'iode ce qui n'est pas le cas au Laos.
- Quantités de sel iodé et fluoré révisées : elles sont diminuées pour le Laos et augmentées pour Madagascar.

## Représentation bucco-dentaire

Concernant l'importance de cette représentation au sein du ministère de la Santé, il existe une grosse différence entre les deux pays. Le Laos ne bénéficie pas de représentation bucco-dentaire au sein du ministère de la santé.

En conclusion, l'AOI continue à renforcer ses fonds propres, véritable levier permettant de construire des projets à hauteur de sa capitalisation d'expérience. Accompagnée par le Fonds de Renforcement Institutionnel et Organisationnel (FRIO), elle a développé des actions de communication pour sensibiliser le monde professionnel, aussi bien les praticiens que les associations professionnelles et les entreprises avec lesquels elle établit des partenariats : cabinets-partenaires, entreprises-partenaires.

En 2014, s'appuyant sur son expertise, l'AOI a démarré un nouveau projet transversal au Laos et à Madagascar facilitant les dynamiques locales en charge de la santé bucco-dentaire des populations des deux pays. Les échanges Sud-Sud ont été développés permettant une synergie entre les pays (Laos, Madagascar).

L'AOI a acquis une expérience dans le domaine du partenariat et dans l'intégration des actions dans les politiques de santé des pays. Il est important de sensibiliser les acteurs du développement en France, en Europe, au Laos et à Madagascar pour améliorer les pratiques et la conception des partenariats, dans le cadre de la solidarité internationale.

Un prochain challenge pour 2015 est de trouver les moyens et la méthode pour renforcer l'éducation au développement avec comme relais potentiels les retraités et les étudiants.

## 2013

Présente à Madagascar depuis 1998, l'AOI s'est engagée depuis 8 ans avec l'ONG Santé-SUD, en partenariat avec le ministère de la Santé, dans un programme d'installation et de suivi de médecins libéraux, en zone rurale dans les régions du moyen ouest et de Tuléar. Pour améliorer l'accès aux soins dentaires, 60 médecins ont été formés à la prévention des infections liées aux soins et au traitement de l'urgence dentaire. Trois hôpitaux de district de la région de l'Itasy ont vu leur stérilisation réhabilitée, le personnel formé à la sécurité des soins. Les données statistiques de l'OMS provenant des enquêtes nationales montrent des

prévalences alarmantes des affections bucco-dentaires aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

Un projet d'appui au développement intégré de la santé bucco-dentaire à Madagascar par une approche transversale avec le projet Laos a été proposé par l'AOI aux partenaires (l'AFD, l'OMS, l'UNICEF, le Conseil régional d'Ile de France, la Fondation Salins, le Rotary, le ministère de la Santé, le ministère du Commerce, les directions régionales de la Santé, les producteurs de sel, l'AUF, le CID-CDF, l'Hôpital de Longjumeau, Unident, GACD, l' Université de Thammasat, l'Université d'Auvergne, , le CHU d'Angers, Santé Sud).

Le projet comporte **trois axes principaux** :

- appui à la mise en place d'un programme de promotion de la santé dentaire ;
- renforcement des capacités des cadres de la santé bucco-dentaire ;
- sécurité des soins et accès aux soins.

## Appui à la promotion de la santé dentaire

### Le sel fluoré :

A Madagascar, l'iodation du sel a été rendue obligatoire en 1995. Après étude sur la faisabilité de chaque solution de fluoration, celle du sel s'est avérée avoir le meilleur rapport coût/efficacité dans le contexte malgache. Ainsi, le sel de cuisine a été choisi, 90% des ménages en consomment. Après approbation du projet au Conseil de gouvernement en août 2003, l'étude préliminaire du projet de fluoration du sel combiné à l'iode a été réalisée et s'est avérée concluante.

De 2005 à 2007, le programme national de fluoration du sel a été lancé par le ministère de la Santé publique, en partenariat avec les producteurs de sel et l'UNICEF et a bénéficié, au début, d'une synergie avec le programme d'iodation du sel.

La situation en 2013 est caractérisée par la présence de deux programmes parallèles de supplémentation du sel en iode et en fluor sans aucune synergie entre les programmes. Un besoin de redynamiser le programme est nécessaire par un renforcement de la coordination entre les programmes de iodation et de fluoration, la nécessité de la parution d'un décret et d'un arrêté sur la fluoration du sel, l'inclusion du fluor dans la liste des micronutriments.

