





De l'aide humanitaire au développement

Ont contribué à la réalisation de ce numéro:

Jacques Abellard, Habib Benzian, Jean Bertrand, Jean-Claude Borel, Souleymane Bougoum, Antoine Bricout, Guillemette Clapeau, François Courtel, Bernard Decroix, Pascaline Durand, Denis Fontaine, Christophe Herran, Robert Holmer, Christopher Holmgren, Agnès Joyeux, Anthony Kurtz, Bernard Moinier, Bella Monse, Samy Nuyen Van, Christian Pellistrandi, Bruno Perie, Poul Erik Petersen, Cyril Plasse, Jocelyn Rio, Pierre Rouch, Dominique Roux, Hak Sithan, Alougnadeth Sitthiphnanh, Alexis Thiriez, Isabelle Thiebot, Monique Triller, Olivier Trotta, François Unger, Wim van Palenstein Helderman, Benoit Varenne, Robert de la Victoria, Hubert Weil, Robert Yee.

Partenaires: 3 M Espe, Cookson, Henry Schein, Laboratoire Pierre Fabre.

Remerciements à toutes les équipes de terrain.

out le monde est concerné par la situation sanitaire des populations défavorisées, aussi bien en France que dans les pays en développement. Beaucoup de questions se posent:

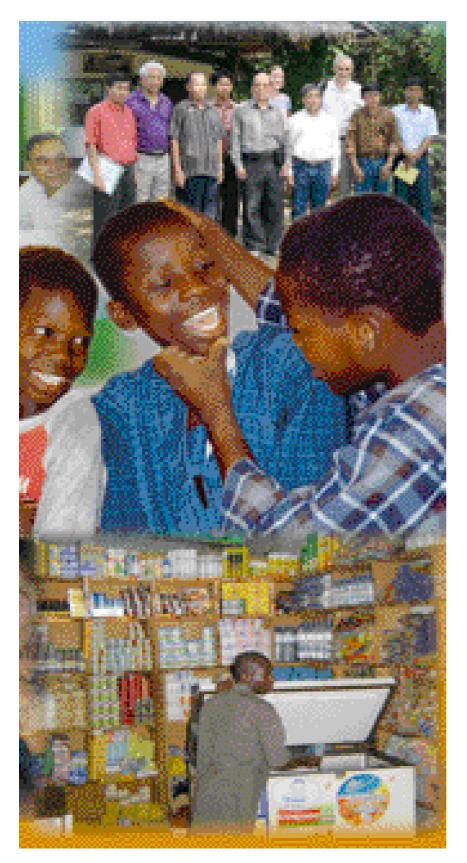
- quelle est la situation bucco-dentaire dans les pays en développement?
- quelles sont les réponses proposées actuellement pour faire face à cette situation?
- comment améliorer la santé bucco-dentaire des populations défavorisées, notamment dans les pays en développement, compte tenu des contextes économiques et culturels souvent difficiles ?
- comment la santé bucco-dentaire s'intègre-t-elle dans les programmes de santé ?
- quel est le rôle de l'OMS ?
- quelle est la place de la recherche et le rôle des universités ?
- quelles sont les réponses des ONG ?
- quelle est la diversité des ONG dans le secteur dentaire ?
- quelle est la variété de l'engagement de la profession dentaire ?

Toutes les expériences menées dans ce domaine montrent la nécessité d'intégrer les problèmes de santé bucco-dentaire à la santé générale et ce, dans une perspective de santé publique.

Bienvenue dans ce numéro spécial de l'ID qui tente d'éclairer la manière dont des chirurgiens-dentistes travaillent aujourd'hui à la mise en place d'actions dans de nombreux pays.

Hubert Weil, Président de l'AOI





Au sommaire

p.4 Stratégies OMS

Promotion de la santé bucco-dentaire et prévention intégrée des affections.

p.6 Les ONG dentaires Les challenges pour l'avenir.

p.10 L'AOI

De l'humanitaire à la santé publique.

p.16 Le grand 8 de l'action Définir une méthodologie de projet.

p.20 L'accès aux soins dentaires Le rôle des différents personnels dans les pays en voie de développement.

p.27 Fluor

Une nécessité pour les pays en voie de développement.

p.36 Contrôle de l'infection Hygiène et stérilisation. Témoignage de la faculté au Cambodge. Contrôle en zone rurale.

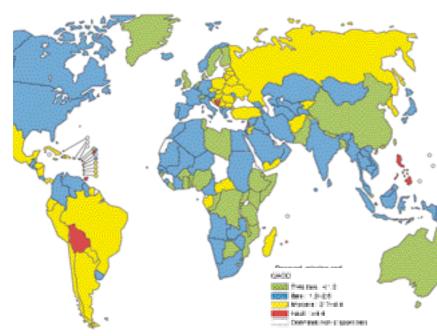
p.41 Formation et recherche S'impliquer dans le processus de formation et de recherche.

p.44 Précarité

Les difficultés du secteur dentaire.

p..46 Les étudiants

Des premières expériences vers une démarche perenne.



1 Carie dentaire (CAOD) à l'âge de 12 ans dans le monde en 2003.

Stratégies OMS

Pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections

Poul Erik Petersen*

Constat

Les principales pathologies bucco-dentaires (caries, parodontopathies, lésions de la muqueuse buccale, cancers oropharyngés, manifestations buccales du VIH/SIDA, noma et traumatismes de la sphère orofaciale) posent un grave problème de santé publique. Elles ont un impact considérable en termes de douleur, d'altérations fonctionnelles et de qualité de vie et pèsent plus particulièrement sur les populations pauvres et désavantagées.

On trouve des profils de risque variant selon les pays en fonction des conditions de vie, des comportements, des facteurs liés à l'environnement, des systèmes de santé bucco-dentaire et de la mise en œuvre de programmes de prévention.

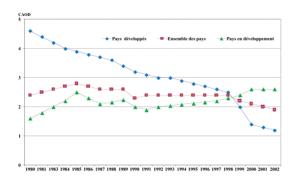
Dans les pays à revenu élevé, dotés de programmes de prévention, la prévalence des caries chez l'enfant et les parodontopathies chez les adultes a diminué. Dans la plupart des pays à faible reve nu ou à reve nu intermédiaire, la population ne bénéficie pas de soins buccodentaires, ni de programmes de prévention. Dans certains de ces pays, l'incidence des caries a augmenté ces dernières années et pourrait encore s'accroître en raison de la consommation croissante de sucre et d'un apport insuffisant en fluor (fig. l et 2).

La plupart des maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, maladies pulmonaires chroniques) ont des facteurs de risque communs (consommation excessive d'alcool, tabac, mauvaise alimentation, stress) (fig. 3). Incontestablement, la bouche est un organe affecté par de nombreuses situations:

- partout dans le monde, les personnes âgées sont particulièrement touchées par les maladies bucco-dentaires entraînant des conséquences négatives sur leur qualité de vie;
- les personnes atteintes du VIH/SIDA souffrent de lésions bucco-dentaires spécifiques entraînant des douleurs, une sécheresse buccale, une gêne à la mastication, à la déglutition ou à la gustation;
- le noma, stomatite orofaciale, est une pathologie importante en Afrique et en Asie.

Stratégies pour la santé buccodentaire au xxI^e siècle

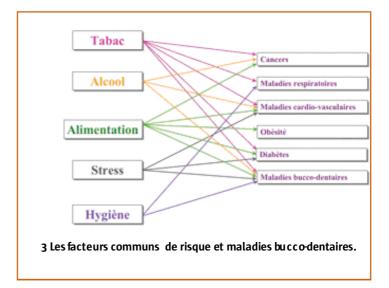
L'un des principaux axes de la stratégie mondiale de l'OMS pour lutter contre les maladies chroniques non transmissibles est de diminuer l'exposition aux principaux facteurs de risque. La prévention des maladies bucco-dentaires doit être intégrée à celle des maladies chroniques et s'inscrire dans une véritable démarche de promotion de la santé.



2 Évolution de la carie dentaire (CAOD) chez les enfants de 12 ans dans les pays développés et les pays en développement.

Pour développer ces stratégies et les intégrer dans les programmes nationaux ou locaux de santé, l'accent doit être mis en particulier sur

- l'établissement de plans nationaux pour l'utilisation du fluor reposant sur des programmes adaptés d'administration via l'eau de boisson, le sel ou le lait, ou encore, par exemple, par une application locale à partir de dentifrices fluorés financièrement abordables. On doit aussi associer les programmes de fluoration et d'iodation du sel;
- la promotion d'une alimentation saine, notamment, en diminuant la consommation de sucres, conformément aux recommandations de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et la réduction de la malnutrition;
- l'intervention des professionnels de la santé buccodentaire dans les programmes de prévention des maladies liées à la consommation (active ou passive) de tabac;
- l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à de meilleures conditions d'assainissement;
- la prévention des tumeurs et des stades précancéreux de la cavité buccale en faisant intervenir des professionnels de la santé bucco-dentaire (ou des agents de soins de santé primaire) spécialement formés dans le dépistage, le diagnostic précoce;
- le renforcement de la prise en charge du VIH/SIDA par un dépistage professionnel, le diagnostic précoce, la prévention et le traitement des maladies buccodentaires associées;
- le renforcement des capacités des systèmes de santé bucco-dentaire en matière de prévention et de soins de santé primaires, l'accent portant plus particulièrement sur la satisfaction des besoins des populations défavorisées;
- la promotion de la santé bucco-dentaire dans les écoles ;



L'OMS

Cette organisation développe davantage son assistance au renforcement des capacités aux niveaux national et local pour planifier et mettre en œuvre des programmes complets et intégrés de santé bucco-dentaire, particulièrement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, ainsi que pour les groupes démunis et défavorisés. L'OMS fournit une assistance technique et des orientations sur la conception, la mise en place et l'évaluation de projets de démonstration sur des bases factuelles au niveau communautaire dans le monde entier. Elle contribue à l'échange des expériences entre les pays et diffuse les enseignements tirés de l'expérience en publiant des principes directeurs. Sa base de données élargie constitue les fondements des politiques de santé bucco-dentaire et de l'étude de l'efficacité des interventions dans ce domaine aux niveaux national et local. L'OMS propose également des conseils techniques pour la mise en place de systèmes intégrés de surveillance de la santé bucco-dentaire.

www.who.int/oral_health

- la promotion de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées;
- l'élaboration de systèmes d'information faisant partie intégrante de la surveillance nationale de la santé bucco-dentaire et des facteurs de risque;
- la promotion de la recherche en santé bucco-dentaire.

*Chef du Programme Santé Bucco-Dentaire, OMS Genève



Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) jouent un rôle important pour la santé et le développement, mais le secteur des ONG dentaires reste relativement réduit et limité

Les ONG dentaires

Leur réalité, leur impact et les challenges pour l'avenir

Habib Benzian*,
Wim van Palenstein Helderman**

uatre principales caractéristiques semblent communes à la plupart des ONG dentaires (I):
Premièrement, par rapport aux nombreuses ONG du secteur médical, le secteur dentaire paraît relativement réduit. Cela reflète bien les niveaux de priorité en santé au plan international. Le secteur dentaire est souvent considéré comme mineur et peu important par rapport aux nombreuses priorités de santé auxquelles doivent faire face les plus démunis.

Deuxièmement la dentisterie s'est traditionnellement focalisée sur des approches techniques. De ce

fait, l'approche de beaucoup d'ONG dentaires repose sur l'exportation de technologies complexes permettant d'effectuer des soins curatifs. Ces ONG sont en retard par rapport aux tendances actuelles, car elles n'ont pas bénéficié des expériences et acquis d'autres secteurs (2).

