

UNIVERSITÉ DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2017

N° 005

**L'HUMANITAIRE EN DENTISTERIE :
EXEMPLE D'UNE MISSION AU
CAMBODGE ET À MADAGASCAR**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement par

Mehdi FLEURY

Né le 03 juillet 1987

Le XX/XX/XXX devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Brigitte LICHT

Directrice : M. le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Co-directrice : M. le Docteur Isabelle HYON

Assesseur : M. le Docteur Christian VERNER

Invité : M. le Docteur Aurélien FRUCHET

INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS	5
1.1 Définition du terme humanitaire	5
1.2 L'humanitaire de ses origines à nos jours	5
CHAPITRE 2 : DENTISTERIE ET AIDE HUMANITAIRE	7
2.1 Les différentes missions odontologiques possibles et existantes.....	7
2.2 Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) françaises et internationales	7
2.3 Une ONG exclusivement dentaire : Aide Odontologique Internationale (AOI).....	12
2.4 Le Paquet Minimum d'Activité (PMA)	14
2.5 Un point sur la santé bucco-dentaire dans le monde.....	15
CHAPITRE 3 : LA VIE DE L'EXPATRIÉ	17
3.1 Préparer son départ.....	17
3.1.1 Évaluer ses motivations	17
3.1.2 Organiser son temps libre avant le départ.....	19
3.1.3 Administratif	20
3.1.4 Santé.....	21
3.1.5 Autres conseils pratiques.....	23
3.2 Sur le terrain.....	25
3.2.1 Conditions de vie	25
3.2.2 Contacts avec la population locale	26
3.2.3 Sécurité, documents et démarches indispensables une fois sur place	27
3.2.4 Gestion du stress	28
3.3 Le retour	31
3.3.1 Préparation du retour	31
3.3.2 Décalages psychologiques	31
3.3.3 Bilan de santé au retour	32
3.3.4 Débriefing	32
CHAPITRE 4 : LE CAMBODGE	34
4.1 Présentation du Cambodge.....	34
4.1.1 Géographie	35
4.1.2 Histoire du Cambodge	35
4.1.3 Situation démographique	36
4.1.4 Situation économique.....	36

4.1.5 Situation sanitaire générale et système de santé	38
4.1.6 Situation bucco-dentaire au Cambodge	39
4.2 Mission au Cambodge, août 2013 (état de santé bucco-dentaire).....	40
4.2.1 Objectifs, mise en place et présentation de l'association Pharma Libre	40
4.2.3 Méthodologie	41
4.2.4 Résultats	42
CHAPITRE 5 : MADAGASCAR.....	49
5.1 Présentation de Madagascar.....	49
5.1.1 Géographie	49
5.1.2 Histoire de Madagascar	50
5.1.3 Situation démographique	52
5.1.4 Situation économique.....	53
5.1.5 Situation sanitaire générale et système de santé	54
5.1.6 Situation bucco-dentaire à Madagascar	55
5.2 Mission à Madagascar 2014.....	55
5.2.1 Présentation de l'association Oued : mise en place et objectifs	55
5.2.2 Prothèse	58
5.2.3 Matériel	60
5.2.4 Méthodologie	61
5.2.5 Résultats	68
CONCLUSION	73
références bibliographiques	74

INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire n'est pas une préoccupation majeure dans les pays en voie de développement. Pourtant, il s'agit bien d'un réel problème de santé publique.

Bien que populaire, l'aide humanitaire est exposée à une médiatisation excessive et à la surveillance politique d'états parfois suspicieux à son égard.

L'exigence de solidarité devrait être ancrée en chacun de nous dans un sens moral et éthique vis-à-vis de l'ensemble des habitants de cette planète. Si certains d'entre nous se sentent moins concernés par ce qui se passe loin de notre pays, le problème de santé bucco-dentaire touche aussi les pays développés dont la France. La solidarité doit s'adresser partout et à tous, sans distinction, y compris dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Il faut considérer la santé d'un point de vue mondial, car elle influe globalement sur l'avenir de l'humanité. Agir solidairement permet non seulement d'aider l'autre, mais également de s'aider soi-même.

Ce travail cible le thème de l'odontologie humanitaire, dans le but de mieux faire comprendre cette action qui, tout en s'inscrivant dans un contexte général médiatique reste souvent méconnue dans son fonctionnement ainsi que dans ses enjeux.

Nous aborderons l'origine de l'action humanitaire, puis nous nous intéresserons à l'inventaire des différents types de missions qui existent et à leur importance dans le domaine odontologique.

Il m'a semblé également important de regrouper dans cette thèse certaines démarches administratives et médicales à effectuer et quelques conseils pratiques, afin de faciliter l'investissement d'un praticien ou d'un étudiant lors d'une première expérience humanitaire.

Ce sont mes deux expériences humanitaires personnelles, l'une au Cambodge en 2013 et l'autre à Madagascar l'année suivante, qui m'ont servi de base de réflexion. Après une présentation de chacun des pays, je présente les actions menées d'une part au sein de l'association étudiante Pharma Libre, et d'autre part au cœur de l'association étudiante l'OUED, avec laquelle j'ai participé à une opération humanitaire odontologique type.

CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS

1.1 Définition du terme humanitaire

HUMANITAIRE :

Qui s'intéresse au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'homme, vient du mot latin *humanitas* « douceur, dévouement, affabilité » (1)

L'action humanitaire, par définition, vise à améliorer la condition des hommes et à rechercher le bien de l'humanité. Dans son principe, il s'agit de l'action de secourir mais avec une dimension fraternelle et humaniste.

Son but est de réduire la souffrance de l'autre dans un acte de solidarité et d'humanité. En ce sens, il dépasse le simple geste de secourir.

À l'heure d'un modèle fondé sur la réussite et sur l'argent, le travail dans l'humanitaire s'exerce de façon totalement désintéressée. Porter secours à tout être humain, quel qu'il soit, où qu'il se trouve est une noble tâche qui lui confère une connotation hautement positive.

Mais comment l'humanitaire est-il devenu ce qu'il est aujourd'hui ?

1.2 L'humanitaire de ses origines à nos jours

En Occident, dès le Moyen-Âge, fleurissent des hospices pour les plus démunis. À l'époque les catastrophes naturelles, les guerres, la famine et la misère sont considérées comme des épreuves divines. Ainsi en est-il de la peste noire au XVI^{ème} siècle (environ 25 millions de victimes en Europe) ou des ravages liés à la guerre de Cent Ans.

L'Église s'efforce de soulager les peines et les souffrances mais ne traite pas les causes et ne conteste pas l'ordre établi ni les pouvoirs en place, souvent responsables de ces situations.

En 1633, porté par cette charité chrétienne, Saint Vincent de Paul vient en aide aux pauvres et aux malades en créant sa congrégation qui perdure encore de nos jours sous forme de fondation. (4)

Le siècle des Lumières apporte une dimension politique à l'action humanitaire et à la solidarité.

La création des premières grandes organisations humanitaires est une réponse au bilan désastreux

des conflits du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle et la prise de conscience qui en résulte.

En 1863, Henry Dunant fonde le comité international de la Croix Rouge. En 1928, les œuvres hospitalières de l'Ordre de Malte sont reconnues d'utilité publique par le gouvernement Français.

En 1946, le Secours Catholique association fondé en 1946 par Jean Rodhain voit le jour pour venir en aide aux prisonniers de guerre.

En 1961, le Comité Catholique, en partenariat avec le Secours Catholique, voit le jour avec comme objectif la lutte contre la faim dans le monde. C'est la première Organisation Non Gouvernementale ou ONG Française qui se donne pour mission trois grands objectifs :

- soutenir par l'action les pays en voie de développement ;
- sensibiliser et mobiliser l'opinion publique ;
- obtenir des règlementations internationales.

Héritière de la charité chrétienne et de l'humanisme du siècle des Lumières, l'ère de « l'humanitaire moderne » voit le jour. (3)

Les nombreuses guerres civiles qui ont eu lieu dans les années 1970-1980, et durant lesquelles les institutions classiques telles que la Croix-Rouge ne purent intervenir, furent le berceau du mouvement Médecins Sans Frontières (MSF).

C'est plus précisément suite à la catastrophe du Biafra (guerre civile du Nigéria), que les « French doctors » créent en 1971 : Médecins Sans Frontières (MSF). L'objectif est de rendre l'aide humanitaire indépendante des Etats en se servant de l'opinion publique, dans le but d'échapper à la raison d'état et de ses considérations politiques, trop présentes sur la scène internationale.

L'action humanitaire d'urgence démarre avec l'association Médecins du Monde fondée en 1980. Fruit d'un désaccord entre les membres fondateurs de MSF, elle se veut plus interventionniste et médiatique. On lui reprochera d'être trop souvent dans le sensationnel et le court terme, au détriment de l'action de fond.

Malgré cela, elle gagne une reconnaissance internationale dans les années 1990 avec la première guerre du Golfe (1990), le conflit Yougoslave (1991), la Somalie (1993), et le génocide du Rwanda (1994) (3) (4).

CHAPITRE 2 : DENTISTERIE ET AIDE HUMANITAIRE

2.1 Les différentes missions odontologiques possibles et existantes

Il ne faut pas confondre aide humanitaire et aide au développement. Sur le terrain, ces deux actions, bien que complémentaires, sont très différentes.

L'aide humanitaire nécessite des compétences spécifiques pour agir vite et apporter des réponses immédiates. L'aide au développement, quant à elle, nécessite une approche fondée sur le long terme, plus stratégique. Son champ d'action répond bien souvent à d'autres contraintes. L'odontologie n'est donc pas du ressort de l'aide au développement.

Il existe différentes missions odontologiques : (7)

- la mission exploratrice qui examine la pertinence et la faisabilité du projet,
- l'aide logistique qui achemine les dons (matériaux, médicaments ou anesthésiques...),
- la formation ponctuelle qui complète la formation des confrères et des différents intervenants locaux,
- la mission de longue durée qui permet une formation plus complète avec la participation des intervenants locaux,
- la mission d'évaluation qui estime le travail accompli par une équipe de bénévoles avec, si nécessaire une réorientation des objectifs initiaux,
- la mission curative qui offre un soutien d'urgence de brève durée et traite en priorité les cas les plus graves sur le plus grand nombre de patients

2.2 Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) françaises et internationales

Structures d'origine privées à but non lucratif, indépendantes financièrement et orientées vers le bien public, les ONG sont aujourd'hui des acteurs primordiaux des relations internationales auprès des états et des organisations intergouvernementales.

Cette appellation apparaît pour la première fois dans la Charte des Nations Unies de 1945. (24)

On peut classer les ONG selon leur organisation, leur genre d'activités, leur provenance géographique et leur degré de développement organisationnel. (2)

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

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

Figure 1 : Classification et évolution des ONG (2)

Beaucoup d'ONG commencent par une activité d'urgence (type 1) puis essaient d'inciter le développement local (type 2) pour aboutir à un vrai partenariat local (type 3) la finalité étant de prendre en compte le contexte international (type 4).

On estime qu'il existe environ 500 ONG internationales à travers le monde dans le secteur de la santé bucco-dentaire contre 50 000 dans le secteur médical (24).

Les ONG dentaires sont encore peu développées, ce qui explique parfois les difficultés de mise en œuvre de leurs projets. Le manque de moyens entrave leur champ d'action et l'importance de leurs interventions.

La Croix-Rouge :

La Croix-Rouge est vraisemblablement la première ONG humanitaire, au sens strict du terme, qui ait vu le jour.

Créée par Henry Dunant le 17 juillet 1863 suite à la bataille de Solferino (juin 1859) où le jeune Suisse de 31 ans organisa les premiers soins aux soldats blessés des deux camps opposés.

Dès le commencement la Croix-Rouge se revendique comme un mouvement international d'aide et d'assistance aux victimes. Par son initiative constante en faveur des victimes, la diffusion de son éthique de tolérance, elle favorise la prévention des conflits et des tensions. (6)

La Croix-Rouge et l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (USBD) s'associent pour développer des actions de formation du personnel soignant, de dépistage et de sensibilisation dans les différentes structures de la Croix-Rouge française ainsi qu'un état des lieux de la santé bucco-dentaire des populations de ces structures .

Médecins Sans Frontières (MSF) :

Médecins Sans Frontières est une association médicale humanitaire internationale, créée en 1971 à Paris par des médecins et des journalistes.

Depuis plus de quarante ans, MSF offre une assistance médicale à des populations dont la vie ou la santé est menacée. Elle agit principalement en cas de conflits armés, mais aussi d'épidémies, de pandémies, de catastrophes naturelles ou encore d'exclusion des soins. Toutes ces situations requièrent des ressources médicales et logistiques adaptées.

Libre de tout pouvoir politique, militaire ou religieux, MSF agit en toute impartialité, après estimation des besoins médicaux des populations.

MSF a besoin de nombreux métiers sur le terrain. On distingue 3 équipes animées par un coordinateur de projet.

- *une équipe médicale* ; faite de médecins, de chirurgiens-dentistes, d'infirmiers, de pharmaciens, de kinésithérapeutes, de psychologues et de psychiatres dont la composition varie en fonction de l'intervention.
- *Une équipe administrative* gère les aspects financiers, budgétaires et les ressources humaines.
- *Une équipe logistique* comprenant architecte, électricien, technicien biomédical pour la gestion des stocks. (7)

Médecins du Monde (Mdm) :

Association indépendante, Médecins du Monde agit au-delà du soin. Elle dénonce les atteintes à la dignité et aux droits humains et se bat pour améliorer la situation des populations.