Les recommandations à l'issue de la première phase de l'évaluation, effectuée en novembre 2013 par l'AOI pour l'OMS, concernent :

- la législation avec la parution d'un décret et d'un arrêté sur la fluoration du sel ;
- la coordination de la supplémentation iode et fluor au sein des services du ministère de la Santé, du ministère de l'Industrie et du Commerce, avec l'ONN et les producteurs ;
- l'introduction du fluor dans la liste des micronutriments ;

- la production de sel iodé et fluoré répondant aux normes pour l'iode (40-60 ppm) et le fluor (250 ppm) ;
- l'appui à la filière d'achat du KF et du KIO<sub>3</sub> ;
- le contrôle de qualité de routine du sel iodé et fluoré produit ;
- la communication auprès des consommateurs, des lieux de vente et des personnels de santé ;
- la mise en place d'une évaluation de l'impact et du coût efficacité du programme de fluoration du sel ;
- la cartographie nationale de la teneur en fluor des eaux de boisson ;
- la pérennité du financement du programme.

Avec l'instruction favorable du dossier introduit auprès de l'AFD, le projet va pouvoir avoir l'essor attendu. Il bénéficiera de l'appui du Conseil régional d'Ile de France, de la Fondation Salins et des entreprises partenaires de l'AOI.

## **Le dentifrice fluoré**

Il reste la première source d'accès au fluor. La problématique est identique à celle du Laos (qualité variable contrefaçons, cherté du produit pour une partie de la population). A Madagascar également, la perspective est de travailler sur l'amélioration de l'accès à un dentifrice fluoré de qualité par la mise en place d'un programme de contrôle de qualité des dentifrices fluorés. Ainsi le ministère de la Santé sera en mesure de mener des actions de lobbying auprès des marques ne répondant pas aux critères de qualité, comme cela a déjà été fait au Cambodge.

## **Programme de prévention intégré en milieu scolaire**

Les programmes de prévention en milieu scolaire sont également un moyen adapté et efficace pour améliorer la santé des populations. Cependant au Laos et à Madagascar ils restent peu développés (couvrent moins de 1% de la population). A Madagascar, il existe un réel intérêt des décideurs pour le développement de cette approche. La perspective est de favoriser des échanges d'expérience.

## **Accès de la population aux soins de qualité, sécurité des soins**

Dans les structures de santé, les standards et protocoles d'hygiène sont d'un niveau très faible et exposent les patients à des risques d'infections. A Madagascar, la présence de l'AOI depuis plus de 10 ans, a progressivement permis de mettre en perspective la problématique lors des activités de formation en soins d'urgence délivrées aux médecins généralistes communautaires installés avec le soutien de Santé Sud en zone rurale.

**Un module de formation spécifique à la prévention des affections liées aux soins a été mis en place**, préalable nécessaire et incontournable avant d'aborder la pratique des gestes chirurgicaux.

**Plusieurs audits de services dentaires, de médecine et maternités dans les hôpitaux ont été effectués** en partenariat avec le service de santé bucco-dentaire du ministère de la Santé, Entre 2010 et 2012, 12 hôpitaux périphériques ont été évalués sous l'angle des équipements et des pratiques des infections liées aux soins.

Le bilan fait ressortir, malgré une motivation et une bonne volonté manifeste des acteurs de soins : une faiblesse des équipements et des connaissances, des difficultés d'achats et de réapprovisionnements, des procédures d'hygiène et de traitement d'instrumentation obsolètes, inapplicables ou mal mises en œuvre.

Suite à ces évaluations, trois hôpitaux pilotes ont bénéficié d'un appui par la mise en place de procédures d'hygiène lors de soins et du traitement de l'instrumentation, la formation théorique et pratique des acteurs hospitaliers, la réhabilitation nécessaire, la mise en œuvre pratique des procédures et un suivi formatif.

Le ministère de la Santé sollicite l'AOI pour étendre cette expérience. Le choix est de travailler en synergie sur 9 hôpitaux disposant des prérequis nécessaires, d'un personnel hospitalier et de direction motivé.

L'amélioration de l'accès aux soins de qualité passe par :

- une première étape de prévention des infections nosocomiales avec des formations et un accompagnement des équipes dentaires des hôpitaux ;
- une seconde étape permettant de répondre aux besoins croissants des populations en soins conservateurs de qualité à prix abordable, en fonction de l'environnement et des actes pratiqués à l'hôpital de district.

Le renforcement de l'offre de soins permet de générer une source de revenus pour le service dentaire et de développer une meilleure intégration des soins dentaires dans la politique du district sanitaire.

## **Appui au renforcement des cadres de la santé**

Le service de santé bucco-dentaire et santé mentale du ministère de la Santé est l'institution qui régit et organise le programme national de santé bucco-dentaire (PNSBD). Les 3 responsables du ministère qui élaborent le plan d'action ont tous reçu une formation en santé publique (Master de santé publique à la faculté d'odontostomatologie de Mahajunga).

Dans chaque direction régionale de santé, un chirurgien-dentiste est nommé pour l'application et le suivi du PNSBD. Le 3e PNSBD (2010-2020) rassemble beaucoup d'objectifs. Dans ce plan, peu de mesures préventives et l'accès aux soins n'est envisagé que par le développement de la couverture sanitaire et l'augmentation du nombre de praticiens.