La plupart d'entre elles appartiennent à la première ou seconde génération d'ONG si l'on se réfère au système décrit par Korten et al (3) (voir tableau I).

Troisièmement, par rapport aux autres ONG du secteur médical, les ONG dentaires ont peu développé le travail en réseau et la création d'alliances stratégiques. Elles coopèrent très peu avec les autres ONG médicales et les ministères de la santé des pays. Ceci a engendré des phénomènes de duplication des activités, de compétition entre ONG et bien souvent des échecs. L'intégration au sein des communautés locales est souvent déficiente: la plupart des ONG ne lient pas leurs activités avec les autorités locales et les politiques existantes.

Quatrièmement la santé publique et les sciences s'y référant, n'ont pas développé de recherche dans le domaine des ONG dentaires. Ce manque de recherche concerne les aspects sociologiques, économiques, organisationnels liés à l'aide dentaire. C'est peut-être un reflet de la perception du secteur dentaire dans son ensemble.

Tableau I : classification et évolution des ONG - modifié selon Korten et al (3)

- Interventions d'urgence catastrophes
- Dominance des approches liées à la technologie et la logistique
- Interventions de courte durée

Type II

- · Promotion du développement local
- Auto prise en charge
- Sensibilisation dans les pays
 Critique des politiques du nord

Type III

- Travail en partenariat local
- Coopération et intégration élargie

Type IV

- Renforcement des capacités locales
- Conscience du contexte international
- · Approche d'accompagne-

Les ONG dentaires reposent principalement sur le volontariat, mais fournissent peu de directives

Beaucoup de volontaires s'engagent avec les meilleures intentions, mais n'ont pas les compétences élémentaires en gestion et en santé publique. L'impact de leur travail se limite donc souvent à une expérience personnelle enrichissante. Ces volontaires peuvent difficilement résoudre les vrais problèmes de santé des communautés, et parfois ils les règlent de façon inappropriée en exportant les principes de dentisterie pour lesquels ils ont été formés. La pérennité de ce type de programmes est très incertaine.

La FDI, avec l'aide d'autres partenaires, a élaboré des recommandations visant à améliorer la qualité des interventions des volontaires et des ONG (4-6). Cependant, il reste beaucoup à faire pour diffuser ces informations et faire en sorte que leurs pratiques s'améliorent.

En dépit des risques d'impacts négatifs qu'ils peuvent parfois représenter, les ONG et les volontaires ont un rôle important et essentiel pour la santé dentaire au niveau international. Les recommandations de l'OMS concernant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dentaires (7) peuvent fournir des directives et des opportunités d'évolutions vers des actions plus appropriées, basées sur des approches scientifiquement reconnues et permettant une amélioration durable de la santé bucco-dentaire.

En complément au PMA dentaire, d'autres activités existent

Le lobbying politique et le conseil, où les ONG peuvent devenir actives: réduction du tabagisme et application de la convention de l'OMS concernant son contrôle, la prévention du cancer, la promotion pour l'accès au fluor, le contrôle des infections ou l'engagement dans la prévention de la violence et des traumas.

Le Paquet Minimum d'Activité dans le domaine bucco-dentaire (7)

- Promotion de la santé bucco-dentaire
- Traitement des urgences dentaires: soulagement de la douleur, premiers soins pour les infections et les traumatismes dento-alvéolaires, et référencement des cas complexes.
- · Accessibilité à un dentifrice fluoré. L'OMS reconnaît le dentifrice fluoré comme un vecteur très important du fluor. La disponibilité et l'accessibilité d'un dentifrice fluoré sont essentielles pour tout programme de prévention.
- Traitement Restaurateur Atraumatique (TRA). Cette approche ne nécessite ni instruments rotatifs, ni eau courante, ni électricité. Pour les caries de la dentine, elle consiste en un curetage des cavités en utilisant des instruments manuels. Les cavités et les fissures adjacentes sont obturées avec un matériau de restauration adhésif libérant du fluor (habituellement un ve rre ionomère.)

La FDI: c'est quoi?

La Fédération Dentaire Internationale FDI est une fédération de 157 associations dentaires à travers le monde, représentant plus de 900 000 dentistes. Son rôle est de rassembler le monde dentaire, de représenter la profession, de stimuler et de faciliter les échanges d'informations au niveau international.

Ses activités-clés sont la promotion de la santé bucco-dentaire et de la santé en général, le développement de politiques, d'objectifs et de standards.

La FDI est la voix autorisée de la pro fession et agit comme une plate-forme d'information pour les décideurs.

Pour plus d'informations:

www.fdiworldental.org

Benzian H, Nackstad C, Barnard JT. The role of the FDI World Dental Federation in global oral health. Bulletin of the World Health Organization. 2005; 83: 719-720.





Ouganda: don de 68 équipements sans demande préalable de l'hôpital... Maintenant l'hôpital est encombré par des matériels non désirés... Ils ne sont pas d'un bon voltage et nécessitent des pièces détachées introuvables!

Une réorientation des ONG dentaires et du volontariat est importante afin d'améliorer l'impact de leurs actions sur la santé bucco-dentaire au niveau international (8, 9). Des discussions critiques et analytiques, des évaluations rigoureuses et des changements organisationnels sont des tâches difficiles pour toute organisation, probablement encore plus pour celles qui sont guidées par des idéaux et qui ont un but non lucratif. La santé bucco-dentaire a été reconnue comme un droit essentiel de l'homme et le principe guidant nos actions doit être celui d'atteindre un niveau de santé dentaire optimal pour tous. Les ONG et leurs volontaires peuvent contribuer à atteindre cet objectif s'ils choisissent des interventions et des activités appropriées, qui vont au-delà du modèle traditionnel de l'approche curative (10). La participation active des ONG et de leurs volontaires aux réseaux d'échange d'informations est une première étape importante qui devrait être encouragée.

*Directeur Développement & Santé Publique, FDI Fédération Dentaire Internationale, Ferney Voltaire, France

**Centre Collaborateur OMS, Centre Medical de l'Université de Radboud, Nijmegen, Pays-Bas.

Autre exemple de don au Burkina Faso.

RÉFÉRENCES

- Benzian H, Gelbier S. Dental aid organisations: baseline data about their reality today. International Dental Journal. 2002; 52: 309-314.
- 2. Sprod A. The roles of northern non governmental organizations in oral health care in underdeveloped countries [dissertation]. London: London: Department of Public Health, University College; 1994.
- Korten DC. Getting to the 21 st century. Voluntary action and the global agenda. West Hartford: Kumarian Press; 1990.
- FDI World Dental Development Committee. Guidelines for the planning and implementation of demonstration projects. 2003.
- FDI World Dental Federation. Guidelines for dental volunteers. FDI Policy Statement, Montréal 2005.
- American Dental Association. International Dental Volunteer Organizations: a guide to service and a directory of programs. 2004.
- 7. Frencken JE, Holmgren C, van Palenstein Helderman W. Basic Package of Oral Care (BPOC). Nijmengen, Netherlands: WHO Collaborationg Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios, UNiversity of Nijmengen; 2002.
- van Palenstein Helderman W, Benzian H. Implementation of a Basic Package of Oral Care: towards a reorientation of dental Ngos and their volunteers. Int Dent J. 2006; 56: 44-48.
- Benzian H, van Palenstein Helderman W. Dental charity work - does it really help? British Dental Journal. 2006; 201: 413.
- Dickson M, Dickson G. Volunteering: Beyond an act of charity. J Can Dent Assoc. 2005; 71: 865-869.



L'AOI

de l'aide humanitaire à une démarche de santé publique

Bernard Decroix, Jocelyn Rio, Benoît Varenne www.aoi-fr.org

La démarche de santé publique aujourd'hui

- Mettre en œuvre les actions au bénéfice du plus grand nombre, au moindre coût.
- Se positionner en amont: agir sur les facteurs de risque identifiés par une approche résolument préventive.
- Agir collectivement: faire jouer la multidisciplinarité sur le terrain et en France.
- Tester les hypothèses par des actions pilotes novatrices évaluées en temps réel.
- Actualiser les méthodes en fonction des résultats des études scientifiques.
- Favoriser le travail en réseau.
- Utiliser une méthodologie de projet reconnue.







AOI est née il y a 25 ans, de la volonté de quelques chirurgiens-dentistes d'agir dans des orphelinats au Cambodge, à la suite du génocide. Dans les années 70, les professions médicales ont senti le besoin de créer l'Aide Humanitaire pour satisfaire aux exigences du « droit à la santé ». Dans la mouvance des « French Doctors », les chirurgiens-dentistes de l'AOI veulent apporter leur aide par des actions techniques et thérapeutiques.

Les premiers praticiens partent intervenir dans le cadre de missions de soins ponctuelles, organisées en Afrique (Burkina-Faso, Rwanda), ou en Asie (Cambodge, Kurdistan, Thaïlande, Tibet). Ils soignent des populations pauvres, rurales, nomades ou réfugiées, pour lesquelles l'accès aux soins est souvent inexistant.

En parallèle, même si des actions d'éducation pour la santé existent en milieu scolaire, l'accent est mis sur la réhabilitation ou la création de cabinets dentaires, avec un appui à la formation des intervenants cliniques (dentistes ou infirmiers): les premiers cabinets voient le jour au Burkina-Faso, au Vietnam, au Cambodge, au Mali et en Inde.

À partir de 1990, l'AOI évalue ses expériences de réhabilitations et les premiers questionnements apparaissent:

Comment pérenniser ces structures de soins aux matériels coûteux et à la maintenance difficile ?

Comment assurer un réapprovisionnement en consom-

mables et garantir son financement dans la durée ?
Pourquoi la fréquentation des structures réhabilitées est-elle si faible ?

À travers ces questions, se pose le problème de la qualité des soins et de l'accessibilité financière des populations; se pose aussi la question de la pertinence du service rendu à la population et de sa pérennité.

L'adaptation à notre discipline des principes de soins de santé primaires, conduit à proposer la formation de personnels auxiliaires pour la mise en œuvre de soins dentaires essentiels sous la supervision des chirurgiens-dentistes. L'objectif premier étant de soulager la douleur.

Mais là encore, on rencontre de véritables problèmes de maintien de l'activité dans la durée.

Identifant les limites du « tout curatif », l'AOI et ses partenaires travaillent de plus en plus sur des approches de prévention des maladies bucco-dentaires.

À partir des années 2000, s'appuyant sur les résultats des recherches et en conformité avec les stratégies de l'OMS, l'accent est mis sur:

- la promotion de la santé;
- les différents moyens d'accès au fluor: actuellement, mise en place de la fluoration du sel au Laos;
- l'accès aux soins essentiels et de qualité des populations démunies notamment en zone rurale et leur financement;
- le contrôle de l'infection.

Parallèlement, un travail de fond s'opère en matière de santé publique et de partenariat car sans une appropriation par les acteurs locaux dès le départ du projet, l'expérience montre que les résultats sont médiocres en terme de pérennité.

De plus, l'approche pays par pays est complétée par une dynamique de réseau inter pays.

L'AOI travaille en lien avec de nombreux acteurs intervenant dans les pays en développement: l'OMS, la FDI, des universités francophones et anglophones, d'autres ONG médicales et le ministère des affaires étrangères. Des échanges sont organisés avec des ONG dentaires européennes (COI, Dentaid, DHIN, OS...).

En France, l'association est membre de plusieurs collectifs d'ONG pour échanger et améliorer son efficacité.

L'AOI poursuit son engagement sur la route de la solidarité et du déeloppement. En matière de santé bucco-dentaire, beaucoup reste à faire et à inventer.