Depuis 35 ans, Médecins du Monde s'engage à :

- soigner les populations les plus vulnérables ;
- attester des entraves constatées quant à l'accès aux soins ;
- améliorer durablement les politiques de santé et les pratiques médicales afin d'obtenir un égal accès aux soins pour tous.

Mdm compte dans ses partenaires « dentistes sans frontière » qui regroupe des dentistes, des hygiénistes dentaires, des assistantes(e)s dentaires, des technicien(ne)s et des étudiants destinés à offrir des soins dentaires, le tout encadré par Terre Sans Frontières (TSF). (5)

Première Urgence - Aide Médicale Internationale (PU-AMI)

Première Urgence - Aide Médicale Internationale naît en 2011 du rapprochement jusqu'alors inédit de deux ONG. Elle cumule ainsi des champs d'expertise technique complémentaires, permettant d'apporter aujourd'hui une réponse globale à plus de 3 millions de personnes en situation d'urgence ainsi qu'à œuvrer à une sortie de crise et à un retour à leur autonomie (38)(39).

D'un côté, l'Aide Médicale Internationale démarre son activité en 1979, avec une première intervention en Afghanistan. Depuis plus de trente ans, l'association intervient dans les situations d'urgence et de post-urgence.

De l'autre, Première Urgence voit le jour en juin 1992 en apportant son aide aux populations de Sarajevo, lors du début de la guerre en Bosnie-Herzégovine. Depuis elle est intervenue dans 35 pays sur différentes zones de conflits armés, de catastrophes naturelles et autres crises. (38)

Agence Française de Développement (AFD) :

L'Agence Française de Développement est une association au cœur du dispositif français de coopération. Elle agit depuis soixante-dix ans pour lutter contre la pauvreté et favoriser le développement dans les pays du Sud et de l'Outre-mer. Au moyen de subventions, de prêts et de fonds de garantie, elle finance des projets et différents programmes. Comme par exemple une Subvention de 700 000 euros sur 3 ans à Aide Odontologique Internationale (AOI) pour la fluoruration du sel et le contrôle qualité des dentifrices fluorés disponibles sur les marchés de Madagascar et du Laos ainsi que la prévention des infections nosocomiales liées au manque d'hygiène dans les cabinets dentaires. C'est une association qui apporte une aide financière aux autres ONG. (2)

Association des Professionnels de Santé en Coopération (ASPROCOP) :

L'Association des Professionnels de Santé en Coopération rassemble une soixantaine d'adhérents et environ deux cents sympathisants. Ce sont des professionnels de la santé dont la majorité a travaillé dans des pays en développement.

Ils sont médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, ingénieurs du génie sanitaire ou encore

directeurs d'hôpitaux. La plupart d'entre eux disposent d'une expérience de soignant.

Aujourd'hui, ces professionnels de statuts divers, fonctionnaires ou issus du secteur privé, occupent une place reconnue par les institutions (ministère français des Affaires étrangères et européennes, Agence Française de Développement, Union Européenne, OMS).

Depuis 1992, date de sa création, l'ASPROCOP soutient les politiques de santé des pays les moins avancés et alerte les pouvoirs publics. Chaque année, l'association propose des journées de rencontre sur des thèmes d'actualité. Celles-ci ont permis jusqu'ici de mener des échanges entre les acteurs institutionnels (AFD) et les Experts Techniques Internationaux (ETI), membres de l'association, dont certains d'entre eux étaient employés par ces institutions.

L'ASPROCOP a pour rôle de proposer son expertise aux pouvoirs publics et aux organismes porteurs de projet comme par exemple en prenant position lors de l'élaboration du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé ainsi que sur le statut des professionnels de santé et les échanges migratoires (OMS, mai 2011) (9)

Fédération Dentaire Internationale (FDI) :

Fondée à Paris le 15 août 1900, la Fédération Dentaire Internationale est l'une des plus anciennes organisations non gouvernementales internationales de professionnels de santé du monde considéré comme le porte-parole mondial de la profession dentaire.

Établie à Genève (Suisse), c'est aujourd'hui une ONG reconnue, qui entretient des relations officielles avec l'Organisation des Nations Unies (ONU) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle collabore étroitement avec l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO), l'Association Internationale pour la Recherche Dentaire (IADR), l'association International Dental Manufacturers (IDM), etc. La FDI compte environ 200 associations membres, représentant plus d'un million de chirurgiens-dentistes dans plus de 130 pays (10).

Chaque année, le congrès de la FDI offre l'opportunité de découvrir les innovations scientifiques et cliniques de l'odontologie mondiale ainsi que la variété des techniques et des équipements dentaires. Des conférenciers des cinq continents présentent les plus récentes innovations des sciences et de la pratique dentaire. Il se tient dans un site différent chaque année.

La FDI a réalisé des recommandations visant à améliorer les soins dentaires entrepris par les ONG.

(44)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

L'Organisation Mondiale de la Santé, quant à elle, est composée de 192 États en 2016 : elle n'est donc pas une ONG. Sa constitution est entrée en vigueur le 7 avril 1948 et cette date est commémorée chaque année lors de la journée mondiale de la santé. L'OMS compte plus de 7000 professionnels répartis entre son siège de Genève, ses 6 bureaux régionaux ainsi que ceux installés dans 150 pays. (20)

L'OMS a rédigé un « plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections » pour les états membres.

Elle demande aux états membres :

- d'inclure la santé bucco-dentaire aux politiques nationales de prévention en y incorporant la prévention du cancer buccal (notamment le dépistage). L'OMS prévoit d'augmenter les allocations destinées à la prévention. Les projets de fluoration sont fortement conseillés
- de mettre en place des dispositifs pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires à toutes les populations.
- d'augmenter le nombre de personnels dédiés aux bucco-dentaire.
- de renforcer la recherche en santé bucco-dentaire. (43)

2.3 Une ONG exclusivement dentaire : Aide Odontologique Internationale (AOI)

Les challenges sont nombreux et les ONG doivent faire preuve d'innovation, que cela soit dans leurs approches techniques, dans la gestion des partenariats ou pour la recherche de fonds.

Pour faire face à ces nombreux défis sur le terrain, l'Aide Odontologique Internationale compte sur le soutien de la profession et des entreprises du secteur afin de donner à l'association les moyens d'agir. (38)

L'AOI, dont le siège est à Paris, a été créée le 27 octobre 1983. C'est une association constituée par l'Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes (UJCD) et différents membres fondateurs. Son action s'exerce dans un cadre strictement humanitaire, apolitique et aconfessionnel reposant principalement sur le bénévolat de ses membres. (38)

L'AOI est une ONG internationale visant à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations défavorisées par l'éducation et l'application des méthodes de santé publique en collaboration

avec les acteurs locaux. L'AOI a fortement transformé ses méthodes à partir de l'expérience acquise dans de nombreux pays (Haïti, Burkina Faso, Mali, Niger, Madagascar, Cambodge, Laos, etc.) mais aussi en France. (39)

Elle œuvre en réseau avec des acteurs distincts intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire, dans les pays en développement : l'Organisation Mondiale de la Santé et les organisations professionnelles, l'Agence Française de Développement ainsi que diverses universités et entreprises. L'association est membre de plusieurs collectifs d'ONG pour échanger et améliorer ses pratiques.

L'AOI entretient des projets sur le long terme dans les domaines de la prévention, la sécurité des soins, l'accès à ces derniers, la formation et particulièrement la formation en santé publique.

C'est une organisation de solidarité internationale mondialement reconnue. Ses besoins financiers sont très importants pour continuer ses actions. Ses financements sont soit d'origine privée (dons, cotisations, ventes diverses), soit d'origine publique (subventions). Les sommes réunies attestent du sérieux de ses missions et du crédit apporté à ses projets.

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

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

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

Les stratégies de l'AOI s'appuient sur :

- l'accompagnement de partenaires, maîtres de projets,
- des réseaux internationaux de compétences (universités, institutions, ONG, entreprises),
- des expériences pilotes qui permettent de tester les solutions proposées,
- l'utilisation de techniques innovantes fondées sur des preuves scientifiques,
- l'évaluation et la capitalisation,

- une perspective de transversalité et l'enrichissement des projets par des visions dépassant le seul domaine dentaire,
- la sensibilisation en France sur les questions de développement.

L'AOI assiste le pays demandeur en l'aidant à mieux adapter l'aide apportée à la situation locale, afin d'être le plus efficace possible. (2)(38)(39)

Nous citerons quelques ONG et associations qui réalisent des actions dentaires ponctuelles :

- Dentaire Sans Frontières (DSF)
- Association National des Etudiants Odonto-Solidaire (ANEOS)
- Statement on clinical practice in EU dental schools
- Health Care Volunteer
- Solidarité Dentaire Vietnam France
- Poids Plume ASIE

2.4 Le Paquet Minimum d'Activité (PMA)

Il s'agit d'une stratégie novatrice, susceptible d'apporter des soins essentiels dans des zones dépourvues de ressources et d'accès à des soins bucco-dentaires de qualité.

Certains considèrent cette stratégie comme une bonne réponse, d'autres opposent à cette stratégie un coût de mise en œuvre trop important.

Les trois composants de la PMA :

- **la prévention par le fluor avec le dentifrice fluoré** (Affordable Fluoride Toothpaste, AFT). L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), considère que l'exposition quotidienne à une dose de fluor est la mesure préventive la plus efficace contre la carie ;
- **le traitement de la douleur et l'extraction** (Oral Urgent Treatment, OUT) ;
- **le traitement restaurateur atraumatique** (Atraumatique Restorative Treatment, ART).

Ce dernier composant est une technique basée sur l'éviction des tissus dentaires cariés (mous et totalement déminéralisés) en utilisant seulement des instruments manuels. La cavité ainsi préparée est obturée avec un matériau dentaire adhésif.

Simultanément, les puits et les fissures sont scellés préventivement.

Le principal intérêt de la PMA est de ne nécessiter ni électricité, ni équipement lourd. (2)

2.5 Un point sur la santé bucco-dentaire dans le monde

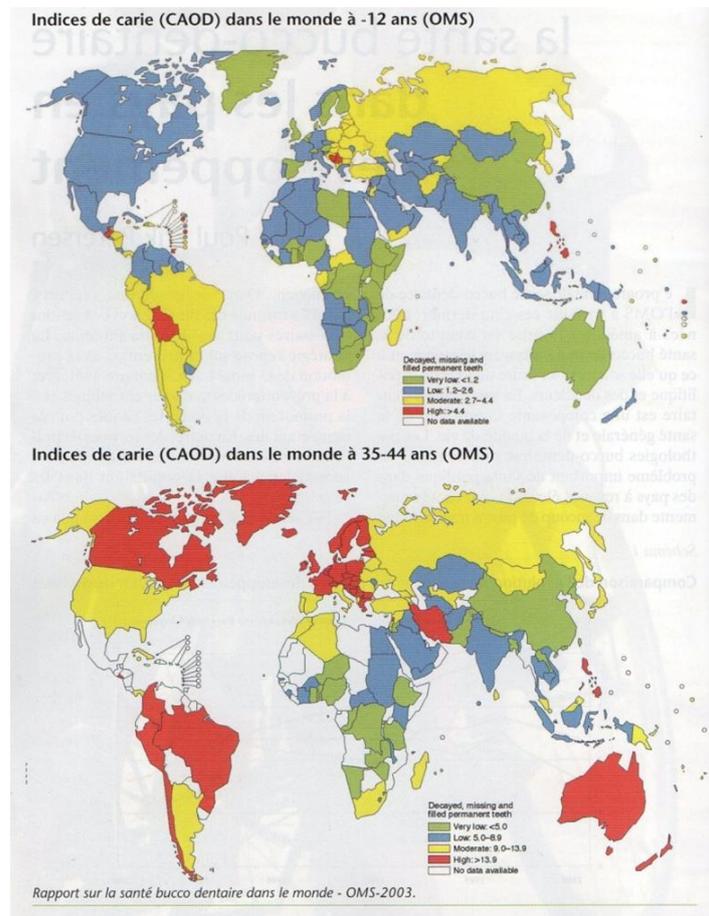


Figure 2 : Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2001 (2)

Paradoxalement, la carie dentaire est très présente chez les adultes dans les pays développés. Par opposition, l'indice CAOD (indice de carie pour 28 dents) est relativement bas dans les pays en voie de développement. Il tend néanmoins à augmenter depuis quelques années, dû à une consommation croissante de la consommation de sucre, notamment chez les enfants.(2)(20)

La santé bucco-dentaire est importante pour l'état général et la qualité de la vie. Elle se définit par l'absence de douleur, d'infection, de lésion buccale ou faciale, de parodontopathie, de perte de dents et de tout trouble affectant la capacité de mastiquer, de sourire et de parler. (20)

Parmi les facteurs de risque des affections bucco-dentaires sont retrouvés la mauvaise alimentation, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool ainsi qu'une hygiène bucco-dentaire insuffisante.

Dans la majorité des pays en développement, les soins dentaires sont bien souvent trop onéreux ou alors inexistantes voire réservés à une certaine classe sociale.