Il existe un décalage entre les connaissances théoriques et l'application dans le contexte sanitaire du pays. Les activités d'échanges et de formation permettront de renforcer la capacité des acteurs locaux. L'AOI appuiera l'équipe du ministère dans la mise en place d'activités ayant fait leur preuve dans d'autres contextes par des voyages d'étude, des

formations locales (notamment lors de visites d'experts lors de missions ponctuelles) et la participation à des réseaux d'expertise et à des conférences internationales.

## 2012

Depuis 7 ans, l'AOI est engagée avec l'ONG Santé-SUD, en partenariat avec le ministère de la santé, dans un programme d'installation et de suivi de médecins libéraux, en zone rurale, dans des « trous de la carte sanitaire ». Dans ce cadre, pour améliorer l'accès aux soins dentaires, les médecins sont formés au traitement de l'urgence dentaire (extractions, drainages d'abcès, références de cas complexes) et au contrôle des infections croisées.

### Formation des médecins de campagne

Aujourd'hui, 4 promotions de 15 médecins ont été formées au traitement de l'urgence dentaire et en hygiène-désinfection. Ils couvrent une population de 7 à 900 000 personnes. Leur formation se déroule en 4 degrés successifs répartis sur trois années. Le suivi permet une formation continue. Les médecins formés sont conscients du risque encouru par le patient et que l'abstention est préférable à une avulsion dentaire pratiquée avec des instruments souillés.

Ces médecins de campagne sont installés dans des zones mal accessibles, très loin des centres dentaires de référence. Le traitement de l'urgence dentaire est pour eux une activité complémentaire qui soulage la douleur de leurs patients. Ils limitent leurs actes opératoires à des avulsions « simples ». Dans les cas les plus complexes, les patients sont référés aux cabinets dentaires des hôpitaux de district. Il n'y a donc pas de zones de concurrence entre médecins libéraux et chirurgiens-dentistes publics ou privés.

Pour l'année 2012, 8 médecins ont été formés au traitement de l'urgence dentaire (TUD). Il constitue une approche innovante et intégrée aux soins de santé primaire. Exposé, lors de l'atelier de l'OMS à Dar Es Salam en mars 2012, il a retenu l'attention des participants ; il répond bien aux critères d'intégration, d'efficacité, d'efficience, de pertinence et de viabilité.

### Partenariat AOI avec les institutions malgaches

L'association collabore avec le bureau de la Santé Bucco-dentaire qui souhaite renforcer cette collaboration. Ainsi l'AOI appuie aussi un volet d'évaluation des pratiques de prévention des infections croisées dans les cabinets dentaires publics et un programme de formation-réhabilitation en la matière.

Un appui au programme de prévention, par l'accès au fluor pour le plus grand nombre, est en gestation. Le dossier va être introduit auprès de l'AFD en 2013.

## 2011

Depuis 6 ans, l'AOI est engagée auprès de l'ONG Santé-SUD, dans le programme d'installation et de suivi de médecins libéraux en zone rurale, dans des «trous de la carte sanitaire », en partenariat avec le ministère de la santé. Dans ce cadre, pour améliorer l'accès aux soins dentaires, les médecins sont formés au traitement des urgences dentaires (extractions, drainages d'abcès, références de cas complexes) et au contrôle des infections croisées.

Aujourd'hui, 4 promotions de 15 médecins ont été formées. Ils couvrent une population de 7 à 900 000 personnes. Leur formation se déroule en 4 degrés successifs répartis sur trois années. Le suivi permet une formation continue et une correction des défauts.

### **Les actes ne sont réalisés que si le contrôle des infections croisées est assuré.**

Les médecins formés sont conscients du risque encouru par le patient et que l'abstention est préférable à une avulsion dentaire pratiquée avec des instruments souillés.

Les médecins de campagne sont installés dans des zones non desservies, très loin des centres dentaires de référence. Le traitement de l'urgence dentaire est pour eux une activité complémentaire qui soulage la douleur de leurs patients. Les médecins limitent leurs actes opératoires à des avulsions « simples ». Dans les cas les plus complexes, les patients sont référés aux cabinets dentaires des hôpitaux de district. Il n'y a donc pas de zones de concurrence entre médecins libéraux et chirurgiens-dentistes publics ou privés.

Ce programme de traitement de l'urgence dentaire est pertinent : il rend service à la population rurale dans les zones où il est mis en œuvre. L'AOI travaille en partenariat avec les institutions malgaches.