L'AOI remercie tous ceux qui lui apportent un soutien L'ADF, le Conseil de l'Ord re, la CNSD et la SFODF, l'ensemble de la presse professionnelle, les associations, les fabricants, les fournisseurs dentaires, les I 500 confrères adhérents, donateurs ou utilisateurs de cartons de rendez-vous.

Communication, sensibilisation et recherche de fonds

Comme il est difficile de tro u ver des partenaires institutionnels et que nous ne voulons pas nous en tenir à la pratique du don, l'ambition de l'AOI est donc de développer un intérêt partagé avec les chirurgiens-dentistes: les sensibiliser à ses programmes d'actions tout en leur permettant, notamment par le biais des cartes de vœux et des cartons de rendez-vous proposés, de communiquer à leurs patients l'image d'une profession en marche vers la solidarité, bien loin de celle parfois négative que véhiculent certains médias.

Pierre Rouch Réalisateur des aquarelles au profit de l'AOI



Merci à Denis Douillez qui a couru la dernière route du Rhum au profit de l'AOI.

Vous avez des tale n ts ! Faites-en profiter l'AOI.

D'où viennent les fonds et comment sont-ils utilisés ?

Une fois l'action définie, le budget est élaboré et des fonds sont recherchés pour la mise en œuvre.

Le ministère des affaires étrangères (MAE) finance les actions à hauteur de 50 % du budget. L'AOI contribue au minimum à hauteur de 15 % sur des fonds propres. Le solde pouvant être financé par des contributions locales, fondations... Sans oublier, pour tous les projets, la participation des bénévoles (évaluation, mission de formation à titre gracieux, conseils...).

Par exemple, en 2005 au Laos, sur un budget de 173000 €, le MAE a contribué à hauteur de 50 %, la Fondation Pierre Fauchard Academy 7 %, les fonds propres AOI 19 % les autres contributions 24 %.

Les comptes font l'objet d'une vérification par le commissaireaux comptes avant approbation par l'Assemblée Générale annuelle.

> Jean Bertrand Trésorier de l'AOI

Pour en savoir plus:

ONG dans le domaine de la santé bucco-dentaire en Europe :

- COI www.cooperazioneodontoiatricaeu, ONG italienne
- Dentaid www.dentaid.org, ONG anglaise
- **DHIN** www.dhin.nl/who_we_are.htm, ONG hollandaise
- OS www.odsolidaria.org, ONG espagnole
- AOI: www.aoi-fr.org

Vous pouvez consulter l'actualitéet les différentes actions, de nombreux liens avec des organismes travaillant dans le domaine du développement et aussi, parmi les dossiers techniques, les dossiers suivants:

- les services dentaires de référence,
- amélioration de l'accès au dentifrice fluoré dans les pays en développement.
- l'AOI comment : la démarche de développement.
- Coordination SUD: www.coordinationsud.org Coordination SUD est la coordination nationale des ONG françaises. Elle regroupe plus d'une centaine d'ONG françaises. • F3 E: www.f3e.asso.fr

Des ressources et des méthodes au service des actions de solidaritéinternationales.

Le grand huit de l'action

...pour ne pas tourner en rond

*Denis Fontaine



La programmation, c'est répondre aux questions: qui va faire quoi ? où? quand ? comment ? et avec quels moyens ?

n chirurgien-dentiste ne traite pas un patient sans avoir posé un diagnostic. Pourtant, on admet souvent pouvoir agir pour la santé bucco-dentaire d'une population défavorisée en donnant du matériel ou des soins ponctuels.

Pourquoi cette discordance ? Parce qu'on ne sait pas que l'action collective s'appuie sur une méthodologie, comme la dentisterie. Et parce qu'il est difficile de sortir d'une vision technique, curative et individuelle de la santé bucco-dentaire.

Cet article présente la « méthodologie de projet », c'est-à-dire la démarche de construction et de réalisation d'une action ou d'un « programme » de santé. Un guide nécessaire pour ne pas tourner en rond, autrement dit reproduire toujours les mêmes actions sans se demander ce qu'elles produisent.

Démarche novatrice au Laos

François Courtel

Comment a démarré le projet au Laos ?

Au départ, c'est un contact à Paris en 2002 avec Michel Daudet chirurgien-dentiste et ancien président du Comité de Coopération avec le Laos (CCL), très sensibilisé à la réalité du pays. Il nous explique les difficultés des confrères laotiens, leur envie d'améliorer les conditions du secteur dentaire et leur recherche de partenaires étrangers pour les aider.

Je travaillais déjà pour l'AOI au Cambodge depuis 1998 et nous avons décidé d'effectuer une première visite afin d'évaluer la situation.

Comment décidez-vous d'intervenir au Laos ?

Nous appliquons la « méthodologie de projet ». La première étape est donc de faire une analyse de situation. Lors des premières visites, nous cherchons à recueillir un maximum d'informations sur le fonctionnement du pays, la culture, le secteur dentaire, l'administration... et surtout à mieux connaître nos interlocuteurs.

les étapes du projet

Étape 1 Au commencement est le diagnostic

Agir suppose avoir identifié les problèmes de santé bucco-dentaire les plus préoccupants dans la population à laquelle on s'intéresse. Quelles sont les affections les plus fréquentes, les plus graves, qui ont le plus d'impact social et économique ? Quels sont leurs déterminants, tels que l'alimentation (produits sucrés...), les apports en fluor, les pratiques d'hygiène bucco-dentaire ?

Le point de vue de la population est important aussi. Comment perçoit-elle les problèmes de santé buccodentaire qui l'atteignent ?

On n'agit jamais seul pour la santé d'une population. Même dans une zone isolée, une action s'inscrit dans un système de santé national, un « district de santé » et une offre de soins locale.

On ne peut dissocier les services dentaires des autres services de santé. Quelle est cette organisation ? Qui sont les acteurs, leurs missions, leur niveau de formation ? Quels moyens ont-ils pour travailler ? Tel est le troisième volet du diagnostic de situation.

Faire de longues enquêtes est démotivant, on a le sentiment que rien n'avance. Réunir un groupe multipartenarial pour élaborer un diagnostic participatif apporte



des informations parfois subjectives mais toujours pertinentes car relevées par les personnes qui sont concernées, professionnels et population. Des études ponctuelles sont souvent suffisantes pour valider ce diagnostic participatif. De plus, élaborer ensemble un diagnostic c'est déjà entrer dans l'action, car la vision des participants sur la situation va converger et il sera plus facile de s'accorder.



Ensuite nous mettons dans la balance tous les facteurs positifs et négatifs pour intervenir au Laos: leur demande est-elle judicieuse ? Sont-ils réellement motivés ? Avonsnous les capacités pour les aider? Le contexte est-il favorable ? Pouvons-nous améliorer la santé des Laotiens ?...

Quels sont vos partenaires au Laos et comment le partenariat se met-il en place ?

Les premiers contacts ont été établis ave c l'Hôpital Mahosot (particulièrement avec le Dr Khammoung, chef du service dentaire) et le Département dentaire de la Faculté de médecine.

Actuellement, nous travaillons avec un groupe d'une trentaine de dentistes issus

de ces institutions. Nous ne nous substituons pas à leur travail et essayons d'abord, de bien comprendre les attentes et les motivations des confrères laotiens.

Comment intervenez-vous?

Trois problèmes prioritaires ont été identifiés: l'augmentation des caries, le manque de personnel en milieu rural et les risques élevés de contamination croisée lors des soins dentaires. En général, le traitement est testé à petite échelle par des projets pilotes, puis ils sont étendus si les résultats sont positifs.

Plusieurs actions sont en cours: fluoration du sel iodé, programme de formation et d'équipement pour diminuer les risques de contamination dans les cabinets dentaires. Enfin, un projet d'accès aux soins en zone rurale avec la formation du personnel médical pour effectuer les soins dentaires essentiels est en préparation.

Y a-t-il des échanges avec d'autres pays ! Les contacts se font avec les pays voisins

qui ont une expérience intéressante sur des programmes similaires. Des échanges ont ainsi été organisés avec le Cambodge et la Thaïlande sur le contrôle de l'infection, avec le Népal sur le soulagement de la douleur en zone rurale, ainsi qu'au Vietnam pour la fluoration du sel.

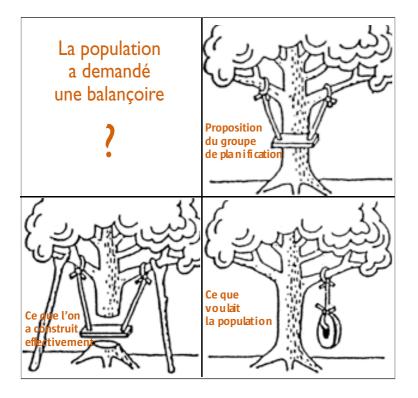
Comment évaluez-vous les progrès ?

Prenons un exemple... Si l'objectif est d'améliorer l'hygiène dans un cabinet dentaire, cela revient à prendre des photos à différents moments... c'est une image, mais elle est assez proche de la réalité.

Nous listons les points essentiels sur lesquels nous voulons mesurer la progression Cette liste est utilisée avant, pendant et après intervention et permet d'estimer précisément ce qui s'est amélioré.

La démarche repose essentiellement sur les épaules des Laotiens. Le projet est ambitieux et il suscite beaucoup d'espoirs au Laos.

*Responsable AOI Laos et Cambodge www.ccl-laos.org



Étape 2 La boussole de l'action: les objectifs

On ne peut s'attaquer à tous les problèmes en même temps, il faut choisir des priorités. Toutefois, on agit sur les problèmes par leurs causes, et elles sont souvent communes à plusieurs problèmes.

Par exemple, la montée de la fréquence des caries, due au développement économique qui facilite l'accès aux produits sucrés, peut être le problème prioritaire identifé. Or, réduire l'apport en sucre prévient aussi l'apparition du diabète, une maladie en pleine expansion dans les pays en développement.

L'étape suivante consiste à définir les objectifs, autrement dit les changements attendus au niveau des bénéficiaires. L'objectif général ou de santé montre l'intention qui sous-tend l'action: par exemple, stabiliser la fréquence de la maladie carieuse chez les enfants. Les objectifs plus précis, « spécifiques » de l'action, indiquent la stratégie qui sera utilisée pour améliorer la santé. Par exemple, améliorer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire des enfants d'âge scolaire, organiser

Améliorer la formation...

Aloungnadeth Sitthiphanh*

Après presque 2 ans de collaboration avec l'AOI, quel est votre bilan?

Depuis le premier atelier en juin 2005, nous avons pu apprécier la démarche globale et approfondie de l'AOI qui développe simultanément des projets de formation, d'équipement, de prévention...

Les méthodes de travail proposées ont aussi leur importance: l'étape actuelle de préparation et de formation est nécessaire avant la mise en place des différents projets pilotes. Le programme de prévention, par exemple, est l'activité la plus complexe car elle nécessite la participation de plusieurs partenaires. Elle dépend de plusieurs institutions, des orientations politiques, des diverses réglementations du pays... Tout cela demande du temps.

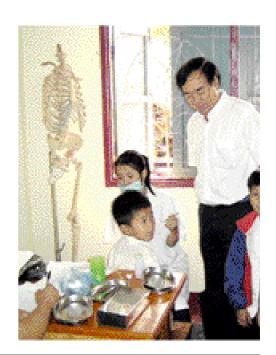
Au dernier congrès de l'ADF à Paris, j'ai constaté que l'AOI prend à cœur de faire connaître la situation du Laos au public et de trouver d'autres partenaires pour nous aider.