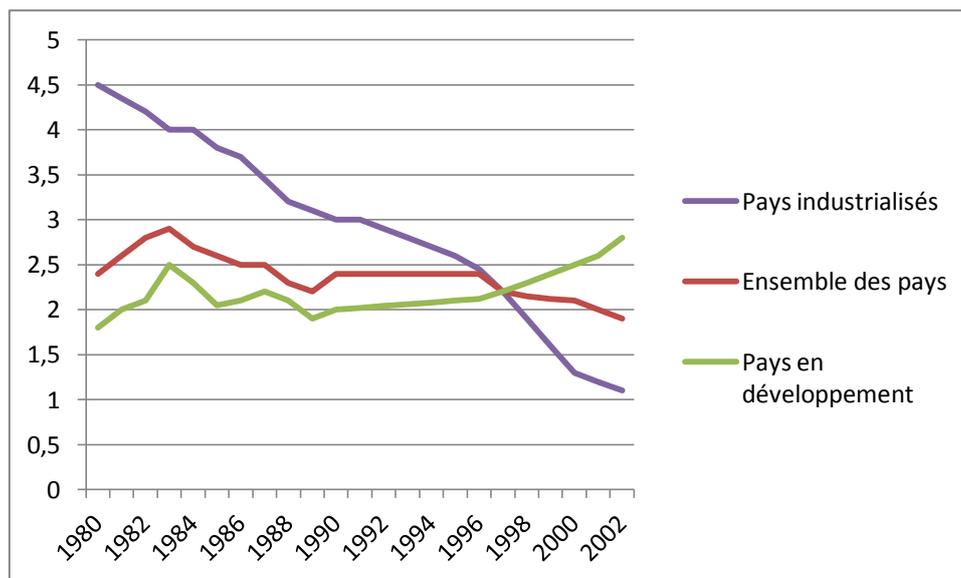


Figure 3 : Comparaison de l'évolution de la carie entre pays en développement et pays industrialisés(2)

Les pathologies bucco-dentaires restent un problème important de santé publique dans des pays à revenus élevés. Dans ceux à revenus faibles et moyens, où la situation est plus grave encore, la prise en charge du problème s'accroît. (22)

Le nombre de chirurgiens-dentistes dans le monde est de 1 million environ. En ajoutant les professions annexes (assistantes, prothésistes...), on peut estimer à 3 millions l'ensemble des professionnels dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Ces effectifs sont loin d'être suffisants : le développement de la prévention serait l'une des meilleures solutions pour atténuer les effets cette carence. (7)

La FDI a réalisé une enquête sur les ONG dentaires en 2001-2002 en faisant répondre 240 ONG dentaire à un questionnaire.

La plupart des ONG dentaires se situe dans les deux premiers types de champs d'intervention selon la Figure 1. Dans l'idéal, les ONG dentaires devraient partager des informations, idées, contacts, ressources pour pouvoir être efficaces. Malheureusement, dans la plupart des cas, les ONG dentaires travaillent dans l'isolement. Elles n'ont pas de lien avec le gouvernement, elles interviennent sans connaître les besoins réels sur place. Deux tiers des ONG dentaires n'ont aucun plan stratégique et réalisent simplement des actions spontanées. Plus d'un tiers n'effectuent pas d'études pilotes et peu d'entre elles évaluent leurs activités. En effet, pour 80% des ONG dentaires,

l'activité humanitaire se résume à réaliser des soins curatifs ponctuels comme dans les pays développés. (2)

CHAPITRE 3 : LA VIE DE L'EXPATRIÉ

3.1 Préparer son départ

La mission commence bien avant le départ effectif de l'équipe. Dès que l'on connaît sa destination et que la décision de partir est prise, il faut entrer en phase de préparation.

Avant le départ, il est nécessaire de collecter le maximum d'informations auprès des autorités locales et de se renseigner sur les opérations menées par d'autres ONG. Il est important également de bien connaître les us et coutumes du pays d'accueil afin de ne pas heurter la sensibilité des habitants.

Il est aussi conseillé de se procurer le rapport des missions antérieures afin de se familiariser avec l'environnement et le travail déjà réalisé.

3.1.1 Évaluer ses motivations

« Un être rencontré, un mot cueilli au passage, et voici que germe l'idée de partir ; parfois elle attend des années, dans l'ombre, son heure. Parfois, l'on joue à préparer une impossible fuite, en sachant bien qu'on ne s'y donnera pas, et l'on est surpris de voir qu'on a déclenché automatiquement une machine dont on n'est plus le maître : nous ne pensions pas vraiment que cela pût arriver, et nous voici dans le train ! »

Paul Morand, *Le Voyage*, 1994.

Lorsque l'on prend la décision de partir dans le cadre d'une action humanitaire, il est nécessaire de s'interroger sur ses réelles motivations. S'agit-il d'une vocation, ou alors juste d'un désir de voyage et de découverte d'un pays étranger ?

Il est possible de rallier une organisation existante dans le cadre d'une action en cours, mais il est envisageable, si l'on est plusieurs, soit de reprendre une association inactive, soit de créer sa propre association afin de façonner son action. Dans ce dernier cas, le travail est plus important car il faut mettre la structure en place.

Chaque personne est différente, possède ses propres convictions, a un parcours singulier, mais il ne faut jamais perdre de vue que l'objectif doit rester commun.

Si l'aspect pratique est essentiel, l'aspect humain n'en est pas moins important. Mettre à jour ses vaccinations, savoir préparer son sac à dos sont des choses essentielles, mais les qualités d'écoute et la capacité d'être bienveillant envers l'autre sont primordiales.

Les motivations profondes de chacun lors d'une telle expédition, sont très personnelles : cela peut provenir d'un réel élan de solidarité, de la curiosité de découvrir une nouvelle culture ou tout simplement de l'envie de profiter de l'occasion pour parfaire ses connaissances dans une langue étrangère.

L'une des difficultés est de s'investir durant plusieurs semaines, chaque jour intensément et, au moment de repartir, d'avoir le sentiment que tout reste à faire. Il faut donc prendre conscience que l'action entreprise est une pierre ajoutée à un édifice gigantesque. Chaque élément apporté, si modeste soit-il, contribue à sa construction. Si les résultats ne sont pas toujours visibles et spectaculaires, ils participeront cependant à une transformation de fond primordiale pour ces populations aux multiples besoins. Paradoxalement, beaucoup de volontaires reviendront de cette expérience, avec le sentiment d'avoir plus reçu que donné.

Le volontariat dans une action humanitaire ne doit être pas être confondu avec une thérapie ni perçu comme une possible solution à certains problèmes personnels. Rester positif, s'ouvrir aux autres et chercher à s'améliorer sont certainement les meilleures attitudes à adopter lors d'une mission. (27)

Motivations ayant présidé à mes deux missions

Cambodge : ce projet est venu d'une proposition d'un ami pharmacien qui voulait reprendre l'association « Pharma libre » et constituer une équipe pluridisciplinaire composée de deux pharmaciens, d'un dentiste et d'un médecin). À l'énoncé de ce projet, j'ai été tout de suite enthousiaste. La destination, partir entre amis, partager mes connaissances professionnelles pour une cause désintéressée et relever le challenge ont été mes premières motivations. Elles feront place par la suite à de véritables convictions...

Madagascar : de retour du Cambodge, conforté dans mes nouvelles convictions, j'ai eu l'envie de repartir. Cette nouvelle mission présentait l'intérêt de pouvoir m'investir encore plus dans la pratique de ma profession. En effet l'association dentaire l'« OUED » proposait aux étudiants en odontologie, depuis 3 ans déjà, de partir avec des enseignants afin de réaliser des soins d'urgence et

des extractions dentaires. Les missions étant rares à la Faculté de Nantes, j'eus la chance que celle-ci réponde à toutes mes attentes : parfaire ma pratique tout en apportant ma contribution à l'action humanitaire.

3.1.2 Organiser son temps libre avant le départ

S'octroyer du temps libre en amont pour l'organisation de la mission est indispensable et cela quel que soit son statut.

a- pour l'étudiant : durant nos 5 années d'études en odontologie, il a été nécessaire de préparer ce projet en dehors de notre temps d'enseignement au sein de la faculté.

b- pour le professionnel : sa situation est un peu plus difficile, quitter son cabinet pendant une certaine durée n'est pas chose aisée. Il devra non seulement sacrifier ses week-ends pour préparer son départ, mais surtout son absence entraînera une baisse de son chiffre d'affaire. On peut alors considérer que le seul fait d'agir pour une action humanitaire est suffisamment gratifiant pour lui faire oublier ce préjudice.

Organisation avant mes départs

Cambodge : l'équipe étant composée de seulement 4 membres, la charge de travail revenant à chaque personne était très importante. Il était important de prendre le relais avec l'ancienne équipe et de modifier les statuts de l'association en préfecture. La recherche de fonds pour l'achat du matériel nécessaire fut difficile.

En tant que secrétaire, mon rôle fut surtout logistique, les démarches plus spécifiques étant quant à elles prises en charge par le président et la trésorière.

Madagascar : avec une dizaine de membres participant à la mission, les tâches furent mieux réparties qu'avec une équipe plus restreinte. Quelques réunions furent nécessaires pour l'organisation et la prise en charge de l'administratif.

3.1.3 Administratif

Certains documents sont indispensables :

- le passeport : il faut s'assurer de sa validité. Selon les cas, les délais d'édition peuvent varier d'un lieu et d'une période à l'autre. À l'approche des vacances d'été, ils sont susceptibles d'augmenter de manière significative. Valable 10 ans, le passeport permet de voyager, mais aussi de prouver son identité. Le lieu de la demande ne dépend pas du lieu de domiciliation. Vous pouvez vous rendre dans la mairie ou préfecture que vous souhaitez.

- le visa : les étrangers entrant à Madagascar et au Cambodge pour une période n'excédant pas trois mois sont considérés comme des « non-immigrants ». Un visa touristique de 30 jours est donc suffisant pour les courts séjours, sa validité étant de 3 mois à partir de la date d'émission.

Il est important de conserver à part des copies de ces documents. En cas de perte ou de vols des originaux, ceux-ci serviront à se justifier auprès des ambassades.

Avant le départ, il faut vérifier sa couverture d'assurance et en connaître les conditions. Une assurance rapatriement est obligatoire. Elle est généralement proposée avec les billets d'avion. Elle peut aussi faire partie des garanties proposées aux possesseurs de cartes bancaires, sous réserve de son utilisation pour l'achat des titres de transport. En ce qui concerne l'assurance responsabilité civile, il faut vérifier qu'elle s'étend bien au pays de destination. (27)

Démarches administratives effectuées pour mes missions :

Cambodge et Madagascar : L'équipe n'a pas eu de problème particulier pour ces deux voyages. Les associations Enfants d'Asie et Ankadibe ont pris en charge les demandes officielles et nous avons été parfaitement encadrés dans nos différentes démarches.

Le seul souci rencontré a été à la frontière entre la Thaïlande et le Cambodge où les membres ont été confrontés à un réseau "pseudo mafieux" avec le règlement de sommes excessives pour les visas.

3.1.4 Santé

Il s'agit de ne pas négliger cet aspect, c'est un élément important de la préparation. En comparaison aux voyages touristiques, le risque de contamination est beaucoup plus important car nous sommes en contact direct avec la population locale et bien souvent dans des zones dites « à risque ».

Avant le départ il faut penser à faire une visite chez un médecin, de préférence tropicaliste, qui va nous recommander certains vaccins ou certaines antibiothérapies, en fonction du pays de destination (fièvre jaune, paludisme).

Ne pas attendre le dernier moment pour consulter car certains traitements commencent plusieurs jours avant le départ.

Carte de groupe sanguin et carnet international de vaccination sont facultatifs, mais peuvent s'avérer utiles en cas de problème. (26)

1. Prévention du paludisme : transmission vectorielle (26)

- ⇒ pour la lutte anti-vectorielle il faut prendre des mesures physiques adjuvantes (moustiquaire, vêtements longs à la tombée de la nuit, insecticides, répulsifs),
- ⇒ en ce qui concerne la prophylaxie anti-palustre, elle est essentielle. Pour la Malarone, il faut la prendre la veille du départ et continuer le traitement jusqu'à 1 mois après le retour ; Pour la Doxycycline, 10 jours avant le départ jusqu'à 3 semaines après le retour,
- ⇒ il est important de savoir qu'aucun médicament ne confère une protection absolue contre le paludisme ;

2. Prévention du péril fécal : transmission oro-fécale (26)

Pour les règles hygiéno-diététiques il est recommandé de :

- se laver les mains,
- cuire les aliments,
- peler les fruits,
- ne pas manger de fruits de mer,
- s'abstenir de consommer des glaçons,
- n'utiliser que des bouteilles d'eau minérale dont le bouchon est encore cacheté,
- d'utiliser de l'eau stérile pour le lavage des mains et le brossage des dents ;

3. Prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) (26) :

Il est indiqué :

- de se faire vacciner contre l'hépatite B (VHB),
- d'éviter les transfusions,
- d'éviter les tatouages ;

4. Peau (26):

Il est aussi recommandé :

- d'éviter les bains en eaux stagnantes,
- de marcher pieds nus,
- d'être en contact avec des animaux errants,
- de se protéger des brûlures du soleil, d'éviter de s'exposer au soleil sans protection
- d'éviter la déshydratation ;

5. Vaccinations :

- le vaccin contre la fièvre jaune est obligatoire pour les pays d'Afrique et d'Amérique du Sud. Le vaccin anti-amaril est à prendre 10 jours avant le départ et valable 10 ans. Un vaccin est fortement recommandé contre le méningocoque pour l'Arabie Saoudite et il en est de même pour les vaccins contre la typhoïde et l'hépatite B ,
- il est nécessaire de mettre à jour un calendrier vaccinal (tuberculose=BCG, diphtérie=le tétanos et la poliomyélite=DTP) ,
- le vaccin contre le choléra, peu efficace et mal toléré, n'est pas recommandé. (26)

6. Conseil de prescription avant le départ :

Il est recommandé de renouveler le traitement habituel : contraception orale, antihistaminique.