L'association collabore avec le bureau de la Santé Bucco-dentaire qui souhaite depuis 2008 renforcer cette collaboration. Ainsi l'AOI appuie un volet d'évaluation des pratiques de prévention des infections croisées dans les cabinets dentaires publics et un programme de formation-réhabilitation en la matière. Lors de ces évaluations, il en ressort que les niveaux de formation des praticiens et les équipements en matériel d'hygiène et de stérilisation sont des points faibles. C'est la raison pour laquelle trois hôpitaux «pilotes» ont été sélectionnés par le Ministère de la Santé pour former les différentes catégories de personnel (en théorie et en pratique) et accompagner la réhabilitation/installation de stérilisations centrales.

Ainsi en 2011, l'AOI a appuyé trois hôpitaux de la région de l'ITASY à plusieurs niveaux :

- création d'une stérilisation centrale avec réhabilitation en matériel et dotation de consommables ;
- aménagements des locaux (eau, électricité, disposition et ergonomie) ;

- formations au contrôle des infections croisées du personnel concerné dans les hôpitaux : chirurgiens-dentistes, médecins, sages-femmes, infirmiers, personnel d'appui ;
- mise en place de protocoles techniques et organisationnels avec les équipes médicales de chaque établissement ;
- supervision des équipes hospitalières et évaluation des besoins de renforcement techniques.

## Des premiers résultats encourageants

Le doute était présent au début du projet : proposer la prévention des infections croisées, c'est prendre le risque de bouleverser les habitudes, de lutter contre l'invisible, les micro-organismes, les infections qui peuvent sembler inévitables. Deux ans plus tard, le doute est en partie levé. L'intérêt d'améliorer la qualité des soins est réel, les changements d'habitudes sont appréciés. Cette remise en cause des pratiques a eu un effet structurant et motivant sur l'ensemble de l'hôpital.

L'AOI travaille depuis de nombreuses années à Madagascar. Au-delà de l'intérêt pour la Santé Publique et malgré les difficultés que traverse le pays, l'accueil est toujours aussi chaleureux et les liens d'amitié aussi forts. Actuellement, un appui au programme de prévention, par l'accès au fluor pour le plus grand nombre, est en préparation. Un dossier va être introduit auprès de l'AFD fin 2012.

Depuis plusieurs années l'AOI est passée du rôle d'opérateur direct d'actions de développement à celui d'accompagnateur d'actions et de dynamiques de développement. Elle favorise des alliances stratégiques en s'appuyant sur des partenariats d'origines variées à visée de transfert de compétences, de renforcement des partenaires locaux, en établissant des multi-partenariats avec des entreprises et d'autres ONG. En croisant les différentes interventions, elle en tire des enseignements pour les utiliser sur d'autres projets.

L'idée sous-tendant le travail est d'accompagner l'émergence, l'organisation et la professionnalisation des partenaires des pays où l'AOI est présente et les aider à peser sur la définition des politiques nationales de santé.

Malgré ces bonnes pratiques, l'AOI intervient, comme toutes les ONG, dans un contexte de raréfaction des subventions publiques : publiés le 4 avril 2012, les chiffres de l'OCDE sur l'Aide publique au développement sont préoccupants : la France accuse une baisse de son aide publique au développement. Elle consacrait en 2010 0,5% de son PIB à l'aide publique au développement contre seulement 0,46% en 2011, soit une chute de 5,6% en volume. L'AOI, cette année, doit donc renforcer ses fonds propres pour compenser la baisse des subventions venant du secteur public.

Elle développe des actions de communication pour sensibiliser le monde professionnel aussi bien les praticiens, les associations professionnelles et les entreprises avec lesquels elle établit des partenariats : cabinets-partenaires, entreprises-partenaires. Le grand public est

aussi associé à travers une communication dans les salles d'attente. Le développement des actions passe par la mobilisation de tous. C'est un véritable défi pour 2012.

## 2010

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

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

- former 16 médecins généralistes communautaires au traitement d'urgence dentaire ;
- animer un stage de perfectionnement pour 7 médecins formés en mai 2009 ;
- évaluer 7 cabinets dentaires de référence.

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

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

De décembre 2006 à 2009, 30 autres médecins ont été installés avec un cofinancement du Ministère des Affaires Etrangères.

C'est à la demande des médecins confrontés aux douleurs dentaires de leurs patients que l'AOI a engagé un partenariat afin de trouver des solutions adaptées. En effet, à Madagascar, l'état dentaire de la population est caractérisé par des indices carieux très élevés (CAO de 13 entre 35-44 ans). Il en résulte des infections sévères et des douleurs récurrentes qui perturbent le quotidien de la population. Les services de référence sont en moyenne à 50 kilomètres des villages, ce qui implique un prix très élevé de l'extraction: 4,5 euros.

La délocalisation de l'offre de soins d'urgence par les médecins permet un accès géographique et économique plus facile: l'extraction revient à 1 euro et le service à la population est réel.