Plusieurs experts sur le fluor, d'autres ONG (Dentaid, Comité de Coopération avec le Laos) et les dentistes membres de AOI participent à ses efforts pour améliorer notre situation.

Quel changement avez-vous noté depuis le début de votre partenariat avec l'AOI ?

Il y a des progrès dans la formation du personnel. J'ai pu, moi-même, enrichir mes propres connaissances.

Les idées et les initiatives au niveau des projets ont aussi beaucoup évolué: l'ajout



une offre de soins bucco-dentaires primaires dans les zones périphériques...

Les objectifs sont la boussole de l'action, ils lui donnent le sens. Mais ils sont difficiles à rédiger, car il faut se placer au niveau des bénéficiaires et être réaliste quant aux changements attendus.

Étape 3 La programmation : quelles activités réaliser ?

Pour atteindre les objectifs, il va falloir déployer des activités coordonnées en direction d'un ou de plusieurs publics-cibles, et pour cela mobiliser des ressources. Par exemple, organiser la fluoration du sel passe par un cadre réglementaire, l'organisation de la filière industrielle (approvisionnement, processus de fluoration, contrôle de qualité, etc.) et la sensibilisation des producteurs de sel, de la population et des professionnels de santé sur l'intérêt et l'innocuité de la fluoration du sel.

La programmation, c'est répondre aux questions: qui va faire quoi, où, quand, comment et avec quels moyens?



du fluor dans le sel était, par exemple, une solution inconnue pour nous.

Beaucoup de vos confrères de promotion sont partis vivre et travailler à l'étranger... Po u rquoi avoir choisi de rester au Laos et de travailler à la Faculté Dentaire ?

Nous étions 13 dentistes dans ma promotion. 3 seulement sont restés au Laos. J'ai décidé de poursuivre l'enseignement ici parce que j'aime mon métier et parce que je souhaite améliorer la formation des personnels dentaires et la santé de mon pays. En tant que vice-doyen de la Faculté, mes efforts consistent à coopérer avec tous les appuis reçus.

*Vice-doyen de la Faculté des Sciences Médicales de Vientiane

Étape 4 Piloter l'action

L'action peut commencer. En fait, elle a déjà débuté lors de l'analyse de la situation, et le temps « perdu » pour planifer l'action est en fait du temps gagné car maintenant il y a un programme clairement défini à réaliser, avec les ressources privées ou publiques qui ont été obtenues.

La réalisation du programme fait l'objet d'un suivi-évaluation, pour suivre sa progression et la qualité des activités réalisées, identifier les écarts par rapport à ce qui était prévu, les raisons de ces écarts. Cette « remontée » d'informations va permettre de « piloter » le programme, de l'ajuster à la situation et aux imprévus. En fin de programme ou de phase, l'action est bouclée et il est possible de l'analyser plus précisément, en s'intéressant par exemple à la façon dont les bénéficiaires ou les acteurs l'ont perçue.

Étape 5. L'évaluation des effets: retour aux intentions

L'évaluation de la mise en œuvre du programme, faite précédemment n'est pas suffisante pour juger de sa pertinence et de son efficacité. Pour cela, il faut remonter jusqu'aux intentions données par le diagnostic et les objectifs. Les objectifs ont-ils été atteints ? C'est la question de l'efficacité. Quels ont été les autres effets de l'action, béné fques ou pervers ? C'est la question de l'impact. La situation a-t-elle été améliorée ? C'est la question de la pertinence.

C'est bien là la question finale de l'action. Tout cela a-t-il servi à quelque chose pour les bénéficiaires ?

Cette dernière phase boucle le cycle de l'action. Elle permet de réviser le diagnostic de départ et de débuter une nouvelle phase d'analyse des problèmes, enrichie de l'analyse du programme qui a été mis en œuvre. Alors, prêts pour un autre tour du grand « huit »?

^{*}médecin de santé publique, Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes

Améliorer l'accès aux soins dentaires dans les pays en développement

Le rôle des différents personnels

Wim van Palenstein Helderman*, Habib Benzian**

e principe éthique de l'odontologie est de prévenir les maladies bucco-dentaires et de donner un traitement quand la prévention a échoué. Le coût des soins dentaires pratiqués par les chirurgiens-dentistes est souvent trop élevé pour les pays à reve nu faible ou à reve nu intermédiaire.

Dans ces nombreux pays, les faibles budgets gouvernementaux destinés au secteur dentaire sont dépensés pour des soins effectués par des chirurgiens-dentistes et pour la formation de nouveaux praticiens. Par exemple, en Syrie, un pays à reve nu intermédiaire, le nombre de dentistes est passé de 2000 en 1985 à 11000 en 1998, aboutissant à un nombre par habitant à 1/1500. Malgré cela, le nombre de dents obturées chez les enfants entre 6 et 18 ans est resté inchangé (1). Les dentistes restent dans les villes et la majorité de la population syrienne, vivant en milieu rural, n'a pas les moyens financiers pour accéder aux soins; les dentistes ne sont pas motivés pour y exercer.

La triste réalité de l'accès aux soins

Aujourd'hui, la majorité de la population dans plus de 150 pays n'a pas accès aux soins dentaires. Dans ces pays, les systèmes des soins sont calqués sur le modèle occidental. Les gouvernements et la majorité de gens renoncent à ce type de soins, compte tenu du coût élevé de cette technologie qui ne répond pas aux demandes des populations défavorisées en zone rurale ou en ville. Plusieurs études ont montré que la demande la plus commune des habitants, est le soulagement de la douleur (3).

Une stratégie alternative pour les soins dentaires dans les pays à reve nu faible ou intermédiaire

Elle consiste à développer, à la fois, une approche de promotion de la santé et de prévention mais aussi pour répon-



Prise en charge de l'urgence de

e Burkina Faso, pays Ouest africain, est l'un des plus pauvres du monde. À l'image des autres dis-🛮 tricts sanitaires du pays, celui de Orodara est essentiellement rural et compte 263 000 habitants. Le système de soins comprend 35 dispensaires répartis dans les villages et tenus par des infirmiers. Orodara est le centre de référence pour les cas graves. Il comprend le seul cabinet dentaire du district et reçoit les malades adre ssés par les dispensaires. Les soins réalisés sont à plus de 70 % des extractions dentaires. Le service est très peu fréquenté par la population rurale. En effet, plus de 65 % de celle-ci habitent à plus de 50 kilomètres et le coût des prestations est inabordable pour la majorité des habitants qui vit en dessous du seuil de pauvreté (< un euro par jour).

En cas de douleur dentaire, la population rurale s'adresse généralement aux tradithérapeutes (« médecins » traditionnels) et surtout aux « a rracheurs de dents » ambulants qui font des extractions dentaires dans des mauvaises conditions d'hygiène. Pour faire face à cette situation, la prise en charge de l'urgence et le

dre aux besoins en traitements des populations. Le présent article, s'intéresse au type de personnel dentaire nécessaire pour les soins.

Les soins dentaires doivent être intégrés dans le système de soins général existant qui est généralement organisé sur trois niveaux

Au premier niveau du système de santé, le personnel reçoit une formation dans le domaine de la santé bucco-dentaire (1 à 10 mois) en promotion de la santé et en soins essentiels. Cette approche s'intègre au système de soins de santé primaires déjà existant en milieu rural dans les dispensaires, les aires de santé et les écoles.

Au premier niveau de référence, dans les hôpitaux ou les centres médicaux des districts sanitaires, des infirmiers dentaires ont bénéficié de 3 ans de formation et possèdent des compétences en prévention, en soins restaurateurs et en chirurgie dentaire essentiels. La plupart des écoles dentaires des pays sont à même de former ce type de personnel.

3 Au plus haut niveau de référence, les soins hospitaliers sont dispensés par des spécialistes. C'est la place des chirurgiens-dentistes et des spécialistes. Leur rôle est de fournir un haut niveau de soins, mais aussi d'organiser, de former et de superviser les autres niveaux.

La description exacte des tâches de ces personnels, le contenu et la durée de leurs formations dépendent des ressources disponibles, de besoins des populations, de la demande du pays et de la législation en vigueur.

Dans un certain nombre de pays à faibles revenus, seuls les traitements de prise en charge de la douleur et des infections sont réalisables à un premier niveau du système de santé.

Si les ressources financières le permettent, la mise en œuvre de soins curatifs appropriés en utilisant des instruments d'excavation à main, suivie par le placement d'une restauration verre ionomère (traitement restaurateur atraumatique) peuvent être ajoutés au paquet minimum de soins bucco-dentaires. Les équipements avec lesquels

aire par des infirmiers: l'expérience pilote de Orodara

soulagement de la douleur d'origine dentaire ont été intégrés dans les activités de dispensaires avec le soutien de la population et des responsables du district sanitaire.

Mise en place des activités

Dans un premier temps, les besoins et la demande en matière de soins bucco-dentaires ont été évalués en concertation avec tous les acteurs de santé et les responsables des communautés villageoises. Les six dispensaires, sélectionnés en fonction de l'éloignement et de la motivation du personnel, couvrent une population de plus de 80 000 habitants. La communauté devait être motivée et le dispensaire satisfaire aux normes nationales en termes d'infrastructures et de personnels.

Dans la deuxième étape du projet, neuf infirmiers ont été formés entre 2004 et 2005. À l'issue de la formation, ils doivent être en mesure de diagnostiquer les principales pathologies bucco-dentaires,

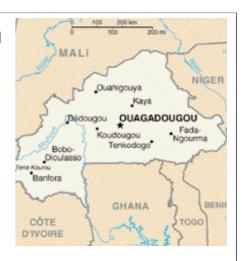
d'extraire des dents infectées et mobiles dans des conditions d'hygiène acceptables, d'inciser des abcès et de suturer, de prescrire les médications appropriées, de dépister et de référer les cas plus graves dépassant leurs compétences et enfin, de sensibiliser la population à l'hygiène bucco-dentaire.

Après la formation, chaque infirmier est reparti dans son dispensaire avec une trousse d'instruments et un kit de consommables pour couvrir une période d'activités de six mois. Le renouvellement des consommables doit être assuré par les recettes liées au paiement des consultants.

Premier bilan

Les activités ont rencontré d'emblée l'engouement des populations. Au terme d'une année d'activité, le nombre moyen de consultations dentaires est de 18. Parallèlement, 17 extractions par mois ont été réalisées en moyenne.

Tout au long des deux premières années, des supervisions techniques de formation



continue ont été effectuées par un chirurgien-dentiste pour assurer la réussite du projet. Ce suivi a montré une bonne maîtrise technique des actes et un respect des normes de désinfection/stérilisation.

L'expérience pilote de Orodara a donné à ce jour des résultats satisfaisants. Cependant la pérennisation des activités et leur extension à d'autres dispensaires posent toujours problème en raison de la mutation fréquente des infirmiers.

Souleymane Bougoum Direction Générale de la Santé à Bobo-Dioulasso

les dentistes ont l'habitude de travailler ne sont pas nécessaires pour ce type de soins essentiels. De nombreuses études scientifiques ont montré que, lorsqu'ils sont correctement formés, les personnels auxiliaires en soins dentaires peuvent produire des soins dentaires de grande qualité(4).

Conclusion

Intégrer les soins dentaires dans les soins de santé primaires est la façon la plus facile pour assurer une équité en matière de soins dentaires essentiels. Elle demeure le meilleur moyen pour développer un système durable car il utilise le système d'organisation, les moyens et les financements existants.