Pour la trousse de soin, il faut :

- prendre un antiseptique cutané,
- se procurer un antipyrétique comme le paracétamol,
- ajouter un anti-diarrhéique (lopéramide),
- emporter un antiémétique (métoclopramide),
- emmener un soluté de réhydratation orale (GES 45),
- rapporter un antibiotique (ATB) « minute » pour une prophylaxie antipalustre,
- acquérir du matériel de pansement (compresse, pansements auto-adhésifs),
- prendre une crème de protection solaire indice maximum et baume pour les lèvres,

- amener un désinfectant des eaux de boisson type Micropur®,
- utiliser des répulsifs anti-moustiques avec plusieurs recharges,
- prendre un thermomètre médical.

Remarque : privilégier les comprimés en raison de l'insécurité de l'eau et éviter les suppositoires qui ont tendance à fondre sous la chaleur. (26)

Précautions sanitaires prises pour mes deux missions

Cambodge : pour ma part j'ai choisi, en accord avec mon médecin, le traitement à la Doxycycline car le risque de contracter le paludisme était important. Suite à sa prise, j'ai dû passer deux soirs, en fin de séjour, sous antipyrétique avec des nausées récurrentes et un état de fatigue prononcé. Cela m'a contraint à stopper le traitement en cours. D'autre part l'exposition au soleil est contre-indiqué ce qui est très difficile à respecter dans ces pays. Au regard de ces effets secondaires, la Malarone dont les effets indésirables sont moindres et la période de prise plus courte, semble être à préférer.

Madagascar : les zones de mission ne nécessitaient pas la prise d'antibiotique contre le paludisme. Le symptôme retrouvé chez tout le monde durant la mission fut la tourista. Malheureusement personne ne fut épargné malgré les précautions (prévention oro-fécale).

3.1.5 Autres conseils pratiques

« La main qui donne est toujours au-dessus de la main qui reçoit », proverbe africain.



Figure 4 : Le don utile ?

Beaucoup de volontaires partant en mission humanitaire apportent, entre autres fournitures, des jeux, des habits, des médicaments ou du matériel médical et informatique.

L'intention est louable et la démarche généreuse, mais donner n'est pas toujours aider.

Il ne suffit pas de laisser parler ses élans de générosité mais de réfléchir à la manière de donner, à la nature du don, et à son destinataire.

Quels peuvent-être les effets négatifs des dons mal utilisés :

- le don peut faire naître un sentiment d'infériorité ou l'impression d'être redevable chez la personne qui le reçoit,
- le don, si il n'est pas utile, va parfois encombrer plus qu'il ne va servir,
- le don peut engendrer des inégalités, des rivalités
- le don peut entretenir un certain assistanat. (7)

Conseils pour un don mieux ciblé : il faut d'abord identifier les besoins réels par l'intermédiaire d'une association locale ou d'une ONG, et se poser la question suivante : « de quoi les enfants ont-ils besoin réellement ? » Lorsque cela est possible, il est parfois préférable d'acheter le matériel sur place, ce qui aura pour effet d'aider l'économie locale. Pour les dons récoltés avant le départ, un responsable sera le plus habilité à une répartition équitable aux enfants. Les dons seront d'autant mieux perçus qu'ils se placeront dans un rapport humain déjà établi. (7)

Illustration par l'exemple

Cambodge : mon expérience illustre assez bien ces propos. Tout au long de l'année, nous avons stocké les échantillons de brosses à dents et dentifrices donnés par les laboratoires. En complément, nous avons acheté, mais en moindre quantité, des fournitures scolaires (crayons de couleur, papier à dessins, etc...) et quelques maillots de sport. Nous ne pouvions donc pas procéder à une distribution équitable, ce qui a donné lieu à un fort sentiment d'inégalité et d'injustice parmi les enfants. Afin d'apaiser la situation, nous avons alors décidé d'organiser des activités et de donner aux gagnants des lots formés par le reste des fournitures, dont la quantité était insuffisante pour satisfaire tous les enfants.

Afin de ne pas réitérer cette erreur dans l'orphelinat suivant, nous avons demandé au directeur de l'établissement son avis sur les manques des enfants. Fort de ses conseils, nous avons pu acheter sur place des produits répondants aux attentes réelles et en quantité suffisante.

Madagascar : Grâce à une capacité de 25 kg de bagages supplémentaires, des quantités de brosse à dent et de dentifrice ont pu être transportées en nombre.

3.2 Sur le terrain

3.2.1 Conditions de vie

En général, les ONG prévoient le gîte et le couvert durant les missions humanitaires. Après une journée souvent éprouvante et bien remplie, il est important de se retrouver dans un endroit calme pour récupérer de la fatigue accumulée.

Sauf exception, l'ONG ou l'association locale se chargera également des transports. Les chauffeurs locaux connaissent les aléas et autres dangers de la route. Ils évitent une prise de risque inutile au nouvel arrivant. En effet, la première cause de mortalité pour les expatriés se trouve être les accidents routiers (notre guide au Cambodge est d'ailleurs mort d'un accident de moto un mois après la fin de notre séjour). D'une manière générale, il est rare de se retrouver livré à soi-même dans un environnement hostile.

Le quotidien durant mes deux missions

Cambodge : l'équipe logeait avec les enfants et partageait leurs repas. Cependant, la direction nous accordait un traitement de faveur avec une nourriture plus riche et plus abondante censée compenser nos efforts de la journée. Cela mit l'équipe quelque peu mal à l'aise.

Le transport au quotidien se faisait principalement en vélo ou en « tuk-tuk », ces fameux tricycles motorisés, que l'on retrouve dans nombre de pays en voie de développement.

Madagascar : Contrairement au Cambodge, nous logions avec l'encadrement des différents centres et non avec les enfants. Cela permettait à l'équipe de procéder aux "débriefings" quotidiens et de pouvoir mieux se reposer des journées harassantes, tant physiquement que psychologiquement. L'inconvénient de ce fonctionnement était une moindre complicité avec les enfants. L'avantage était d'être plus opérationnel pour une nouvelle journée.

Quant aux transferts d'un endroit à un autre, ils étaient gérés cette fois par des « locaux », afin de pallier aux vols fréquents de bagages déposés sur le toit des taxis.

3.2.2 Contacts avec la population locale



Figure 5 : caricature du colon

Le contexte culturel, économique ou social est souvent différent du nôtre. Pour appréhender de nouvelles rencontres et ne pas heurter les sensibilités, il est important de se documenter sur les pratiques et coutumes du pays d'accueil.

Une incompréhension peut s'immiscer dans les rapports humains, mais il est tout à fait possible d'en limiter l'impact négatif avec une approche adaptée :

- accepter les différences ;
- apprendre quelques mots de la langue du pays ;
- être dans l'observation et l'écoute ;
- savoir s'adapter aux situations nouvelles ;
- ne pas être dans le jugement et la critique ;
- délimiter ses attentes et avoir des objectifs réalisables ;
- savoir gérer l'imprévisible. (7)

Les usages locaux

Cambodge : l'association Enfants d'Asie nous a conviés à un séminaire à Paris. Cela nous a permis d'avoir de nombreuses informations sur les coutumes du pays.

Le port de la jupe pour les filles et du débardeur pour les garçons, n'est pas du tout apprécié. La « bise » entre collègues n'est pas d'usage et même complètement incongrue. Il ne faut pas toucher la tête des enfants au risque de « stopper leur croissance ». La liste est longue de ces petits usages qu'il est important de connaître pour ne pas froisser ni heurter les personnes qui vous accueillent.

Madagascar : Les habitants ont parfois une vision tronquée de « l'étranger » assimilé, à tort ou à raison, à la colonisation. L'équipe n'a pas été très objective sur la sélection des patients. Ainsi certains groupes ont pris en charge des personnes qui n'était absolument pas dans la nécessité. Cela leur a valu une "petite visite" avec un rappel du conseil de l'ordre pour concurrence déloyale. Il faut donc rester vigilant et ne pas oublier que l'action humanitaire s'adresse en priorité aux plus démunis.

3.2.3 Sécurité, documents et démarches indispensables une fois sur place

Pour ne pas oublier certaines démarches à accomplir sur place, il est nécessaire d'établir une « check-list ».

Il faut penser à s'enregistrer auprès du consulat de France à l'étranger pour deux raisons :

- faciliter les démarches administratives ;
- obtenir des informations du poste consulaire (sécurité, événements).

Le ministère des Affaires étrangères a créé l'application ARIANE qui permet à tous les français en voyage ponctuel d'être informés en cas de crise politique ou de catastrophe naturelle.

Les mairies renseignent sur les documents à prévoir ou susceptibles d'être demandés par les autorités locales sont :

- extrait du casier judiciaire ;
- copie intégrale de l'acte de naissance ;
- copie de la carte d'identité ;
- copie du passeport en cours de validité ;
- quelques photos d'identité ;

Si présence de matériel de valeur (photographique, informatique...) dans la valise il est

recommandé de prendre les factures correspondantes.

Cambodge et Madagascar : il n’y a pas de remarques particulières, les consignes étant identiques sur les deux missions.

3.2.4 Gestion du stress

Dans nos sociétés, le stress est un véritable fléau qui peut engendrer de graves problèmes de santé. Il permet à l’individu d’optimiser ses ressources physiques et de réagir plus rapidement à une situation donnée.

Le stress est naturel et nous y sommes tous les jours confrontés. Il faut apprendre à le maîtriser afin d’en tirer le meilleur parti et d’en faire un véritable allié. L’éloignement est une expérience très enrichissante mais il demande aussi une grande capacité d’adaptation. Il faut savoir se préserver face à des conditions de travail exigeantes.

Le rapport au stress est propre à chacun et sa gestion très personnelle. (31)

Causes	Signes et symptômes	Prise en charge
a) Stress de base – de l’expatriation		
<ul style="list-style-type: none"> • L’inquiétude des proches et de la famille • Problèmes non résolus avant le départ • Environnement externe • Environnement professionnel • Conflits avec hiérarchie ou collègues • Difficultés de la gestion de la fin de mission 	<ul style="list-style-type: none"> • Désillusion • Anxiété • Fatigue • Troubles du sommeil • Troubles de l’appétit • Modifications de caractère • Perte de confiance en ses capacités • Questionnement douloureux sur l’expatriation 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un espace d’écoute • Changer le regard de la personne • Changer d’environnement
b) Stress cumulatif – de l’expatrié		
<ul style="list-style-type: none"> • Lourde charge de travail ou immobilité et inactivité • Non validation du travail accompli • Frustration quant à la capacité de répondre aux besoins des bénéficiaires • Faire face à des situations devant lesquelles on se sent désarmé (souffrance des victimes, guerre, environnement de conflit) • Impossibilité de prendre de la distance 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Troubles digestifs • Troubles de sommeil • Céphalées • Irritabilité exagérée • Hyperactivité non productive <p>Signes d’alarme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accoutumance au danger • Comportement à risque • Abus de substances • Difficultés à prendre des décisions • Insensibilité, apathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de veiller à se nourrir correctement et régulièrement, de prendre un temps suffisant de repos et de partager ses émotions et son vécu (3 x R : repas, repos, relations) • Les discussions avec ses collègues et supérieurs hiérarchiques sur place permettent un soutien efficace par les « pairs » qui vivent dans le même environnement et comprennent parfois mieux les difficultés que des personnes restées dans le pays d’origine
c) Stress traumatique		
<ul style="list-style-type: none"> • Implication directe ou témoin de : • Menace violente sur la personne ou proche • Accident • Massacre • Catastrophe naturelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilité ou colère • Sentiment de toute-puissance • Désorientation et confusion passagère • Troubles de la concentration • Changement de caractère 	<ul style="list-style-type: none"> • Un « defusing » immédiat avec partage des émotions est effectué sur place par des collègues dans un lieu sécurisé (3 x T time, tears, talk). Si nécessaire un débriefing psychologique est effectué plus tard

Figure 6 : les 3 causes de stress (31)

Il existe trois types de stress rencontrés lors des actions à l’étranger :

A. le stress de base dit « de l’expatriation » : c’est un stress sous-jacent. Il se déclare surtout en début de mission et diminue généralement avec l’adaptation à la nouvelle situation. Malgré leur implication, certains humanitaires peuvent, avec le dépaysement, se sentir désorientés, dans un

environnement nouveau et parfois rude. Le manque de repères connus, d'amis familiers, l'intensité des moments, peuvent générer une anxiété excessive.

Il est donc primordial de s'adapter afin d'éviter ces troubles qui pourraient vous rendre réellement malade et vous contraindre à quitter la mission.

Moins fréquemment, le stress peut également intervenir en fin de mission. Il est dû aux difficultés de gestion de cette phase transitoire, avec le sentiment parfois d'abandonner les gens à leur sort ou que tout reste à faire.

Il est donc important de partager ses ressentis avec les autres.(28)

B. le stress cumulatif dit « stress de l'expatrié » : c'est certainement le plus fréquent, et bien que dissimulé, il n'en est pas moins envahissant. Ses causes sont multiples et proviennent principalement d'une lourde charge de travail, d'un manque de reconnaissance, d'un sentiment d'impuissance face à une situation donnée. À cela s'ajoute un manque de communication et l'absence d'un recul nécessaire.

Si le stress cumulatif n'est pas identifié, il peut conduire à un grave surmenage et à l'épuisement professionnel bien connu dans nos sociétés sous le nom de "Burn Out". (29)(30)(31)

C. le stress dit « traumatique » : ce stress intervient le plus souvent par exposition à une situation violente. Cela peut être le cas lors d'une catastrophe naturelle, d'un conflit ou d'une épidémie. La vision de scènes choquantes, la confrontation à la mort, le sentiment d'impuissance peuvent aboutir à cet état. Les symptômes sont nombreux (Figure 6) mais s'ils persistent plus d'un mois, une prise en charge par un médecin spécialisé sera nécessaire.