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

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

- **degré 1** : elle est théorique, interactive avec étude de coût, comporte 2 travaux pratiques sur le traitement de l'instrumentation et l'asepsie des soins: elle dure 2 jours. La formation au traitement d'urgence dentaire est réservée aux médecins confirmés qui ont remplis leurs objectifs.
- **degré 2** : il s'agit d'une formation théorique et surtout clinique que nous organisons à la campagne, dans le cabinet d'un des médecins: elle dure 5 jours. Elle est suivie d'une supervision formative 4 mois plus tard.
- **degré 3** : il s'agit d'un stage de perfectionnement de 2 jours avec un nombre réduit de médecins où sont évaluées les pratiques et les connaissances.
- **degré 4** : quelques mois plus tard, une formation complémentaire est organisée où se réunissent entre eux les médecins d'une même région, pour traiter des patients.

## Orientations et actualité du programme

### Accès aux soins

Lors de la prochaine mission du mois de mai 2011, une partie de l'équipe organisera une session complémentaire pour la 4<sup>ième</sup> promotion de médecins formés au traitement des urgences dentaires l'an dernier. Ce stage sera organisé en partenariat avec Santé Sud,

### Prévention des infections liées aux soins

Dans les mêmes régions de l'Itasy et du Bongolava, le projet de formation des personnels et de réhabilitation de la stérilisation de 3 hôpitaux de districts sera mis en place en 2011. Ce sont de petites structures de références qui comportent en général un service de médecine, une maternité et un cabinet dentaire.

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

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

## Accès au fluor

En 2010, une étude pour un projet pilote de fluoration du sel a démarré. Nous avons déjà eu un entretien en 2009 avec le directeur de la Compagnie Salinière de Madagascar, principal producteur. Il est nécessaire de connaître les réseaux de distribution et de commercialisation du sel ainsi que les habitudes de consommation. Pour arriver à ces objectifs, un dossier de financement sera déposé en 2011 à l'Agence Française du Développement.

## Les enjeux actuels

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

Les maladies bucco-dentaires sont un problème de santé publique significatif et leur impact sur les individus et les communautés en termes de douleur, de perte de fonctions et plus généralement de réduction de la qualité de la vie est considérable. D'un point de vue épidémiologique, les changements de modes de vie et de consommation (alimentation et tabac), le vieillissement des populations et l'urbanisation rapide contribuent à une exposition accrue aux facteurs de risque associés aux affections bucco-dentaires.

Par ailleurs, l'accès à des moyens de prévention efficaces (fluor) ou le recours à des soins dentaires demeurent quasi inexistant. Le constat étant aussi bien valable en milieu rural qu'en milieu urbain. Outre le facteur économique, la très faible disponibilité en produits d'hygiène bucco-dentaire et en services de soins dentaires expliquent cette situation. Une autre dimension à prendre en compte est celle liée aux très faibles niveaux de connaissances et de pratiques en santé bucco-dentaire des populations.

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

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

autorités (approche curative à outrance, haute technologie, formation d'hyper spécialistes, éducation pour la santé...).

Riche de plus de 25 années d'expérience sur le terrain dans des pays à situations différentes (Haïti, Afrique francophone, Asie du Sud-Est), le positionnement de l'AOI est d'accompagner (de faciliter), l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies innovantes en santé publique dentaire. Un autre aspect est de permettre que le travail en cours se concrétise en actions reconnues et intégrées dans les politiques nationales et régionales de santé des pays concernés.

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

- Formation.
- Promotion de la santé – Accès au Fluor ;
- Amélioration de l'accès aux soins ;
- Amélioration du contrôle des infections croisées lors des soins.

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

### **Formation**

La formation est aujourd'hui un axe majeur pour répondre à plusieurs objectifs :

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

Les besoins de formation sont importants, dans une perspective de renforcement des compétences locales. C'est un des clés du succès et de la pérennité des activités développées. Les priorités amènent à privilégier les formations en santé publique, en soins

primaires et en prévention des infections croisées. Ces dernières devraient devenir un préalable aux modules de soins et s'étendre à l'ensemble des personnels soignants des structures de soins concernées, afin d'uniformiser les connaissances et de sécuriser les pratiques de tous les intervenants. Il s'agit de mettre en place des modules de formation de formateurs, de capitaliser les expériences en faisant valider le contenu et les modalités des modules de formation par des groupes d'experts et de diffuser les modules validés pour qu'ils soient à disposition d'autres acteurs du développement de la santé bucco-dentaire.

## Prévention : accès au fluor

Dans des pays où la population est très jeune et où le taux de caries augmente en lien avec l'augmentation de la consommation de sucre, la priorité consiste à limiter l'apparition des pathologies. La voie de l'éducation pour la santé en milieu scolaire a été la première ligne suivie par l'association. La recherche a montré que cette stratégie est peu efficace en l'absence de moyens d'hygiène bucco-dentaire et d'accès au fluor et aux soins. Les travaux d'universités et de nombreux experts en santé publique ont confirmé l'efficacité du fluor dans la prévention des pathologies carieuses, avec un haut niveau de preuve scientifique. Aussi, en accord avec les recommandations de l'OMS, dans le champ de la prévention des maladies buccales, l'AOI a travaillé sur l'accès au fluor par le dentifrice ou le sel fluoré.