Les chirurgiens-dentistes coûtent trop cher pour dispenser des soins de santé primaires en zone rurale pour lesquels ils sont peu motivés; mais ils ont un rôle très important à jouer dans la formation, la supervision, le monitoring et l'évaluation du système de soins de premier niveau.

RÉFÉRENCES

- 1. Beiruti N, van Palenstein Helderman WH. Oral health in Syria. Int Dent J 2004; 54 (suppl 1): 383-388.
- World Health Organisation. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. http://www.whocollab.od.mah.se Accessed August 1, 2006.
- 3. Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderman WH. Basic package of oral care. WHO Collaboration Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios. Nijmegen, The Netherlands, 2003.
- Miller CE. Access to care for people with special needs; role of alternative providers and practice settings. Can Dent Assoc J 2005; 33: 715-721.

www.santesud.org

www.aoi-fr.org (rubrique projet Madagascar)

*Centre Collaborateur OMS, Centre médical de l'Université de Radboud, Nijmegen, Pays Bas

**FDI Fédération Dentaire Internationale, Ferney Voltaire, France

Madagascar: action concertée avec l'ONG Santé-Sud*

Programme original de formation de 43 médecins en zone rurale



l'origine de ce programme, une demande des habitants de la Région de Tuléar. Ils ont mal aux dents, souffrent et ne veulent pas - ne peuvent pas - se rendre en ville pour se faire soigner: trop loin, trop cher. Ils veulent être soignés sur place!

Une enquête menée auprès d'eux fait apparaître que les services dentaires de référence sont en moyenne à 54 km du cabinet, soit 3 heures de taxibrousse avec parfois une partie à pied.

Un programme à deux étages est conçu:

- pour les jeunes médecins récemment installés: une formation à l'hygiène-désinfection dans les cabinets médicaux
- pour les médecins installés depuis plus longtemps: une formation au traitement de l'urgence dentaire.

À l'issue de la formation, ceuxci reçoivent un kit d'urgence dentaire, comportant vingt instruments. Coût: 300 euros.

Au total, le bilan de cette action apparaît comme très positif.

Pour la population:

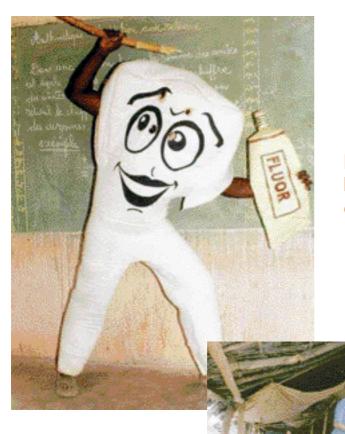
- le coût d'une extraction, réalisée sur place, tombe à 1 euro (au lieu de 4,5 précédemment)
 12 patients par mois recou-
- 12 patients par mois recourent, en moyenne, aux services du médecin pour des problèmes dentaires.

Pour le médecin:

- Les soins dentaires d'urgence représentent une source de revenu supplémentaire et un facteur de pérennité pour une installation en zone rurale qui n'est pas toujours facile.

Christophe Herran et Alexis Thiriez

*www.santesud.org



L'accès universel au fluor pour la santé bucco-dentaire fait partie intégrante du droit fondamental à la santé

Le Fluor

Une nécessité pour les pays en développement

Christopher Holmgren*

algré les importants progrès techniques réalisés en odontologie durant ces dernières décennies, la carie dentaire se maintient à un niveau pandémique un peu partout dans le monde. Les avantages du fluor dans la prévention et le contrôle de la carie dentaire sont connus depuis plus de 60 ans, mais dans le même temps, seulement 20 % de la population mondiale bénéficie d'un apport de fluor à un niveau approprié. Compte tenu de la situation au niveau mondial, la seule approche réaliste de réduction de la carie est un usage du fluor.

Tous les moyens de diffusion du fluor ont leurs avantages et inconvénients propres La fluoration de l'eau, utilisée dans quelques pays développés, ne peut pas constituer une stratégie intéressante en l'absence d'une infrastructure suffisamment développée d'approvisionnement en eau potable. C'est souvent le cas dans les pays en développement dans lesquels la population est à prédominance rurale.

Le sel fluoré est utilisé dans certains pays d'Amérique latine et dans quelques pays européens, y compris la France. C'est un moyen intéressant de diffusion du fluor, mais il est également dépendant du niveau d'équipement et d'infrastructure du pays pour la mise à disponibilité de sel traité.

Dans les pays où l'iodation du sel est déjà en place, la fluoration du sel est plus facilement envisageable.

L'application topique de fluor par des professionnels de santé bucco-dentaire est utile sur certaines catégories de population à haut risque carieux dans les pays développés. Elle ne peut pas représenter une option intéressante dans les pays en développement car les coûts, le personnel et l'organisation requis en font une intervention irréalisable au niveau communautaire.

L'impressionnante baisse de la carie dentaire dans les pays occidentaux au cours des dernières décennies a largement été attribuée à l'usage répandu des dentifrices fluorés (1). Cependant, l'utilisation de ces dentifrices ne peut se faire que s'ils sont accessibles, abordables et culturellement valorisés. Ces coûts relativement élevés dans les contextes de développement sont en partie dus à la taxation des pâtes dentifrice, pour plus de la moitié de leur prix, car elles sont considérées comme des produits cosmétiques et donc des produits de luxe.

C'est notamment le cas au Népal et au Burkina-Faso, où d'importants coûts de distribution et de taxation par les producteurs se surajoutent au prix initial du dentifrice.

Si on combine la baisse du coût de fabrication avec la réduction ou l'élimination des taxes imposées par les gouvernements sur les dentifrices fluorés, on pourrait largement augmenter leur accessibilité financière et du même coup leur utilisation. Les dentifrices ne devraient plus être considérés comme des cosmétiques mais comme de produits de santé. La santé bucco-dentaire

Ces coûts relativement élevés dans les contextes de développement sont en partie dus à la taxation des pâtes dentifrice, pour plus de la moitié de leur prix...

du pays pourrait alors être nettement améliorée sans surcoût pour son gouvernement. Des groupes de pression anti-fluor existent dans beaucoup de pays. Dans les pays en déeloppement, cela est dû aux cas grâves de fluorose dentaire. Une défluoration de l'eau ou l'utilisation d'autres sources d'eau doivent être mises en place (2).

Au plan mondial, de récentes avancées ont été franchies dans l'amélioration de l'accès à une exposition adaptée au fluor. Un temps déterminant de ces avancées fut la consultation globale pour la santé buccodentaire par le fluor (« Global consultation on Oral Health through Fluoride »), conjointement organisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Fédération Dentaire Internationale (FDI) et l'Association Internationale pour la Recherche Dentaire (IADR) (3).

OMS/FDI/IADR 2006 : 80 experts de 30 pays ont entériné les recommandations suivantes

- Développer les législations efficaces, les directives nécessaireset les programmes pour assurer l'accès au fluor pour la santé bucco-dentaire des populations de tous les pays
- Inclure le fluor dans les messages de santé publique, les stratégies de promotion de la santé et les programmes de santé publique
- Inclure le fluor dans les politiques de santé alimentaire
- Encourager les gouvernements à réduire ou annuler les taxes et tarifs des produits fluorés pour la santé bucco-dentaire
- Encourager les distributeurs à améliorer la disponibilité des dentifrices fluorés efficaces et abordables, au bénéfice des populations les plus pauvres

Afin que ces propositions puissent se réaliser, le rôle de chacun des acteurs suivants est indispensable, et tous doivent travailler en partenariat: gouvernements, organisations de santé, profession dentaire, industrie et ONG

Salines de France

Au début 2005, l'Aide Odontologique Internationale (AOI) et le Comité des Salines de France (CSF) ont signé une convention de partenariat. Ce partenariat avec la FDI a abouti à l'élaboration de directives pratiques sur la faisabilité d'un programme d'appui à la fluoration du sel pour la prévention de la carie dentaire au Laos. Une présentation de l'expérience française a eu lieu lors de la session annuelle de l'AOI à l'ADF (novembre 2005), puis dans le cadre d'une formation universitaire (février 2006). L'analyse à distance des conditions propres au Laos a été suivie d'une mission sur place (septembre 2006), au cours de laquelle un expert de la profession salinière a permis d'affiner l'étude et d'établir des recommandations pour optimiser les chances de succès du programme de fluoration du sel au Laos.

Bernard Moinier Comité des Salines de France www.salines.com

Dentifrice fluoré au Népal

Au Népal, pays en développement, il n'existait pas de production locale de pâte dentifrice fluorée. Les dentifrices étaient importés des pays occidentaux et vendus à un prix trop élevé pour la population locale.

À la fin des années 90, l'ONG « United Mission to Nepal » incita les producteurs à adjoindre du fluor à leurs dentifrices.

Dans le courant de l'année 2002, 90 % des dentifrices vendus au Népal contenaient du fluor et étaient financièrement accessibles à la population; ceci démontre l'efficacité du travail de recommandation en amont, auprès des fabricants pour produire des dentifrices fluorés et accessibles.

Dr Robert Yee

Directeur de la santé bucco-dentaire Dentaid www.dentaid.org

RÉFÉRENCES

- 1. Bratthall D, Hansel-Petersson G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? European Journal of Oral Sciences 1996; 104: 416-22.
- 2. Guidelines for drinking-water quality. Third Edition. Recommendations. Geneva: World Health Organization; 2006.

http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3rev/en/index.html

 Global Consultation on « Oral Health Through fluoride » http://www.fdiworldental.org/public_health/assets/Fluoride_Consultation/Fluoride_Declaration_FR.pdf

^{*}Professeur Honoraire, Centre Collaborateur OMS, Centre Médical de l'Université de Radboud, Nijmegen, Pays Bas.

Promotion de la santé dans les écoles primaires aux Philippines

Une situation...

L'état de santé des enfants des écoles primaires publiques aux Philippines est particulièrement inquiétant.

Un récent rapport du ministère de l'éducation (2006) révèle que 28 % des enfants scolarisés de 12 ans ont un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à la normale, que 67 % de ces mêmes enfants souffrent d'infection intestinale parasitaire (2003) et que plus de 40 % présentent des affections dermatologiques comme des piqûres d'insectes infectées et des furoncles.

Selon l'enquête épidémiologique bucco-dentaire réalisée en 2006, 97 % des enfants du CP présentent des caries dentaires. En moyenne, les enfants de 6 ans présentent neuf dents cariées dont trois sont en rapport ave c le tissu pulpaire.

Chez les enfants de 12 ans, on trouve en moyenne trois dents définitives cariées dont une s'étend à la pulpe.

Quel que fût le groupe d'âge, aucune dent n'était soignée.

20 % des enfants de 6 ans et 16 % des enfants de 12 ans disaient connaître une douleur d'origine dentaire au moment de l'interview. Les douleurs dentaires sont le principal motif d'absentéisme scolaire aux Philippines.

Ces affections sont plus connues sous le nom de « maladies de la pauvreté ». Les principales causes en sont les habitats familiaux surchargés, les classes surchargées, le manque d'eau potable, le manque d'équipements sanitaires au sein des foyers comme à l'école ainsi que la médiocre qualité des repas.

Les programmes scolaires de promotion de la santé « Heath Promoting Schools » définis par l'OMS fournissent

les cadres stratégiques de promotion et prévention. Les comportements favorables à la santé ne sont pas uniquement enseignés mais mis en pratique: les écoles sont équipées de cabinets de toilette et la vie quotidienne y est rythmée par des gestes d'hygiène quotidienne comme les lavages de mains ou les brossages dentaires avec dentifrices fluorés.