Le stress traumatique est le plus souvent lié aux missions humanitaires d'urgence et ne doit pas être pris à la légère. (31)

Quelques conseils pour contrer les effets du stress :

Avant le départ : Comme indiqué précédemment, il est important de bien s'informer sur le futur environnement afin de réduire les effets d'un dépaysement trop contrasté. Mais, apporter des objets familiers, quelques DVD, quelques livres, les photos d'un être cher aidera à garder le lien avec la « vie d'avant » et à décompresser dans les moments de repos.

Si besoin, une formation complémentaire spécifique peut être envisagée. Elle permettra de se sentir plus détendu face à la nature de la mission.

Parler, communiquer, expliquer son projet à ses proches, permet aussi de dédramatiser son départ et de ne pas s'isoler. (27)

Pendant le séjour : Il faut respecter les us et coutumes, faire attention à notre langage, à notre tenue vestimentaire, afin de ne heurter personne et de faciliter notre intégration.

Une communication entre volontaires est primordiale pour éviter l'isolement et permettre de déceler chez les confrères les symptômes de stress et de fatigue. Il faut parler et savoir écouter l'autre pour aboutir à un vrai soutien mutuel.

Pendant la mission, il est impératif de s'octroyer du temps de détente afin de décompresser. Ces moments de délasserement ne doivent être en aucun cas minimisés, car ils sont nécessaires à une bonne récupération. (27)

En résumé, le stress de base et le stress cumulatif peuvent en grande partie être prévenus par une bonne préparation avant le départ, un suivi attentif pendant l'expatriation et une prise en charge au retour. Le stress traumatique, dépendant quant à lui de la situation et des événements, il est peu prévisible et doit être traité aussitôt décelé.

Gestion du stress durant les deux missions

Cambodge : durant tout le séjour le stress était pour moi omniprésent ; je me posais beaucoup de questions:

Avais-je vraiment ma place dans cette aventure ? Étais-je vraiment utile pour les enfants ?

Étais-je assez proche d'eux ? Tiendrais-je jusqu'au bout ? Autant de questions qui me harcelaient et dont je n'avais pas les réponses. Ce stress était amplifié par l'éloignement maternel. Heureusement le regard et le sourire des enfants me réconfortaient.

La tension devint si forte qu'une dispute entre les membres de la mission éclata pour une broutille, illustration parfaite du stress cumulatif.

Madagascar : Fort de l'acquis de mon premier voyage, le stress était beaucoup moins présent. L'accompagnement des enseignants renforçait ce sentiment. Les actes réalisés restaient source de stress, mais le débriefing du soir permettait de se soutenir mutuellement et de s'améliorer. Le groupe était très solidaire.

3.3 Le retour

3.3.1 Préparation du retour

Sur le terrain, les « humanitaires » vivent et travaillent en équipe, ils sont soumis à de nouvelles règles de vie. Ils sont, dans leur majorité, pris entièrement en charge par l'organisation qui les emploie. On peut regretter que le soutien au « retour » ne soit pas encore aujourd'hui à la hauteur de l'enjeu.

Revenir, contrairement à ce que l'on pourrait penser, présente certaines difficultés. Il faut se réadapter à son ancienne vie, renouer avec ses centres d'intérêt. Il est préférable de prévoir un peu de temps pour se retrouver avec soi-même, que ce soit lors du retour ou, mieux, sur place.

Une rupture brutale ne servirait qu'à renforcer ce trouble du retour. (34)

Préparation à mes retours de mission

Cambodge : j'ai dû rentrer de façon prématurée suite à un décès. Le retour fût donc brutal et douloureux pour moi, mais pour mes collègues, quelques jours de relâche sur place avant de reprendre l'avion, leur ont permis un retour en toute quiétude.

Madagascar : la même stratégie fût adoptée. Quelques jours de repos sur place après la mission, nous ont permis de connaître le pays ; nous avons pu décompresser et nous préparer au mieux pour le retour.

3.3.2 Décalages psychologiques

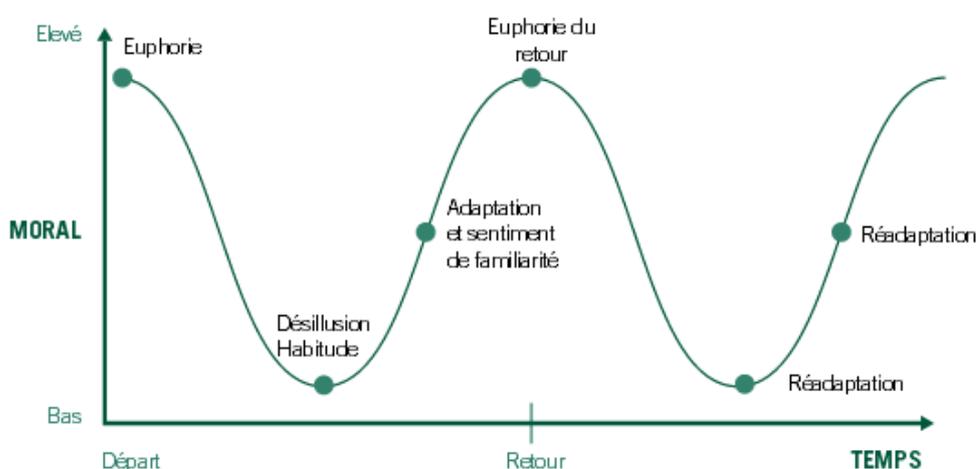


Figure 7 : Courbe du choc culturel (29)

Bien que les périodes d'adaptation et l'intensité des ressentis peuvent varier suivant les personnes, il est très probable de passer par les étapes suivantes :

1- L'euphorie de l'arrivée et l'excitation du nouveau : tout paraît fascinant, vous réalisez enfin votre rêve.

2- L'habitude : vous vous adapter à l'environnement, aux gens qui vous entourent, et certains aspects négatifs apparaissent (communication sur place difficile, ronflement).

3- Euphorie du retour : vous réalisez que votre expérience prendra fin bientôt, et vous commencer à en voir tous les aspects positifs. (29)

La courbe du choc culturel pour l'équipe

Cambodge et Madagascar : pour l'un comme pour l'autre, les trois phases ont bien été ressenties. Néanmoins pour le Cambodge, la mission étant plus longue, la phase d'habitude s'est avérée plus importante.

3.3.3 Bilan de santé au retour

En cas de fièvre, prévoir une consultation en urgence chez un médecin généraliste (contrôle paludisme, dengue, fièvre jaune, fièvre typhoïde).

En cas de diarrhée, réaliser un bilan étiologique : coproculture, frottis sanguin et turista. (26)

3.3.4 Débriefing

Après le retour, un bilan moral ou audit est demandé par la direction de l'ONG.

Travail accompli, activités, état des locaux, les éventuels problèmes rencontrés, tout doit être mentionné. Ce rapport permet à l'ONG de garder une vue et un contrôle du bon fonctionnement des structures en place. Le cas échéant, elle peut aussi modifier et améliorer ainsi la formation des futurs candidats au départ. En ce qui nous concerne, cet outil nous permet de faire un bilan personnel complet.

Cette phase post-mission est très importante et finalise notre retour.

Bilan de retour de mission

Cambodge : Enfants d'Asie a demandé à l'équipe de réaliser un audit pour chacun des orphelinats. Il a été rédigé sur place pour ne rien oublier à notre retour et ainsi diminuer la charge de travail. L'équipe a réalisé un résumé du séjour et de l'activité dans l'orphelinat ; une synthèse de la mission a également été faite pour Pharma libre.

Cette approche a permis de présenter notre travail en vidéo auprès de nos donateurs, afin de les remercier de leur soutien.

Madagascar : aucun audit n'a été réalisé mais un bilan moral de la mission a été effectué pour justifier le travail accompli auprès de nos donateurs comme par exemple le Fond de Solidarité et de Développement des Initiatives Etudiantes (FSDIE). L'équipe a également organisé quelques réunions afin de motiver d'éventuels futurs « candidats ».

Ce bilan a permis d'évaluer l'ampleur des besoins ainsi que le travail accompli. J'ai pu également récolter beaucoup de données concernant l'hygiène bucco-dentaire des enfants à Madagascar. Le fait d'être le seul à récolter toutes ces informations m'a motivé pour rédiger une thèse sur le sujet, afin de partager avec un maximum de personnes cette aventure humanitaire, ainsi que des données exploitables.

CHAPITRE 4 : LE CAMBODGE



Figure 8 : carte du Cambodge du ministère des affaires étrangères (19)

4.1 Présentation du Cambodge

Nom officiel : Royaume du Cambodge

Nature du régime : Monarchie constitutionnelle

Chef de l'Etat : Norodom Sihamoni, règne depuis 2004

Premier ministre : M. HUN Sen, entré en fonctions en novembre 1998, réélu en 2013. (19)

4.1.1 Géographie

Superficie : 181 035 km²

Capitale : Phnom Penh

Villes principales : Sihanoukville, Battambang, Siem Reap

Langue officielle : Khmer

Monnaie : Riel (KHR) et dollar (économie fortement dollarisée)

Fête nationale : 9 novembre (anniversaire de l'indépendance, en 1953) (19)

4.1.2 Histoire du Cambodge

L'histoire du Cambodge, confondue avec celle du royaume Khmer, est longue et riche de rebondissements.

Les toutes premières traces du premier royaume Khmer apparaissent au 1^{er} siècle avant Jésus-Christ. Nommé le « Founan », ce royaume possède un important héritage culturel en provenance de l'Inde.

C'est avec Brhavarman, le quatrième roi khmer qui monta sur le trône vers l'an 550, que le Cambodge serait né. Depuis, l'histoire du pays se divise en cinq grandes périodes successives :

- du IX^{ème} au XIII^{ème} siècle, c'est l'expansion : le royaume d'Angkor, dont la prospérité est fondée sur d'ingénieux systèmes d'irrigation, devient le plus puissant d'Indochine.

- entre le XIV^{ème} et le XVIII^{ème} siècle : le royaume décline, suite à de nombreuses guerres religieuses et au dysfonctionnement des systèmes d'irrigation. Les temples sont abandonnés et envahis par la jungle ; ils seront redécouverts en 1861.

- au XIX^{ème} siècle : sous protectorat de la France, le Cambodge est intégré avec le Laos et le Vietnam dans l'empire colonial français. Un système administratif est créé, ainsi qu'un réseau routier et une modernisation du système éducatif.

Marqué par le coup d'état de Lon Nol, les années 70 engendrent le régime khmer rouge et ses deux millions de morts, soit un tiers de la population du pays. L'occupation Vietnamienne de 1979 à 1989, puis une quinzaine d'années de reconstruction seront nécessaires pour que le Cambodge puisse aspirer à son plein retour au sein de la communauté internationale et adhère à l'ASEAN (Association of Southeast Asian Nations) en 1999. (11)(12)

4.1.3 Situation démographique

Population : 15 millions d'habitants (2014, Banque mondiale)

Densité : 85 habitants/km² (2014, DG Trésor)

Croissance démographique : 1,8 % (2014, DG Trésor)

Espérance de vie : 71 ans (2014, Banque mondiale)

Taux d'alphabétisation : 74 % (2014, Banque mondiale)

Religions : bouddhisme (plus de 90%), islam (moins de 5%)

Indice de développement humain : 136e rang sur 187 (2014, PNUD) (13)

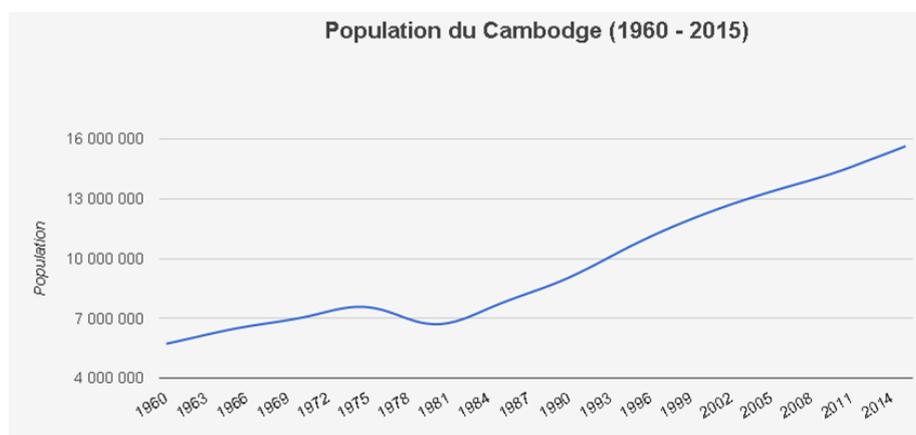


Figure 9 : Population du Cambodge, de 1960 à 2015 (13)

4.1.4 Situation économique

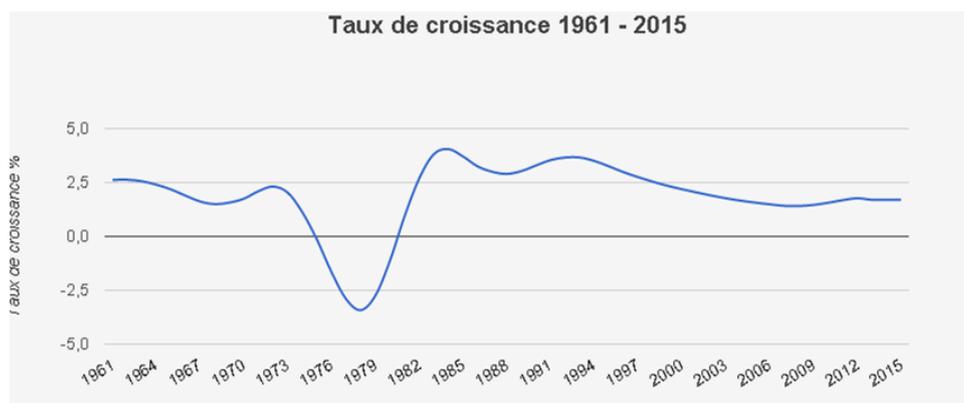


Figure 10 : Taux de croissance du Cambodge, de 1961 à 2015 (13)

PIB : 15,3 Mds USD (2014, Banque mondiale)

PIB par habitant : 1091 USD (2014, Banque mondiale)

Taux de croissance : 7 % (2014, Banque mondiale)

Taux de chômage : 0,3 % (2014, Banque mondiale)

Taux d'inflation : 3,8 % (2014, FMI)

Taux de pauvreté : 14% (2014, Banque Mondiale) Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population rurale)

Déficit public : 2,8 % (2014, DG Trésor)

Balance commerciale : - 2 Mds USD (2014, DG Trésor)

Principaux clients (2014) : États-Unis (24,1 %), Royaume-Uni (8,7 %), Allemagne (8,1 %)

Principaux fournisseurs (2014) : Vietnam (28,1 %), Chine (20,6 %), Thaïlande (16,8 %).