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

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

Ces données conduisent à :

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

## Accès à une offre de soins de qualité

Les efforts en matière de promotion de la santé bucco-dentaire recommandés par l'OMS doivent être complétés par des actions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, pour tenter de réduire le nombre de pathologies non traitées et de soulager les populations des phénomènes douloureux associés, l'AOI a privilégié la formation, l'amélioration de l'accessibilité des structures de soins.

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

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

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

Les expériences montrent la faisabilité de l'intégration au paquet minimum d'activité de soins dentaires de première intention (soulagement de la douleur). Le personnel acquiert rapidement une bonne compétence technique. Les résultats sont très liés à la motivation du personnel des centres de santé et des personnels d'encadrement au niveau du district. La tarification mesurée des actes augmente sensiblement l'accessibilité à des soins de qualité et permet leur financement. La fréquentation des centres de santé pour ces soins est un indicateur de la demande et de la satisfaction des patients.

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

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

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

**Il est donc envisagé de :**

- 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 de santé primaires dentaires ;
- mener, si les conditions le permettent, des expériences de mise en place de soins de second niveau ;
- capitaliser les expériences menées, dans ce domaine, par l'AOI ou d'autres organismes pour en tirer des recommandations à valider par des groupes d'experts. La perspective est de diffuser ces résultats pour faciliter la mise en place de services par d'autres organismes, dans d'autres régions.

## Contrôle de l'infection croisée

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

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

L'AOI a appuyé des projets d'amélioration de l'hygiène dans des universités ou services de soins (central, régional et périphérique) en aidant à mettre en place des évaluations, formations, réhabilitations et des suivis réguliers d'application des procédures et des protocoles. A chacun de ces niveaux, l'enjeu majeur a été d'adapter les programmes d'hygiène en fonction du contexte particulier et des ressources locales, dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Des méthodes et des protocoles simples et bien respectés sont une garantie par rapport au risque de contamination croisée. Les procédures sont simples à mettre en œuvre et peu coûteuses. Leur mise en place, à l'occasion de soins dentaires, peut être une occasion d'instaurer une remise à niveau et plus de rigueur dans le traitement du matériel médical général. La réflexion autour de l'hygiène amène à une rationalisation des étapes cliniques, en aval et en amont des soins. C'est une structuration majeure des pratiques et de l'organisation du personnel.

### Les perspectives sont les suivantes:

- placer la formation du personnel à l'hygiène en étape préalable systématique à la formation à des soins dentaires. La validation d'un module de formation à l'hygiène étant un pré requis avant la formation aux soins ;
- former l'ensemble du personnel d'un centre de santé à l'hygiène quand 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 repose sur un positionnement et un statut singuliers, ceux de « facilitateurs » et/ou « d'accompagnants des initiatives locales ». Les actions s'inscrivent principalement dans des stratégies de renforcement de compétences et de capacités des équipes locales responsables.

L'AOI favorise des collaborations avec des universités, des institutions nationales et internationales, d'autres ONG et des entreprises, dentaires ou non dentaires. Ces réseaux internationaux de compétences renforcent les connaissances des partenaires locaux, des institutions, des NG, et dynamisent les groupes locaux (responsables sectoriels, institutions,...) dans leurs réflexions et choix stratégiques. Ainsi, l'association n'est pas opérateur principal des activités du projet, mais travaille en collaboration étroite avec des équipes locales afin d'appuyer différentes phases de planification, de diagnostic, d'identification de problèmes, de choix de priorités, de stratégies, de mise en œuvre et d'évaluation des actions de santé publique dentaire.

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

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

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

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

Enfin, il faut favoriser une meilleure intégration.

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

## 2009

Les Docteurs Alexis Thiriez et Philippe Mignard se sont rendus à Madagascar du 10 au 21 novembre 2009 : la mission avait 3 objectifs :

- participer aux assises de la médecine générale communautaire à Antananarivo ;
- former 19 médecins généralistes communautaires au contrôle des infections croisées;
- superviser 7 médecins dans leur cabinet toujours en matière de contrôle des infections croisées.

### Cadre d'intervention.

L'appui intervient dans la deuxième phase du programme de Santé Sud Madagascar qui consiste en l'installation, le suivi et la formation continue de 30 médecins généralistes communautaires en zone rurale de 2006 à 2009, avec cofinancement du ministère français des Affaires Étrangères Le projet a commencé en 2002 et 53 médecins ont été installés à ce jour.