La participation active de différents acteurs non sanitaires comme les enseignants, les parents d'élèves ou des membres de la comunauté, permet de durablement garantir les progrès dans le domaine de la nutrition, de la santé générale et bucco-dentaire des enfants scolarisés ainsi que de leurs familles.

Bella Monse*, Robert J. Holmer**

Dep. of Education, City Division of Cagayan de Oro, Philippines "Xavier University College of Agriculture, Cagayan de Oro, Philippines



Chez les enfants de 12 ans, on retrouve en moyenne 3 dents définitives cariées dont 1 s'étend à la pulpe

Programme de santé scolaire

Une cinquantaine d'écoles élémentaires ont mis en place un paquet minimum d'activité comprenant, pour chaque enfant, la fournitured'une b rosse à dents, la possibilité d'avoir accès à une pâte dentifrice fluorée, du savon ainsi que des médicaments antiparasitaires.

Le coût de revient de ce programme de santé scolaire est estimé à 0,40 US\$ par enfant et par an pour une brosse à dent, 60 ml de dentifrice, 30 g de savon et deux comprimés de mebendazole.

Deux écoles pilotes ont un mis en place un programme plus étendu grâce à l'appui des associations de parents d'élèves qui avaient débuté des programmes de nutrition centrés autour du rôle de la mère.

Afin de pouvoir élargir ces programmes de nutrition, il a été décidé de créer des jardins au sein des écoles primaires, pour apprendre à cultiver des aliments sains et à bien se nourrir.

Contrôle de l'infection

Hygiène et stérilisation

François Courtel*, Guillemette Clapeau**, Dominique Roux***



La Faculté dentaire a été détruite lors du régime khmer rouge (matériel et ressources humaines). Au début nous manquions de tout: matériel, enseignants... formation. La situation s'est progressivement améliorée, les jeunes dentistes ont été formés et la clinique réouverte. Les conditions d'hygiène n'étaient pas encore à un niveau acceptable. « Nous craignions les infections nosocomiales et avons fait appel à l'AOI pour nous aider à améliorer la situation.»

e Cambodge sort de trente années de guerre, les chirurgiens-dentistes rescapés de cette période étaient peu nombreux en 1985 (moins de 30), il a fallu tout reconstruire progressivement. La Faculté dentaire de Phnom Penh a rouvert ses portes à la fin des années 80. Les services dentaires en province étaient quasiment inexistants.

Le secteur dentaire s'est progressivement reconstruit, aujourd'hui 400 dentistes ont été formés et exercent dans le secteur privé et public.

Le Cambodge est le pays d'Asie du Sud-Est qui présente un taux d'infection VIH/SIDA parmi les plus élevés de la région. L'hépatite B est également très répandue avec plus de 14 % de la population atteinte selon certaines enquêtes.

L'AOI a aidé la faculté dentaire à mettre en place un programme de contrôle des infections nosocomiales depuis 2002. Une stérilisation centrale a été entièrement construite, une réorganisation totale des soins au fauteuil a été mise en place pour diminuer les contaminations croisées. Les services ont été aménagés et tout le personnel formé. Enfin, un programme de formation des étudiants a été ajouté à leur cursus universitaire

^{*}Responsable AOI Laos et Cambodge

^{**}Pharmacien, Chef de Service - Hôpital de Longjmeau,

^{***}Vice-Doyen de la faculté de Clermont-Ferrand

Témoignage: Faculté au Cambodge



Suon Pany^{*}

Comment s'est déroulé le projet ?

Une évaluation a été effectuée en janvier 2002, cela nous a permis de nous rendre compte des points fables.

Nous avons décidé de mettre en place une stérilisation centrale pour que tous les instruments utilisés dans la clinique soient bien stérilisés.

Nous avons commencé par former le personnel avec l'appui de l'AOI.

Le changement des mentalités n'est pas si facile, il a fallu du temps pour qu'ils comprennent les avantages de notre projet.

Il fallait également suffisamment de matériel pour mettre en place la stérilisation centrale, nous avons dû faire un inventaire, établir des listes de sets, et estimer les besoins en instruments supplémentaires. Il manquait des instruments. Nous avons évalué le budget nécessaire pour mettre en place le projet.

Nous avons essayé ici de mettre en place un système adapté à nos moyens et notre situation Par exemple, il n'était pas possible de faire des emballages de sets de soins en plastique, nous avons utilisé des tissus, qui peuvent également être utilisés comme champs.

Quels sont les résultats ?

J'ai vu les résultats des évaluations (1), il y a une grosse amélioration après 2 ans déjà, nous avons pu accomplir des progrès importants, il faut continuer à avancer pour atteindre un meilleur niveau encore.

Quelle évolution à l'avenir ?

Nous voudrions mettre en place une formation préclinique pour les étudiants de 4e année et un stage pour que les étudiants apprennent à respecter les règles d'asepsie.

Je remercie beaucoup l'AOI de nous avoir aidés à accomplir ce projet et je souhaite que cette collaboration continue.

*Doyen de la faculté



la salle de stérilisation avant et après les travaux...



1. site aoi: www.aoi-fr.org (projet Cambodge)

2. Site d'information sur le secteur dentaire au Cambodge: www.oralhealthcambodia.com

Contrôle de l'infection en zone rurale

infirmier doit être conscient que la source de l'infection peut être le patient mais aussi lui-même; le véhicule de l'infection peut être l'air, l'eau, les surfaces et l'instrumentation mais aussi le soignant. Il est au centre du soin et il peut être responsable des contaminations croisées d'un patient à un autre.

La prévention contre la contamination croisée débute par une évaluation du patient (interrogatoire pour rechercher tout risque d'infections), par une protection individuelle (lavage des mains, port de blouse, masque et gants), par le traitement de l'instru-

mentation utilisée lors du soin et par l'asepsie de celui-ci. Les gants à usage unique sont portés si le soin présente du sang et ils doivent être utilisés une seule fois, autrement l'infirmier doit être conscient que des gants réutilisés sont une fausse barrière protectrice et considérer qu'il travaille à mains ques

Le lavage des mains avant et après chaque soin est primordial et doit s'effectuer avec un détergent contenant un antiseptique ou, à défaut, un détergent simple en allongeant le temps de lavage et en insistant sur l'action mécanique de frottement des mains les unes sur les autres.

Le traitement de l'instrumentation utilisée lors du soin est aussi primordial car une instrumentation sale est véhicule d'infection. Tout de suite après l'acte, les instruments sont immergés dans une solution contenant un détergent pour décoller toute salissure visible (sang, salive, fragments osseux...).

Ce matériel doit être ensuite nettoyé en insistant sur le frottement des surfaces lisses ou le brossage des surfaces rugueuses avec respectivement un linge propre ou une brosse. Un rinçage à l'eau est ensuite effectué pour éliminer toute trace de détergent et renforcer le nettoyage par l'action mécanique de l'eau sur l'instrument. Le séchage de l'ins-



Les gants à usage unique sont portés si le soin présente du sang et ils doivent être utilisés une seule fois.

trumentation permet d'éliminer toute trace d'eau et utilise aussi l'action mécanique qui améliore encore le nettoyage.

La phase suivante est la stérilisation (Poupinel ou autoclave) mais en brousse, l'infirmier réalise plutôt une désinfection. Celle-ci est faite en utilisant trois méthodes qui sont par ordre de préférence:

- la vapeur d'eau d'un récipient sous pression (cocotte minute): le matériel est laissé au contact de la vapeur d'eau pendant dix minutes,
- l'eau bouillante dans lequel le matériel est immergé pendant vingt minutes.
- une solution désinfectante comme

l'eau de Javel avec immersion totale des instruments pendant quinze minutes. L'eau de Javel a l'inconvénient majeur de corroder rapidement l'inox et de fixer les protéines. De plus elle est très volatile et la concentration utilisée est souvent inférieure à la concentration efficace. Cette méthode est donc à éviter et il vaut mieux privilégier les deux premières.

Cette opération de désinfection doit être suivie par un rinçage minutieux et si l'instrumentation n'est pas aussitôt réutilisée l'étape ultime est le séchage de l'instrumentation avec un linge propre. Le rangement de l'instrumentation propre et sèche n'est pas à négliger et demande un conditionnement propre (champs, tiroirs, boîtes...).

En conclusion, l'infirmier doit recevoir une formation en hygiène sur l'asepsie des soins. Il doit prendre conscience qu'il peut être très facilement responsable de la transmission d'une infection d'un patient à un autre. Il doit étudier et préparer son soin. Une instrumentation propre, des mains propres, ne suffisent pas. Les conditions dans un dispensaire comme dans un cabinet dentaire demandent la même rigueur.

Guillemette Clapeau

Pharmacien - Chef de service Hôpital de Longjumeau

Formation et recherche

Une association de solidarité internationale s'implique dans les processus de formation et de recherche

Jean-Claude Borel*



Le besoin de formation a plusieurs origines

• Sur le terrain

Dans les pays où l'AOI met en place ou réhabilite un service de consultation (comme ce fut le cas au Cambodge, au Vietnam, au Burkina Faso...), il est souhaitable qu'une ou plusieurs sessions de formation continue soient organisées à l'intention des praticiens et de tous les acteurs de l'équipe odontologique locale (assistants, infirmiers, prothésistes).

• En France

On constate que la formation doit couvrir des thématiques très diverses et souvent très éloignées des connaissances requises pour exercer l'odontologie en cabinet libéral dans un pays industrialisé.

Pour répondre à ces exigences, l'AOI a sollicité depuis plusieurs années le concours de l'Université, sous la forme d'un partenariat avec la Faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand.

C'est un exemple d'ouverture d'une Faculté et de l'intérêt qui la porte vers des domaines où elle n'intervient pas habituellement. L'échange est fructueux, chaque partenaire apportant son expérience:

- l'ONG pose les problèmes spécifiques des pays en développement ou des populations défavo risées;
- les enseignants doivent conduire une réflexion et proposer des solutions originales adaptées aux conditions locales.

On touche ici la problématique essentielle: les programmes et objectifs de formation dans les pays en développement sont nécessairement différents des

programmes et objectifs de formation définis dans les pays industrialisés.

À l'évidence, les besoins de chaque population sont différents au sein d'un environnement différent; il est donc logique que les solutions ne soient pas standardisées.

La qualité de la démarche résulte donc de la réflexion préalable sur les profils de formation, sur leur contenu et sur les moyens de son évaluation.

La formation dispensée au Burkina-Faso constitue une intéressante illustration de la collaboration entre la faculté de Clermont-Ferrand et l'AOI.

Pour la mise en œuvre de son Plan National de Santé Bucco-Dentaire, le ministère de la santé du Burkina-Faso sollicite l'Aide Odontologique Internationale. Après analyse de la situation, trois axes d'intervention sont définis:

- prévention et promotion de la santé bucco-dentaire,
- réhabilitation des services dentaires,
- formation des personnels : odontologistes, assistantes, infirmiers, prothésistes.

La formation des personnels est confiée à trois enseignants de la Faculté de Clermont-Ferrand. Une concertation entre tous les partenaires et les priorités identifiées lors de l'analyse de situation conduisent à définir trois thèmes:

- hygiène et prévention des contaminations au cabinet dentaire:

santésolidaritéaide au développement

Les enseignants doivent conduire une réflexion, en faisant abstraction des pratiques habituelles et proposer des solutions originales adaptées aux conditions locales.

- diagnostic et traitement des pathologies dentaires;
- réalisation des prothèses amovibles partielles et total e s .

Afin de préparer leur intervention, les enseignants élaborent pour chaque thème un questionnaire d'évaluation qui est soumis à chaque catégorie de personnel afin de cerner:

- le niveau de connaissances théoriques,
- les protocoles de routine,
- les motivations individuelles.