Part des principaux secteurs d'activités dans le PIB (2013) :

- agriculture : 32 % ;
- industrie : 24 % ;
- services : 38 %.

Exportations de la France vers le Cambodge : 88 millions € (2015, DG Trésor)

Importations françaises depuis le Cambodge : 600 millions € (2015, DG Trésor)

Malgré une conjoncture internationale maussade, l'économie du Cambodge affiche une croissance estimée par la Banque mondiale à 7 % en 2015.

L'économie khmère repose sur quatre piliers : la construction, l'agriculture, le tourisme et l'industrie textile. Grâce au programme «Tout sauf les armes » de l'Union européenne (UE) et à la suppression des taxes douanières à destination de l'UE, les exportations agricoles cambodgiennes ont rapidement augmenté. Cependant, l'agriculture reste dépendante des aléas climatiques dans une région tropicale marquée par la mousson. L'accent est mis aujourd'hui par les acteurs de ce secteur sur la modernisation des techniques de production et de stockage. (13)

4.1.5 Situation sanitaire générale et système de santé

Le Ministère de la Santé est responsable de la politique de santé publique et de la gestion des institutions hospitalières publiques au niveau national. Les institutions de santé privées sont placées sous sa tutelle.

Le secteur de la santé publique est vaste mais sans grands moyens ; 9 hôpitaux nationaux et 965 centres de soins ont été recensés dans le pays, regroupant au total plus de 7 000 lits. Les consultations sont payantes depuis 1996 à environ 1 dollar US.

Quand au secteur privé, il est en plein développement. Les Cambodgiens ont peu confiance dans la qualité des services publics de santé et font appel au secteur privé. C'est pourquoi de nombreuses cliniques privées sont nées. Le secteur privé est constitué de cliniques, de cabinets médicaux, dentaires et de laboratoires d'analyses. Les consultations sont plus onéreuses que dans le secteur public, allant jusqu'à 65 dollars US selon la spécialité du médecin et sa nationalité, ou selon la qualité du service.

Le système des cliniques privées peut être décrit de la façon suivante :

- les cliniques privées gérées par des médecins cambodgiens. Ces médecins exercent une double activité publique et privée, leur salaire de fonctionnaire de 30 dollars US/mois étant insuffisant. Ces cliniques s'adressent à la classe moyenne cambodgienne. Elles ont plutôt bonne réputation, sont structurées, nombreuses et en augmentation constante. Ces cliniques sont équipées de matériel neuf, de marques japonaises ou coréennes de stérilisation, radiologie, échographie et scanner.
- il existe quelques cliniques gérées par les étrangers dont les clients sont essentiellement des expatriés et des touristes. Elles emploient généralement des médecins expatriés ou cambodgiens formés à l'étranger. Elles sont de bonne qualité, mais leurs tarifs les rendent inaccessibles aux cambodgiens, sauf aux plus riches.
- les cliniques chinoises, dont la réputation de qualité n'est pas encore établie.
- les centres assurant essentiellement des transferts à l'étranger : ceci concerne les expatriés et les élites cambodgiennes. Le nombre de cambodgiens se rendant à l'étranger, notamment en Thaïlande, pour des traitements médicaux serait de l'ordre de 300 par mois. (12)

4.1.6 Situation bucco-dentaire au Cambodge

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

Bien que les locaux, expatriés et autres touristes soient tous généralement sceptiques quant au secteur sanitaire cambodgien, le personnel international de l'European Dental Clinic de Phnom Penh affirme avoir amélioré le niveau des soins dentaires au Cambodge.

Au Cambodge, il existe seulement deux écoles de dentistes situées à Phnom Penh. Une université privée internationale qui offre un programme sur cinq ans et l'Université des Sciences de la santé qui dispense une formation sur sept ans et diplôme chaque année 14 dentistes. Beaucoup des dentistes du pays n'ont cependant pas de diplômes universitaires. Ce qui signifie qu'il y a un grand nombre de praticiens non qualifiés dans le Royaume.

Les risques d'infections nosocomiales au cours des soins sont importants (2 à 20 fois plus élevés que dans les pays développés). Les compétences du personnel dentaire et la qualité de l'équipement exposent la population à des risques post-traitement. Jusqu'à 15 patients sur 100 hospitalisés pour des soins dentaires seraient touchés par une infection nosocomiale mais en diminution depuis le partenariat avec l'AOI en 2003 (formation des enseignants, amélioration du plateau technique, évaluation...). Le ministère de la Santé du Cambodge a choisi de former l'ensemble du personnel dentaire (700 personnes).

La qualité du dentifrice fluoré est variable et seule une partie de la population y a accès.

En 2007, une analyse montre que 30 % des dentifrices fluorés, disponibles dans le commerce, présentent des taux de fluor en dessous des normes minimales requises de 700 ppm de fluor libre. (14)

4.2 Mission au Cambodge, août 2013 (état de santé bucco-dentaire)

4.2.1 Objectifs, mise en place et présentation de l'association Pharma Libre

Notre cursus universitaire santé nous permet de prendre en charge et de traiter des personnes démunies n'ayant pas les moyens de se faire soigner en cabinet dentaire traditionnel : elles peuvent alors bénéficier de soins à l'école dentaire.

Reprendre une association existante comme Pharma Libre, pour monter notre propre projet nous sembla le moyen le plus adapté à notre objectif, notamment parce que l'organisation existant déjà, les démarches administratives étaient allégées.

Nous formions une équipe motivée, désireuse de mettre à profit nos compétences pour prendre en charge les problèmes sanitaires rencontrés chez les orphelins du Cambodge.

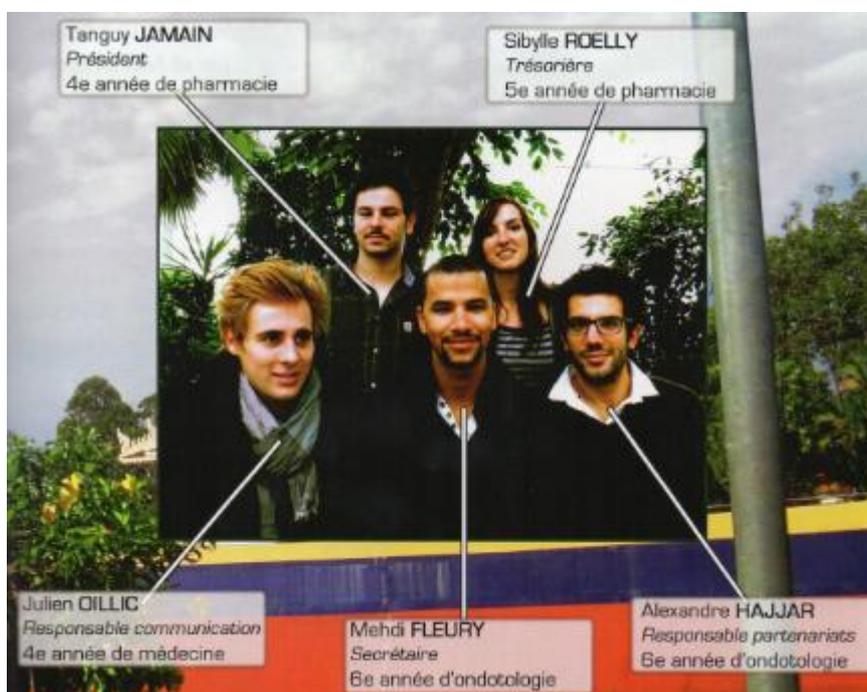


Figure 11: photo de l'équipe Pharmalibre 2013 (19)

Notre objectif était de pérenniser l'action humanitaire de Pharma Libre pour la troisième année consécutive : les équipes précédentes avaient mené une campagne de formation sur l'hygiène quotidienne dans tous les orphelinats d'Enfants d'Asie, à l'aide de jeux, et avaient apporté des médicaments dans les différents centres.

Ainsi en 2013, nous avons formé une équipe pluridisciplinaire pour approfondir les objectifs mis en

place, tout en y apportant des compétences nouvelles.

Tanguy et Sibylle, forts de leur formation pharmaceutique, ont été missionnés par Pharmacie Humanitaire International (PHI) pour établir un circuit de distribution sécurisé des produits de santé vers les orphelinats.

Julien, par sa formation médicale qui lui confère une équivalence en soins infirmiers, et moi-même grâce à ma formation dentaire, nous avons pu réaliser des gestes de premiers soins et de prévention.

4. 2. 3 Méthodologie

Enfants d'Asie nous a demandé de remplir des audits pour les six orphelinats visités afin d'avoir un contrôle sur ce qui se passe en leur absence. En effet, les dirigeants d'Enfants d'Asie ne dormant pas sur place, il leur était difficile d'avoir une idée précise de la tenue des établissements. Nous avons également réalisé un questionnaire destiné aux mamans-nourrices de chaque orphelinat sur les thèmes suivants : hygiène, nutrition, secourisme et éducation.

Dans chaque orphelinat nous avons réalisé les tests ophtalmiques, le bilan bucco-dentaire de tous les enfants ainsi que le contrôle des pharmacies et la prise du poids et de la taille pour calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

Les mamans-nourrices sont nommée par l'ISALVY*, l'inspection des Affaires sociales, à l'échelle locale, et sont recrutées par le directeur du centre. Leur rôle est de protéger les orphelins en leur prodiguant soins et éducation. Âgées de 20 à 50 ans, elles ont un niveau scolaire de fin d'école primaire, de fin de collège, voire de fin d'études secondaires, et n'ont pas de formation spécifique à l'éducation des enfants. Elles perçoivent un salaire compris entre 80.000 riels et 200.000 riels par mois soit environ entre 17 et 44 euros. Le revenu mensuel moyen par habitant au Cambodge s'élève à 71 euros (Banque Mondial). Devant faire preuve d'écoute, de disponibilité et d'une grande tolérance, ces «mamans de substitutions» représentent en quelque sorte une référence morale et serviront d'exemple pour la construction personnelle des enfants. Leur intégrité et leur honnêteté sont donc essentielles pour le bon fonctionnement de l'établissement. (19)

* ISALVY : Inspectorate of Social Affairs, Labour, Vocational Training and Youth Rehabilitation, dépendant du *Ministry of Social Affairs, Labour, Vocational Training and Youth Rehabilitation (MOSALVY)*

4. 2. 4 Résultats

Foyer de CER4

Notre premier orphelinat fut le foyer pilote de CER4, le principal de Phnom Penh, du 1^{er} au 4 août 2013. Il est entièrement géré par Enfants d'Asie et ne reçoit donc pas de subvention du ministère des affaires sociales. Il accueille une soixantaine d'enfants et de jeunes âgés de 4 à 20 ans.

Les enfants ont tous au minimum 8 ans, très joueurs, en bonne santé avec une bonne hygiène de vie. Ils évoluent dans des bâtiments en bon état, bien entretenus, relativement spacieux et bien équipés. Le personnel était quant à lui très accueillant, souriant et professionnel.

Pendant ces 4 jours avec ma partenaire Sybille Roally, qui était en 6^{ème} année de pharmacie, nous avons réalisé les tâches suivantes sur 27 enfants :

- une visite médicale, qui comprenait ;
 - une vérification du carnet de santé (était-il correctement rempli et mis à jour, vaccins ?)
 - une prise de l'IMC (taille et poids),
 - une réalisation d'un examen ophtalmologique et bucco-dentaire.
 - une formation des enfants à l'hygiène bucco-dentaire, et aussi des conseils pour lutter contre la gale et la diarrhée.
- nous avons de plus formé l'infirmier aux gestes de premier secours, à l'éducation et à la prévention sanitaires (gale, diarrhée, hygiène dentaire, alimentation). Nous avons également contrôlé la pharmacie et interviewé des mères-nourrices.
- outre le suivi sanitaire, nous devions également divertir les enfants grâce à différentes activités : sportives (volleyball, badminton, cerceaux), artistiques (dessins, musique traditionnelle, chorégraphie) et ludiques (chaise musicale, jeu des signes). Autant d'animations que nous nous efforcions d'encadrer avec le plus d'attention possible, malgré le manque d'une qualification spécifique pour certains d'entre nous.

L'ensemble des repas pour les enfants et pour nous étaient calqué sur le même modèle : riz à volonté agrémenté d'une soupe avec de la viande de bœuf ou de poulet. L'unique boisson était un bidon d'eau mis à disposition.