L'AOI, partenaire de Santé Sud, met en œuvre un programme intégré du traitement de l'urgence dentaire et du contrôle des infections croisées.

La nouvelle promotion de jeunes médecins a été très dynamique au cours des deux journées de formation.

Concernant la supervision en contrôle de l'infection, les protocoles sont connus et appliqués et en particulier :

- l'instrumentation médicale et dentaire est en parfait état et rangée dans une armoire fermée et à l'abri de la poussière;
- l'eau est toujours traitée avant son utilisation;
- le traitement des déchets est globalement satisfaisant.

## Les points à améliorer:

- l'ergonomie et la gestion du stock;
- le nettoyage, rinçage et désinfection des bacs après usage;
- l'utilisation de la cocotte-minute (serrage du couvercle et joint).

## Recommandations

Elles sont le constat d'observations récurrentes et concrètes:

- privilégier l'installation de médecins, avec l'assurance d'une réussite sur plusieurs plans: activité soutenue, hygiène de soin optimum et bonne insertion dans la population;
- envisager un autre type de cocotte-minute (autoclave type All American) ;
- s'assurer d'une bonne communication et d'une bonne compréhension dans tous les échanges avec nos partenaires malgaches.

Voici la cinquième année de travail avec Santé Sud. La rencontre avec une nouvelle promotion de jeunes médecins particulièrement motivés nous incite à poursuivre cette synergie d'action auprès de populations en raison de leur état de santé bucco-dentaire.

Le niveau d'hygiène dans les cabinets médicaux supervisés s'est révélé globalement satisfaisant.

## 2008

Le projet a été le cadre de deux missions en mai et novembre 2008.

**La mission de mai 2008** avait pour but la formation de 14 médecins en traitement de l'urgence dentaire et 14 médecins en hygiène désinfection, la prise de contact avec l'équipe de la santé bucco-dentaire au ministère de la Santé pour connaître leurs activités et proposer un appui et un contact également à l'ambassade de France avec un conseiller pour discuter des possibilités de montage de dossier et de cofinancement avec le MAEE.

## Evolution du programme AOI Santé Sud

La formation intensive avec beaucoup de patients donne de bonnes bases pour l'activité de traitement de l'urgence dentaire du médecin : multiplication des gestes chirurgicaux, plus

d'assurance dans la prise en charge du patient, plus de confiance. Le rapport mensuel d'activité simplifié, mieux intégré avec formation spécifique pour le compléter doit permettre d'améliorer les recueils de données et donc mesurer plus exactement l'activité. Le nombre important de médecins en formation renforce la dynamique du programme : ce sont 28 médecins qui proposent un soulagement de la douleur dentaire à 280000 personnes en zone rurale.

Cette troisième session de formation tend à renforcer le partenariat avec Santé Sud : le programme AOI est pleinement intégré au même titre que le réseau épilepsie, les missions de compagnonnage avec les médecins français et le travail sur la fiche patient. Le nouveau cursus en 4 degrés (formation hygiène désinfection, formation au traitement de l'urgence dentaire, supervision formative et formation entre pairs) est progressif et favorise l'autonomie des praticiens : plus d'actes chirurgicaux, extension du paquet minimum d'activité, source de revenus supplémentaires et donc pérennité du programme.

## Contacts avec les institutionnels

Au ministère de la Santé, le programme national de santé bucco-dentaire est en cours de réécriture. L'AOI a été sollicité pour apporter une contribution à l'écriture du document provisoire. Plusieurs activités existent déjà qui concernent les réhabilitations des centres de référence, la promotion de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire, l'ART et le sel fluoré. Le volet préventif peut s'inscrire dans les actions soutenues par l'AOI. Des documents concernent le programme de fluoration du sel vont être envoyés avant de faire des propositions pour un éventuel appui. Ils devraient nous permettre de mieux connaître ce programme qui est déjà opérationnel mais dont les conditions d'application ne sont pas connues. Il est évident que ces informations sont indispensables avant d'aller plus loin.

A l'Ambassade de France, l'entretien avec Jean François Gilon et Oriane Wifp a été riche en informations mais la période de restructuration du MAEE nuit à la lisibilité de l'avenir. Après discussion, il semble que les nouvelles perspectives passent par l'écriture d'un dossier de financement. Il permettra de continuer à développer le programme de traitement de l'urgence dentaire avec hygiène désinfection intégré dont les résultats sont prometteurs, toujours en partenariat avec Santé Sud. Cette demande de financement devrait associer un volet préventif avec appui au programme national de fluoration du sel, et de manière plus générale l'accès au fluor pour le plus grand nombre.

**La seconde mission du mois de novembre** était ainsi planifiée pour répondre à plusieurs objectifs :

- l'organisation de la formation entre pairs (degré 4) pour la 2<sup>e</sup> promotion de médecins (formés en 2006)
- l'organisation du stage de perfectionnement (degré 3) pour la promotion de médecins formés au mois de mai (promotion 3).