Le dépouillement des réponses permet de cibler les besoins et de définir les méthodes pédagogiques.

Le cours qui s'accompagne de démonstrations pratiques se doit de prouver qu'une pratique clinique de qualité peut être développée dans le respect du patient, même;

- sans moyens dispendieux,
- dans l'environnement local,
- sans compromis à la qualité.

Sur une semaine, par petits groupes, l'enseignement fait alterner des séquences théoriques et des démonstrations pratiques. Celles-ci sont enregistrées avec un matériel vidéo d'amateur. La bande enregistrée permet ultérieurement de revenir en détail sur les séquences essentielles et de les commenter sous forme d'un enseignement dirigé interactif.

Le dernier jour du séminaire, un questionnaire d'évaluation est soumis à chaque participant. L'analyæ des réponses offre encore la possibilité de revenir sur des problèmes essentiels au cours d'une table ronde.

Si la méthode et les outils employés dans ces formations semblent adéquats, ce type d'action, pour être efficace, ne doit se faire qu'en appui à un projet local souteru par une tutelle ministérielle impliquée dans l'évaluation du projet

*Faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand

Réseau de santé publique bucco-dentaire en Afrique de l'Ouest

Lors de l'atelier qui s'est tenu à Ouidah du II au I3 avril 2006, le projet de réseau de santé publique bucco-dentaire d'Afrique de l'Ouest a été adopté.

Ce réseau est un espace qui met en relation les acteurs de plusieurs pays, dans une dynamique d'échange de données, d'expériences et de renforcement des capacités dans le but de développer la santé bucco-dentaire et la promotion de la santé en Afrique de l'Ouest.

Organisation autonome inter-pays parrainée par l'OMS, la FDI, et l'AOI accueillant librement tous les chirurgiens-dentistes,

animée par chaque groupe réseau pays et s'appuyant sur un secrétariat technique.

Le réseau vise à organiser

- un accès aux banques de données,
- des activités de recherche opérationnelle,
- une formation en santé publique,
- des rencontres scientifiques africaines et internationales.



Diplôme Universitaire

Pour la formation spécifique des collaborateurs de l'AOI, un Diplôme Universitaire« Initiation à une démarche de Santé Publique dans le domaine de la Santé Buccodentaire: populations défavorisées et Pays en développement.» est enseigné depuis 1999 à la Faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand.

Cette formation veut apporter une réponse aux questions que se posent étudiants et praticiens sur le rôle et les actions des ONG dans le domaine des soins buccodentaires.

Durée: deux ans. Inscriptions limitées à 25 étudiants.

le année: 5 séminaires de 2 jours

2e année: 4 séminaires de 2 jours et stage

Objectifs principaux:

- acquérir la méthodologie propre aux démarches de santé publique;
- appréhender la problématique de santé bucco-dentaire des populations défavorisées;
- acquérir la méthode de mise en œuvre des programmes;
- acquérir la méthode d'analyse de situation.

En savoir plus : http://webodonto.u-clermont1.fr www.aoi-fr.org

Élargir les horizons de la recherche

Christopher Holmgren*

es ressources disponibles pour la santé buccodentaire sont toujours limitées mais elles le sont particulièrement dans les pays en développement et chez les populations défavo risées. C'est pourquoi il est essentiel que toute action dans ce domaine soit fondée sur des pre u ves et sur un rapport coût-efficacité afin d'éviter leur gaspillage par des interventions inefficaces voire potentiellement néfastes. L'éducation pour la santé bucco-dentaire et le détartrage occasionnel sont des exemples d'interventions courantes pour lesquelles la recherche a montré qu'elles ne reposaient que peu ou pas sur des preuves scientifiques (1, 2).

La recherche en santé bucco-dentaire est principalement faite dans les pays développés et il faut être prudent dans l'extrapolation des résultats et leur application dans les pays en développement où les situations diffèrent. Ainsi, des interventions dont l'efficacité a été prouvée dans un pays développé peuvent être ni faisables, ni acceptables, ni pérennes dans un pays en développement. Il est donc nécessaire de conduire des recherches complémentaires dans les pays en développement, particulièrement sur les services de santé. Cette recherche étudie les facteurs sociaux, les systèmes de financement et le structures organisationnelles, les techniques utilisées en santé et le comportement des personnels affectant l'accès, la qualite et le coût des soins (3).

Puisque les ressources sont toujours limitées, la recherche en santé bucco-dentaire a besoin de s'orienter vers des domaines susceptibles d'apporter des résultats utiles plutôt que vers des domaines plus ou moins ésotériques. Pour cette raison, concernant les soins bucco-dentaires pour les pays en développement, la recherche doit être centrée sur l'apport de soins essentiels efficaces à un maximum d'individus pour le moindre coût (4). Ceci devrait être renforcé par les bailleurs de fonds pouvant offrir des financements pour une recherche dans ce domaine.

Malheureusement, il y a très peu de recherches entreprises dans les pays en développement, en partie à cause de la difficulté de mise en œuvre, en partie à cause du manque d'expertise locale et, enfin, parce que leur financement est difficile à trouver. Une solution est le partenariat

Exemples de sujets de recherche dans les pays en voie de développement

- 1. Traitements préventifs et curatifs
- Méthodes utilisées pour prévenir des maladies bucco-dentaires courantes ou à risque mortel, par exemple l'usage approprié du fluor en prévention de la carie, les méthodes de promotion de l'arrêt du tabagisme en prévention des cancers buccaux.
- Méthodes utilisées pour traiter les maladies bucco-dentaires, par exemple le Traitement Restaurateur Atraumatique (TRA) pour les caries (5).
- 2. Systèmes et personnels de santé
- Acceptabilité et accessibilité des différents types de soins bucco-dentaires.
- Formation du personnel soignant type de personnel requis, durée et contenu des formations
- Utilisation des soins bucco-dentaires et des autres systèmes de santé, accessibilité, satisfaction du patient, satisfaction du soignant.
- 3. Systèmes de financement des programmes de santé bucco-dentaire
- · Micro financement de programmes de santé communautaire
- · Assurance de santé communautaire
- 4. Plaidoyer et promotion de la santé bucco-dentaire
- Évaluation des différentes formes de plaidoyer pour la santé bucco-dentaire

entre des chercheurs locaux et des experts internationaux qui peuvent aider dans l'établissement du protocole, le déroulement et la publication des études. Les résultats ainsi obtenus par une compétence locale, respectant des standards internationaux, peuvent être alors intégrés dans les bases de données mondiales. Par conséquent, une recherche bucco-dentaire efficace peut contribuer à améliorer la santé bucco-dentaire de la majorité de la population mondiale n'en bénéficie pas.

*Professeur Honoraire, Centre Collaborateur OMS, Centre Médical de l'Université de Radboud Medical Centre, Nijmegen, Pays Bas.

RÉFÉRENCES

- 1. Kay E, Locker D. À systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. Community Dent Health. 1998 Sep; 15 (3): 132-44.
- Lembariti BS, van der Weijden GA, van Palenstein Helderman WH. The effect of a single scaling with or without oral hygiene instruction on gingival bleeding and calculus formation. J Clin Periodontol. 1998 Jan; 25 (1): 30-3.
- 3. Lohr KN, Steinwachs DM. Health Services Research: An evolving definition of the field Special Article. Health Serv Res. 2002 Feb:37(1):7-9.
- Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderman WH. Basic Package of Oral Care. WHO Collaborating Centre, Nijmegen, 2002. http://www.whocc-nijmegen.nl/BPOC.pdf
- Frencken JE, Holmgren CJ. Atraumatic Restorative Treatment for dental caries. STI Book b.v. Nijmegen 1999.

santésolidaritéaide au développement

Précarité en France

Isabelle Thiebot

ar ailleurs, un certain nombre de patients en difficulté sont écartés des cabinets dentaires. Les déterminants qui mettent à mal l'accès aux soins et font le lit d'une santé dentaire à plusieurs vitesses sont multiples.

AOI en France

En 1996, à la demande du Comité Médical aux Exilés (Comede) et de la polyclinique du CHU du Kremlin-Bicêtre, l'AOI a ouvert des vacations de soins gratuits pour des populations n'accédant ni à leurs droits sociaux ni aux soins. Cette réponse humanitaire d'urgence n'est pas sans risques en termes d'insertion et de substitution.

D'une part, plus de 60 % des patients reçus sont peu désocialisés et peuvent recourir, avec un petit coup de pouce, aux cabinets de proximité; mais il est humain, lorsque l'on est confronté à une somme de diffcultés matérielles et administratives, que l'on bénéficie d'un bon accueil et d'une prise en charge inconditionnelle, d'avoir du mal à retourner vers une structure classique avec ses contraintes. Ce processus de "fidélisation", difficile à éviter, contri bue au maintien de la marginalisation.

Consciente de ces limites, l'association a travaillé sur la problématique de l'accès aux soins. (voir encadré).

Une santé dentaire à deux vitesses (et plus)!

Plafond de ressources CMU (pour une personne): 586 euros. Plafond de ressources de l'aide à la mutualisation (pour une personne): 717 euros.

Délai pour obtenir ou renouveler la CMU: minimum 2 mois. 40% des personnes seules gagnent entre 652 euros et 1 182 euros par mois. 2007, en France, les associations humanitaires à vocation internationale sont encore sollicitées pour pallier les déficits de l'accès aux soins!

Au contact des patients, des situations et des comportements, de nombreux constats ont été faits : La protection sociale, bien que très améliorée par la CMU, présente encore des failles :

- les effets de seuils, les délais administratifs, le coût d'une bonne mutualisation sont de réels obstacles à la prothèse dentaire et parfois aux soins.
- la protection sociale dentaire pour les plus démunis est d'une rare complexité pour qui n'est pas un professionnel. Composée de quatre dispositifs, elle est unique en son genre: seule spécialité dans laquelle le plan de traitement est fonction de la protection sociale du patient. Les travailleurs sociaux s'y perdent et renoncent fréquemment à inciter les personnes au recours aux soins!

La réussite de la réinsertion des patients, implique un accompagnement individuel, par du personnel maîtrisant la globalité des données médico-sociales. La prise en compte simultanée de l'état dentaire, de l'état général et de la situation sociale est indispensable pour lever les réticences ancrées sur des détails techniques et financiers et pour proposer des orientations adaptées.

La "relation de confiance" est soumise à la rencontre de 2 cultures qui portent des représentations et des objectifs différents.

- La "culture de la précarité" induit des pertes de repères médicaux et sociaux. La personne désocialisée se situe uniquement dans le présent et évacue les enjeux du lendemain. En matière de santé, cela se traduit par des demandes de soins en urgence et ponctuelles, par l'absence de prévention et l'interruption des soins.
- La culture du praticien est celle d'un professionnel qui envisage d'emblée l'avenir et une réhabilitation globale. Il interprète la conduite du patient avec les clés qu'il utilise habituellement pour établir une relation de confiance mais qui, alors, ne fonctionnent pas.

La "culture de la précarité" induit des pertes de repères médicaux et sociaux, des comportements inadaptés en matière de prévention et de soins

Ce décalage est source de malentendus. Par exemple, un patient vient pour être soulagé d'une douleur aiguë. Le soulagement va-t-il lui permettre de retrouver la notion de risque pour l'avenir, la responsabilité de sa santé et la motivation voulue pour s'engager dans des soins éventuellement longs et complexes ? Pas toujours ! Il faut savoir que, jamais il n'osera refuser un prochain rendez-vous, mais, si la hiérarchie des priorités qui avait, précédemment, laissé de côté la santé, reprend le dessus, il ne s'y présentera pas. Le praticien ne comprend pas, il est déçu, ses efforts ne sont pas récompensés.