Foyer de Battambang « foyer »

Notre deuxième escale fut au Nord Ouest du pays, à environ 4 heures de route de Phnom Penh, au foyer de Battambang « foyer », du 4 au 14 août 2013. L'impression générale fut semblable à celle que nous avait laissée l'orphelinat CER4. Les pensionnaires étaient en bonne santé et évoluaient dans un cadre favorable. Les bâtiments étaient dans un bon état général et des travaux d'agrandissement étaient en cours, tandis qu'un jardin très bien entretenu accueillait un généreux potager aux multiples variétés de légumes.

Nos missions étaient les suivantes :

- nous avons procédé aux visites médicales d'usage en utilisant les mêmes méthodes que pour le premier établissement sur 86 enfants.

Il s'est avéré que la plupart des dents temporaires des jeunes patients n'avaient pas reçu de soins et étaient cariées, reflet d'un relâchement de l'hygiène bucco-dentaire, principalement chez les garçons.

- nous avons donc institué les règles du brossage pluriquotidien, très vite assimilées par les enfants, complétées par une bonne hygiène générale : douche quotidienne, lavage des mains régulier.

Le petit déjeuner était pris le matin à 5 heures par les enfants mais nous n'y assistions pas puisque notre réveil était programmé une heure plus tard.

En ce qui concerne les repas, ils étaient similaires au premier orphelinat, à savoir une base de riz agrémenté de soupe à la viande et aux légumes.

- nous avons encadré des activités sportives, artistiques, ludiques et manuelles : organisation de tournoi de volleyball et de football, badminton, balle aux prisonniers, cerceaux, bowling, corde à sauter, jeu de la tomate, pistolet à eau, perles et proposition de soirées dansantes avec chorégraphie ;

Du fait de la durée de notre séjour, nous avons également organisé des sorties en groupes avec :

- visite de Pailin (site touristique),
- cascade, baignade, jeux,
- pique-nique.

Foyer de Battambang « village »

En simultané, puisqu'elle se déroulait également du 4 au 14 août, notre troisième « escale » fut dans une institution au centre du village de Battambang, qui se trouvait à 20 min en vélo du "Battambang foyer".

Ce centre, implanté dans des maisons sur pilotis, était situé dans un environnement magnifique entouré de verdure, un vrai paysage de carte postale. Des bâtiments propres et des enfants avec une hygiène générale irréprochable.

Nous avons réalisé les mêmes actions que pour Battambang « foyer » pour 170 enfants.

Nous avons fait la connaissance du docteur Vithar, médecin en charge des deux centres de Battambang et parlant un français impeccable. Elle nous a expliqué comment l'eau de la rivière était rendue potable sur le centre, grâce à un système de purification très contrôlé par un spécialiste.

Suite aux visites médicales des deux orphelinats, nous avons financé pour 50 \$ l'achat de quatre paires de lunettes de vue destinées à deux enfants et à deux mamans-nourrices.

Centre de Pursat

Du 14 au 23 août 2013, nous avons conclu notre séjour au centre de Pursat, au Sud Est de Battambang.

Hormis une maison réservée aux plus petits âgés de 1 à 5 ans, le centre est constitué de grands enfants ayant de 6 à 18 ans. Ils étaient généralement indépendants et très réservés au premier abord.

Par la suite nous les avons découverts curieux et cultivés. Ils avaient une bonne maîtrise de l'anglais et parfois même du français. L' ducation avait une place très importante au sein du centre et les enfants étaient avides de savoir. Les professeurs semblaient très compétents et disponibles assurant des cours même durant les périodes de vacances contrairement aux autres centres. Pour compléter cet enseignement, un système de tutorat, des plus grands aux plus petits étaient mis en place sous forme de cours du soir.

L'alimentation manquait de diversité entre les repas d'un jour à l'autre (riz+soupe à la viande), avec un manque de fruit frais.

Les actions réalisées pour les 57 enfants :

- visites médicales similaires aux 3 premiers centres (IMC, contrôle ophtalmo, contrôle dentaire)
- nous avons proposé des cours de français basés sur des règles de grammaire et de conjugaison, sur des exercices (textes à trous) et une grande partie dédiée à la conversation mais aussi à l'apprentissage de base d'anglais.
- nous avons également acheté des fournitures scolaires – 60 cahiers et 100 crayons Bic – et donné 26 petits savons, 75 dentifrices et 11 brosses à dents.
- nous avons loué un mini-van pour aller jusqu'au lac Tonlé Sap avec une dizaine d'enfants puis nous avons loué un bateau qui naviguait autour du village flottant avec baignade en cours de chemin, retour sur la terre ferme, visite d'un élevage de crocodiles, pique-nique, puis visite de différents sites touristiques et culturels.

Résultats chiffrés sur toute la mission Cambodge 2013

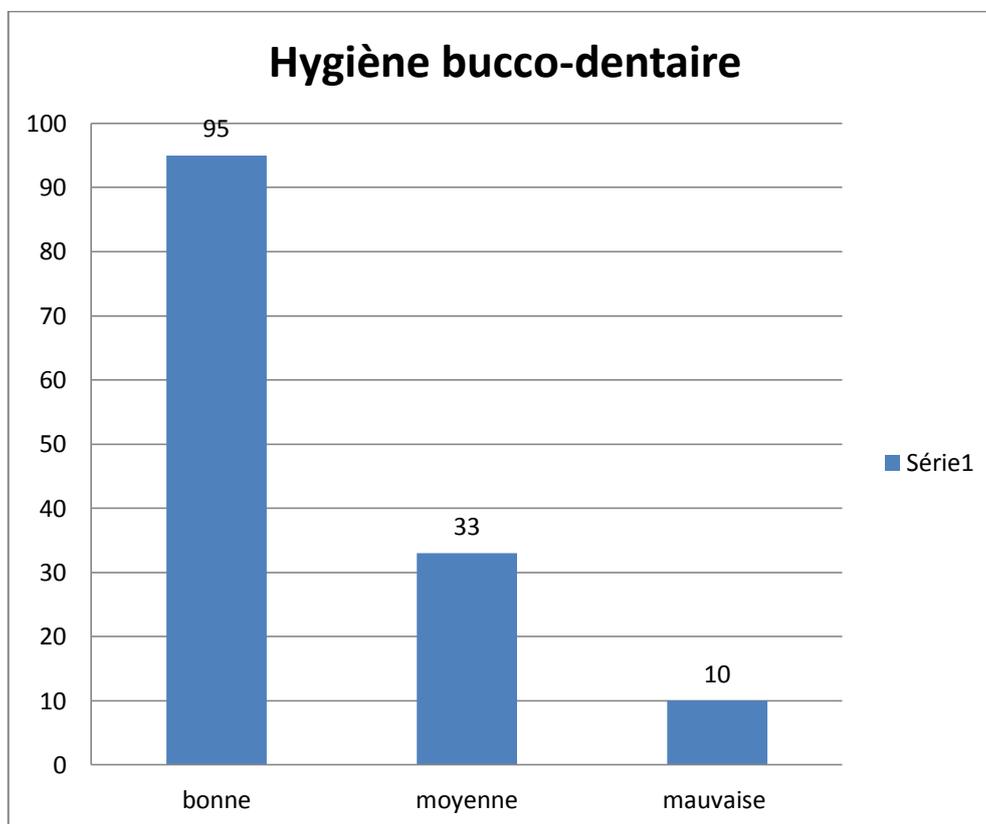


Figure 11 : Hygiène bucco-dentaire des enfants Cambodgiens examinés pendant la mission

La figure 11 montre les résultats d'une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire de 138 enfants, réalisée durant la totalité de la mission, de façon aléatoire entre Battambang foyer, Battambang village et Pursat (aucune donnée n'a pu être récoltée sur l'orphelinat CER4 car moins de temps passé sur place). Les critères sont les suivants :

- une bonne hygiène, correspond à une absence de carie et de tartre visible à l'œil nu ;
- une hygiène moyenne correspond à une absence de tartre visible à l'œil nu mais présence de caries;
- une mauvaise hygiène correspond à la présence de polycaries et de tartre visible à l'œil nu.

Nous avons constaté que, plus des 2/3 des patients, présentent une bonne hygiène. Moins d'1/3 des patients présentent des caries et seulement 10 patients ont du tartre.

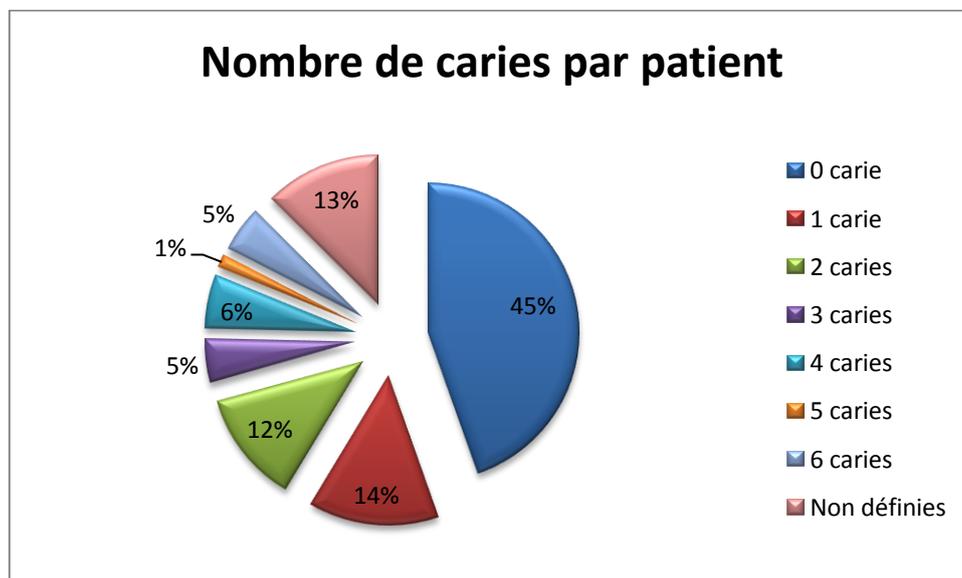


Figure 12 : Nombre de caries par patient

Le diagramme circulaire de la figure 12 a été réalisé après examen bucco-dentaire approfondi. Sur 381 enfants, il démontre que 45% des enfants sont sans dents cariées, soit moins de la moitié.

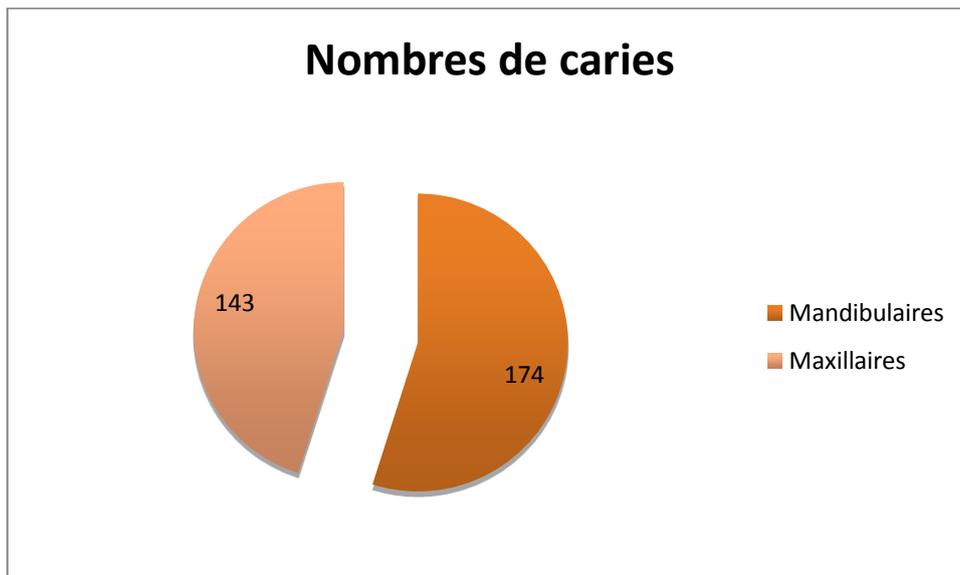


Figure 13 : Localisation des caries

Sur la figure 13, nous pouvons constater que pour 317 patients, les dents mandibulaires sont les plus touchées.

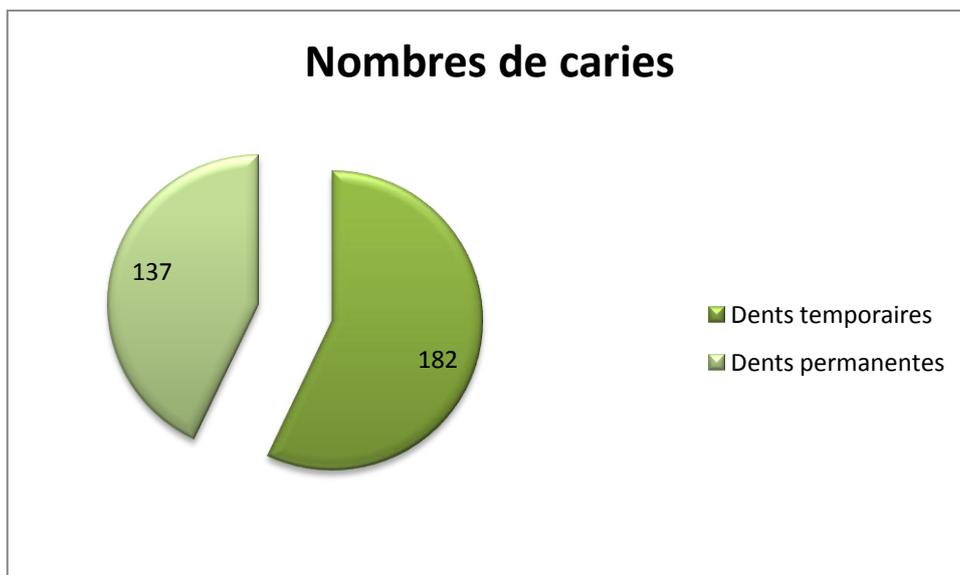


Figure 14 : Nombre de dents temporaires et permanentes atteintes

Sur 319 patients, la majorité des dents atteintes sont des dents temporaires, ce qui s'explique par le jeune âge des patients (en moyenne 12,95 ans). La plupart des enfants sont en denture mixte.