Les stages de perfectionnement semblent nécessaires au recadrage des gestes et attitudes cliniques, mais la plupart des médecins est déjà très efficace.

La programmation de plusieurs rendez-vous institutionnels, nécessaires à la finalisation du montage d'un nouveau programme AOI Madagascar que nous tenterons de faire cofinancer par le Ministère français des Affaires Etrangères (MAE).

En effet, tout en conservant notre action auprès des médecins généralistes de campagne, nous souhaitons, dans une démarche de renforcement institutionnel à la cellule de santé bucco-dentaire du Ministère de la Santé local, élargir notre intervention à un appui au programme national de prévention bucco-dentaire (notamment en travaillant sur l'accès au fluor : fluoration du sel, teneur en F des pâtes dentifrice) ainsi qu'à un volet de contrôle des infections croisées, tant au niveau des cabinets des médecins généralistes communautaires qu'au sein des cabinets dentaires de référence.

Les membres de la mission ont pu rencontrer :

- le conseiller régional santé de l'Ambassade de France à Antananarivo pour lui présenter nos avancées en matière d'écriture du document de financement ;
- le responsable du comité des salines de Madagascar à Antsiranana (anciennement Diego Suarez) pour discuter des aspects techniques et financiers de la fluoration du sel ;
- les quatre chirurgiens-dentistes responsables du bureau de santé bucco-dentaire à Antananarivo qui étaient réunis en atelier de validation du futur plan national de santé bucco-dentaire.

Malgré les lourds remaniements institutionnels et politiques au sein du MAE, nous espérons pouvoir obtenir une réponse du bailleur français dans le courant du deuxième semestre 2009 pour un démarrage des nouvelles activités en 2010.

## 2007

Une mission s'est déroulée à Madagascar en avril 2007 avec un double objectif :

- Supervision formative sous forme de « stages de perfectionnement » en traitement des urgences dentaires ;
- Evaluation de l'hygiène/désinfection dans 7 cabinets médicaux.

Les résultats ont montré que pour le traitement des urgences dentaires, 6 mois après leur formation, la moitié des médecins avaient une activité significative. Le stage de perfectionnement avait pour objectif de donner plus de confiance à l'autre moitié et de permettre de renforcer l'activité.

Pour l'hygiène/désinfection les résultats se sont avérés encourageants.

## 2006

Une mission s'est déroulée du 27 août au 11 septembre 2006 dont l'objectif était la formation et la supervision de médecins en traitement de l'urgence dentaire et en hygiène/désinfection. Cette offre de soins d'urgence s'intègre dans la politique nationale de santé bucco-dentaire qui, grâce au programme préventif de sel fluoré, tendra à améliorer l'état dentaire de la population malgache.

## 2005

Pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires en zone rurale, quatre médecins libéraux installés en zone rurale ont été formés au traitement de l'urgence dentaire lors d'une session théorique et clinique de 4 jours.

## 2004

En mai 2004, une mission de supervision des cabinets dentaires AOI-TEALONGO a été réalisée. A cette occasion, ont été étudiées les modalités de formation aux traitements de l'urgence dentaire par les médecins généralistes communautaires appuyés par Santé Sud.

En décembre 2004, Christophe Herran a participé aux Assises de la Médecine Générale Communautaire à Madagascar. Une formation de Médecins de l'Association des Médecins de Campagne « AMC Mad » au traitement de l'urgence dentaire aura lieu en juillet 2005.

## 2003

En mai 2003, une soirée a été organisée à Lille, avec le Dr Thiriez, au profit du projet. Un match de football a réuni une vingtaine de confrères et un dîner de 40 personnes a été organisé, toujours au profit du projet.

## 2002

Le contexte de l'île, plus calme a permis la reprise des activités. Des formations de médecins généralistes aux pathologies dentaires ont eu lieu sur l'hygiène, l'ART et l'Education pour la santé bucco-dentaire.

Un 5<sup>e</sup> cabinet dentaire à Belamoty a été réhabilité.

## **2001**

En raison du contexte politique très difficile, aucune mission n'a eu lieu. Cependant, une analyse des résultats de l'activité curative a été réalisée. L'offre de soins offre des garanties de pérennité. Même si la demande est faible, les besoins sont importants.

## **2000**

Formation de médecins de brousse à des techniques d'odontologie équipés de matériel d'extraction dentaire pour les urgences

## **1999**

Evaluation des activités des cabinets dentaires et préparation des activités de formation.

## **1998**

Poursuite de la mise en place de cabinets dentaires

## **1997**

Envoi de deux équipements complets pour réhabiliter les dispensaires d'Ampanihy et de Sakaraba, dans la région de Tuléar