Quelques pistes à "œuser":

- Diminuer les délais administratifs.
- Former du personnel social à l'accès aux soins dentaires.
- Former les étudiants et les praticiens à la prise en charge des patients de groupes vulnérables.
- Attribuer des moyens financiers à des dispositifs innoants qui allient le médical et le social (réseaux, permanences dans des structures d'accueil de personnes précarisées...).

En conclusion de ce rapide survol (à compléter et développer!) : la tranche de la population, aux revenus intermédiaires, est la plus en difficulté. Le choc culturel du praticien et du patient désocialisé est un critère à ne pas sous-évaluer. Face à un problème multifactoriel, il faut privilégier des approches globales. Enfin, les praticiens qui reçoivent beaucoup de patients en situation de précarité le disent : lorsque le cap de la relation de confiance est franchi, elle devient très gratifiante. Notre souhait est que tous puissent l'expé-

rimenter.

Accès aux soins : des objectifs et des activités parallèles aux soins gratuits

- Pour identifier les difficultés du recours aux soins : des expériences d'accompagnement de patients vers le secteur de soins de droit commun, basées sur des entretiens avec ou sans examen clinique.
- Pour connaître les réalités qualitatives et quantitatives de l'offre de soins : deux enquêtes auprès des praticiens du Val-de-Marne (1998-2004).
- Pour informer les praticiens et les travailleurs sociaux sur la protection sociale dentaire des plus démunis : édition d'un guide médico-social d'accès aux soins dentaires dans le Val-de-Marne.

Vous avez un projet et vous voulez partir?

Nous rencontrons régulièrement des confrères qui souhaitent apporter une aide dans des pays du Sud, nous essayons dans la mesure de notre expérience de les conseiller.

Je vais partir en mission pour la première fois, avez-vous des conseils ?

Il est préférable, au début, d'observer et d'évaluer la situation, afin de préparer une éventuelle action. Ne pas foncer tête baissée en voulant aider trop vite. En gros... réfléchir avant d'agir... Ce n'est pas si facile d'aider un confrère ou une population.

Que faire pour mieux connaître la situation ?

Dans tous les pays se présenter aux autorités locales, aux confrères pour les informer de vot revenue et s'assurer que ce que vous voulez faire s'intègre bien dans le système local. Il n'est pas possible que des personnes viennent dans un pays sans autorisation et sans informer les autorités concernées.

Globalement, penser à renforcer les compétences du personnel local, plutôt que de faire vous-même.

Pour en savoir plus : le site de l'AOI www.aoi-fr.org (FAQ dans le dossier présentation et les dossiers thématiques).

santésolidaritéaide au développement

Pour les étudiants, une opportunité de premiers contacts... Cette étape de rencontres et de découvertes permet de nouer des liens et de découvrir des réalités différentes. De ces expériences, forcément ponctuelles au départ, résulte le goût d'approfondir la démarche avec des objectifs de pérennité.

Étudiants: points de départs...

Stages cliniques étudiants au Vietnam

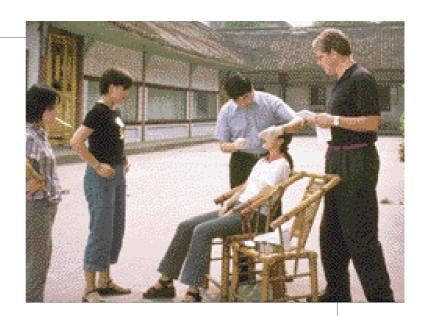
énéficiant de conventions passées entre la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh Ville (HCMV) et la faculté d'odontologie de Marseille, les étudiants en chirurgie dentaire marseillais effectuent, depuis 1998, des missions au Vietnam pendant les vacances universitaires d'été.

Regroupés au sein de l'association Action Dentaire Humanitaire des Étudiants Phocéens (ADHEP), ils accomplissent au-delà d'un simple stage clinique, de véritables actions solidaires:

- dépistage dans les orphelinats et écoles défavorisées d'HCMV à partir des fiches de bilans buccodentaire modèle UFSBD
- éducation à l'hygiène bucco-dentaire par séances collectives ou par petits groupes.
- soins gratuits pour les enfants dépistés à la faculté d'HCMV
- dons de matériel dentaire et médicaments à la Faculté et aux orphelinats.

Ces actions se font toujours en collaboration avec les étudiants vietnamiens (francophones) issus de la filière francophone de la faculté d'HCMV, le soutien chaleureux des responsables de la faculté.

Pour les étudiants, les enseignements sont nombreux:



- opportunité de formation professionnelle et humaine de telles actions;
- motivation des étudiants non seulement marseillais et vietnamiens mais aussi de toute la France;
- la difficulté de trouver des financements pérennes auprès des partenaires, malgré la démonstration du bien fondé et de l'efficacité de nos missions. Depuis 2003, avec l'arrêt des subventions du Conseil Général, les étudiants partent sur leurs propres deniers...
- l'importance de la transmission des informations notamment par des rapports de missions pour assurer la continuité des missions et la crédibilité auprès des partenaires.

Samy Nguyen Van

Enfants du Désert

n 2005 une association mauritanienne, Enfants du Désert, a fait appel à une étudiante en dentaire nantaise pour intervenir dans ses dispensaires. Cette dernière a regroupé autour d'elle quatre étudiants désireux d'utiliser leurs compétences à des fins humanitaires. C'est ainsi que va se créer: l'OUED: Organisation Humanitaire des Étudiants en Dentaire.

Renseignements pris, ceux-ci découvrent et prennent la mesure de la tâche qui désormais leur incombe: venir en aide à une population mauritanienne dont la « santé dentaire » est sur un versant de délabrement avancé, comparé à d'autres pays alentours où celle-ci semble plus en avance. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte: d'une part un seuil de pauvreté rendant difficile l'accès aux soins, un manque de structures adaptées aux soins dentaires: matériel et salles d'opération quasi inexistants, et d'autre part, l'étendue géographique du pays où une population encore nomade vit en dessous du seuil de pauvreté et dans des conditions de grande précarité.

D'où un premier objectif de venir chaque année en décembre, là où les conditions climatiques sont les plus adaptées pour des Européens. Un séjour de deux semaines avec une première semaine passée sur place à Atar: ville importante de Les objectifs sur l'ensemblede la mission : prodiguer les soins d'urgence, apporter des notions de prévention passant par l'hygiène bucco-dentaire



Mauritanie, suivie d'une semaine itinérante à la rencontre des populations vivant en campements dans le désert.

Prévenir-Soigner

Les deux objectifs sur l'ensemble de la mission seront, tout en prodiguant les soins d'urgence (extractions principalement), d'apporter des notions de prévention passant par l'hygiène bucco-dentaire. Deux praticiens hospitaliers (Hôpital de Nantes) vont accompagner les étudiants (nantais) leur apportant une aide précieuse lors de situations cliniques complexes.

Partir dans de telles missions a un coût: c'est pour cela que l'association met en place tout au long de l'année différentes manifestations, nécessaires à la récolte des fonds. Trouvant écho auprès des dentistes et différents laboratoires sensibilisés à leur cause ils auto-financent chaque mission; frais de voyage et logement nourriture sur place pour toute l'équipe (12 personnes),

plus location d'un chauffeur et interprète; mais également à l'achat de matériel servant à leur pratique et qui sera laissé sur place.

L'éducation bucco-dentaire apportée dans un premier temps aux enfants, c'est, cette fois-ci, pour plus d'efficacité, reportée et accentuée sur les mamans et les enseignants: nos meilleurs relais après notre départ.

Nous avons apporté des panneaux explicatifs sur la dent saine, la technique de brossage, la dent cariée, jeux et autres sketches mis en place nous ont aidés à faire passer nos messages de prévention. Dans le désert, notre discours était adapté aux habitudes et niveau de compréhension. C'est toujours le versant ludique qui nous a permis d'être au plus près des enfants nomades, et auprès desquels nous avons eu beaucoup de succès.

Caroline.bouvattier @hotmail.fr

Lymphome de Burkitt

À côté d'actions de santé publique, il existe des initiatives humanitaires à moins grande échelle permettant la prise en charge de maladies souvent peu connues qui sont pourtant de véritables indicateurs de pauvreté en Afrique sub saharienne comme le noma et le lymphome de Burkitt.



Créée en 2006 par 3 dentistes français, VICTOIR vise le dépistage, la prise en charge et le suivi du lymphome de BURKITT au Togo. Ce cancer pédiatrique aux premiers symptômes dentaires répond très bien à la chimiothérapie, malheureusement inaccessibleaux enfants togolais. VICTOIR recherche des fonds pour combatt re ce tte inégalitécriante Nord-Sud. À Lomé, le re lais est assuré par 2 jeunes médecins togolais, en collaboration avec le CHU-tokoin. Aujourd'hui, 1 enfant est guéri, 3 autres sont en cours de traitement.

Cyril Plasse, secrétaire général de VICTOiR plasse_cyril@yahoo.fr

santésolidaritéaide au développement

Missions Humanitaires en brousse malgache

u 7 juillet au 20 septembre 2004, quatre étudiants en fin de 5° année à la Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg, se sont rendus, dans le cadre d'un stage extériorisé, à l'Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar (IOSTM) à Mahajanga.

Durant tout le mois de juillet, nous avons travaillé à la clinique de l'IOSTM en compagnie des étudiants de 5° année malgaches. Nous avons confronté nos idées et mis en commun nos expériences cliniques si différentes.

Nous avons pu organiser et participer à une journée de soins et de prévention en brousse, dans une école construite par une ONG française « Écoles du Monde », non loin de Mahajanga. Cette opération a été réalisée grâce au matériel que nous avions apporté.

Par ailleurs, des séances de soins dentaires dans des dispensaires, ont été organisées et financées par le Conseil National de l'Ord re dans trois villages différents. En trois matinées, nous avons vu, avec 10 à 15 praticiens, 650 patients. (soit 837 dents extraites, 108 dents



obturées, 18 fluorations et 6 détartrages).

Nous avons aussi accompagné la promotion de 5° année à leur fameux « Stage de brousse ». Pendant huit jours, les étudiants apprennent à organiser une mission de soins en brousse.

Près de 300 patients ont pu être soignés (soit plus de 500 avulsions et une cinquantaine de soins).

Les missions d'urgence, salutaires ponctuellement pour ces populations, ne règlent pas pour autant le problème de fond. Une prise en charge globale de la santé bucco-dentaire passe par la mise en place de programmes de développement qui permettent aux populations locales de s'affranchir à long terme de l'aide des ONG.

Anthony Kurtz

L'Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD) soutient les actions de solidarité des étudiants

De nombreux étudiants de toutes les facs partent apporter leur aide autour de projets de prévention, d'aide au développement ou bien de soins bucco-dentaires.

Notre objectif est de permettre une dynamique nationale d'échange entre les étudiants porteurs de projets. Ainsi, les étudiants peuvent savoir ce qui est réalisé dans les différentes facultés de France, et en discuter sur le site www.unecd.org rubrique humanitaire. Enfin une rencontre, ouverte à tous, autour des différents retours de missions sera organisée à l'automne, en lien avec l'ANEOS, Association Nationale des Étudiants Odonto-Solidaires, association créée en 2005 qui a pour vocation de fédérer, aider et pérenniser toutes ces initiatives (plus d'infos: www.aneos.fr).

Magali Riégert, Chargée de mission solidarité/humanitaire pour l'UNECD, Présidente de l'ANEOS