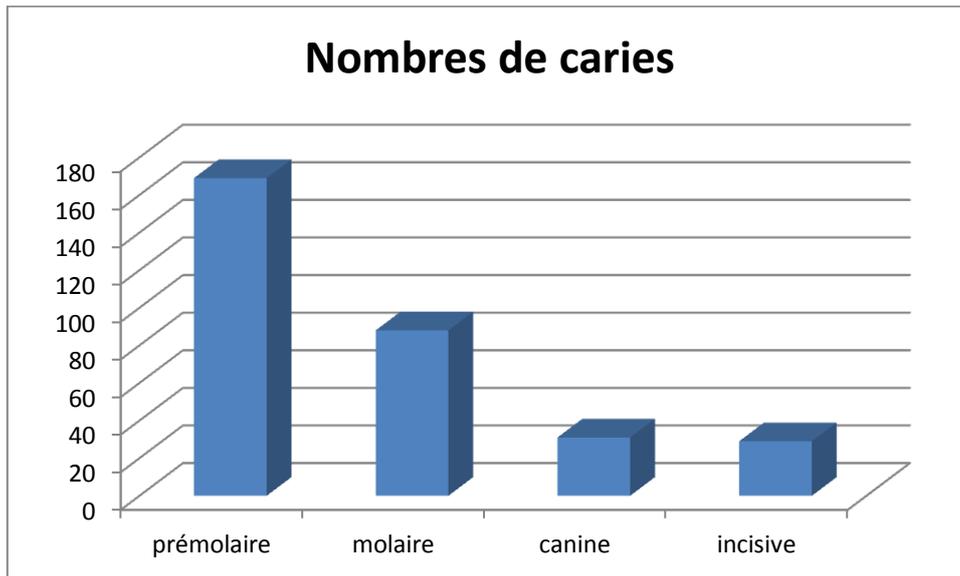


Figure 15 : Localisation des caries sur l'arcade dentaire

La figure 15 montre la répartition en catégories des dents atteintes. On remarque que les prémolaires sont le plus souvent atteintes, deux fois plus que les molaires. Les incisives et les canines étaient beaucoup moins touchées, ce qui peut s'expliquer par l'anatomie de ces dernières (sillon et cuspide) et leur accessibilité au brossage plus facile que pour les dents postérieures.

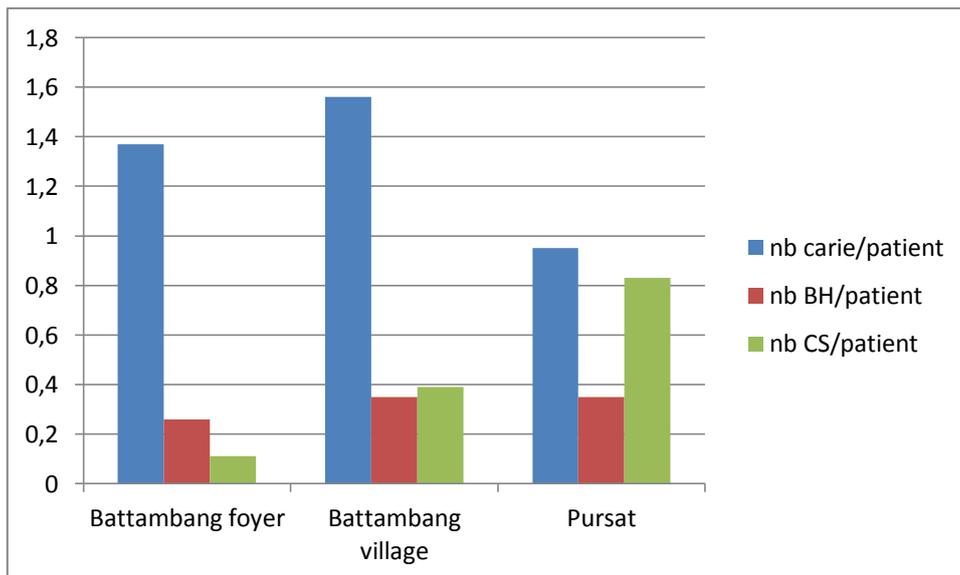


Figure 16 : Hygiène bucco-dentaire et caries

Sur la figure 16, on remarque un meilleur suivi bucco-dentaire sur l'orphelinat de Pursat. (Nb : nombre, BH : bonne hygiène, CS : caries soignées)

CHAPITRE 5 : MADAGASCAR

5.1 Présentation de Madagascar



Figure 17 : Carte de Madagascar (40)

5.1.1 Géographie

Située au sud de l'équateur, dans l'océan Indien, Madagascar est la cinquième île du monde en superficie (592 040 km²²) après l'Australie, le Groenland, la Nouvelle-Guinée et Bornéo. La Grande Île, parfois appelée « l'île Rouge » en référence à la latérite (roche rouge ferreuse) qui colore ses plateaux, s'étire sur 1 580 km du nord au sud et 575 km d'est en ouest. Elle est entourée de

l'archipel des Comores (300 km au nord-ouest), des Seychelles (1 000 km au nord), de la Réunion (800 km à l'est), mais aussi l'île Maurice (plus à l'est) et du Mozambique (400 km à l'ouest). Une chaîne montagneuse parsemée de massifs coupe la Grande Île dans le sens nord-sud à une altitude de 1000 à 1500 mètres (les Hautes Terres représentent 70 % de la superficie du pays).

La moitié ouest, la plus large, est occupée par des plaines à faible déclivité, depuis les hautes terres du centre jusqu'au canal du Mozambique. À l'est, une étroite bande de falaises s'aplanit brusquement en une mince plaine côtière bordée par l'océan Indien. La région nord, volcanique, est isolée par le massif le plus élevé de l'île (où culmine le Tsaratanana à 2 876 m). Le « grand sud » semi-aride est partagé entre plateaux calcaires (sud-ouest), plaine sèche (pointe sud) et une chaîne de montagne (sud-est).

L'Alaotra (182 km²) est le plus vaste des cinq grands lacs de Madagascar.

L'originalité de Madagascar, qui a pour emblème l'arbre du voyageur (ravinala), réside dans son extrême diversité : la variété du relief et du climat a favorisé la biodiversité d'une flore et d'une faune caractérisées par un important taux d'endémisme . (33) (35)

5.1.2 Histoire de Madagascar

Le peuplement de Madagascar est né du mélange entre les Vazimba, les autochtones des terres centrales, et les flux indo-mélanésiens et bantous, qui s'étaient installés dans l'île, à partir du I^{er} millénaire jusqu'au XVI^{ème} siècle. La population était jusque-là clairsemée en petits regroupements. Bien qu'aujourd'hui, l'ensemble malgache présente une grande unité linguistique et culturelle, ses origines multiples se lisent encore dans des traits culturels et physiques complexes.

C'est probablement du XII^{ème} siècle que date l'installation sur la côte occidentale d'un peuplement composite : mélange d'Arabes, de Comoriens et d'Indiens, que l'on nomme les Antalaotras.

Sur la côte orientale s'était établi le peuple antemoro, revendiquant plus spécifiquement ses origines arabes.

Voici quelques dates marquantes de son histoire :

- en 1500, le navigateur portugais Diego Dias découvre l'île et la nomme île Saint-Laurent ;
- en 1642, Madagascar commence à devenir une prétention coloniale de la France ;
- en 1810, Radama Ier règne sur le territoire avec la conquête des royaumes côtiers ;
- de 1830 à 1840, les Français se heurtent aux Merinas. Une alliance des Français et des Sakalava est mise en place.
 - en 1890 les Anglais abandonnent leurs prétentions coloniales sur l'île ;
 - en 1896 la France annexe Madagascar ;
 - en 1960 Madagascar déclare son indépendance.

À la fin du XX^{ème} siècle les crises politiques se sont succédées à Madagascar (1972, 1991-92, 2001-2002).

En 2009, sous la pression de la rue et de l'armée, le président Marc Ravalomanana s'enfuit en exil. Andry Rajoelina prend alors le pouvoir. L'ensemble de la communauté internationale condamne ce changement de régime. Plusieurs organisations suspendent leurs actions à Madagascar, notamment l'Union Africaine (UA), la Communauté de Développement d'Afrique Australe (SADC) ou l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF).

Des élections démocratiques sont organisées le 17 janvier 2014. La Cour électorale spéciale de Madagascar proclame alors Hery Rajaonarimampianina vainqueur, par 53,5% des voix, sur son rival Jean-Louis Robinson.

Hery Rajaonarimampianina est officiellement investi président de la République de Madagascar le 25 janvier 2014. (33)(35)

5.1.3 Situation démographique

Population : 24,24 millions d'habitants (estimation de la Banque mondiale 2015, faute de recensement depuis 1993)

Densité (en 2014) : 40,5 habitants/km²

Croissance démographique : 2,8 %

Espérance de vie à la naissance : 65 ans (Banque mondiale, 2014)

Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) : 70 % (FMI, 2015)

Religions : culte traditionnel axé sur le respect des ancêtres (50 %), christianisme (45 %, dont 25 % de catholiques et 20 % de protestants), islam (5 %)

Indice de développement humain : 154e rang sur 188 pays (PNUD, 2015).

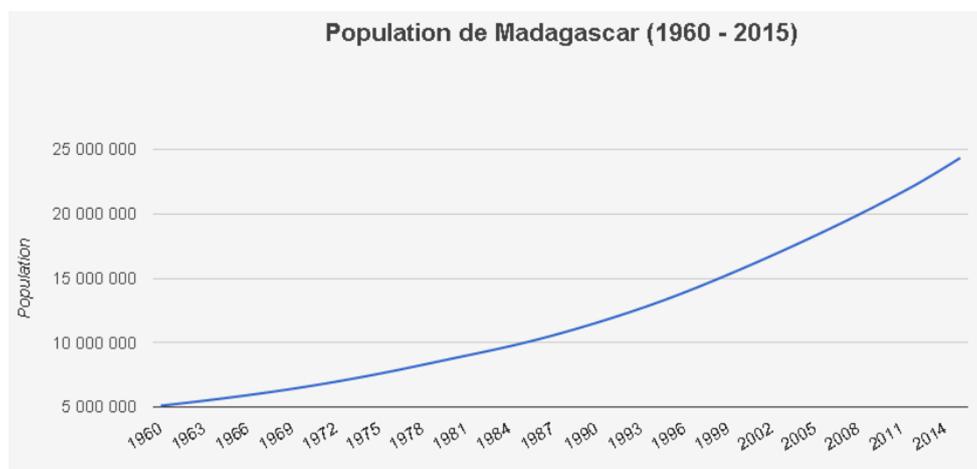


Figure 18 : Population de Madagascar (34)

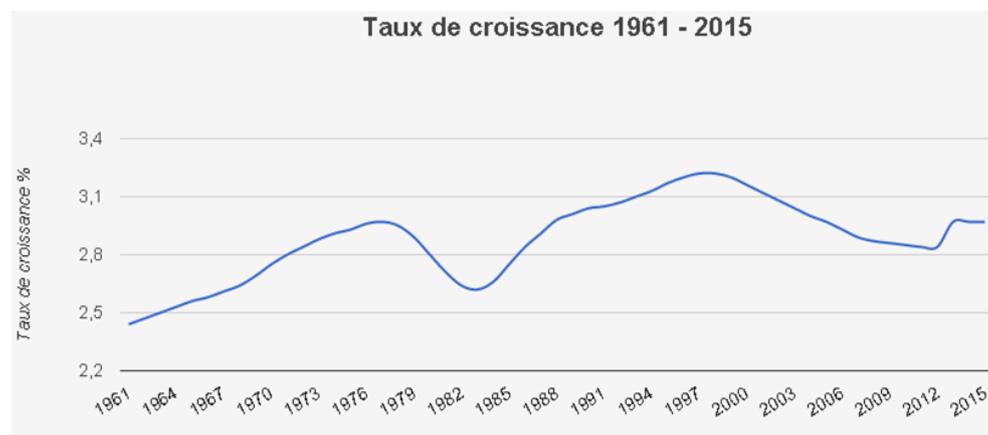


Figure 19 : Taux de croissance (34)

5.1.4 Situation économique

PIB : 9,98 Mds \$ (2015, Banque mondiale)

PIB par habitant : 420 \$ (2012, Banque mondiale)

Taux de croissance : 3 % (2015, Banque mondiale)

Taux de chômage : 3,6 % (Banque mondiale, 2014)

Taux d'inflation : 7,4 % (2015, Banque mondiale)

Principaux clients (en 2015) : France (15,2 % en 2012), États-Unis (12,7%), Chine (7%), Afrique du Sud (5,9 %), Japon (5,5 %)

Principaux fournisseurs : Chine (24,8 %), France (10,3 %), Barhein (5,6%), Inde (5,5%), Koweït (4,5%), Maurice (4,4%)

Répartition du PIB par secteurs (en 2014) :

- primaire (agriculture) : 26,5 %

- secondaire (industrie) : 15,9 %

- tertiaire (services) : 57,6 %

Exportations de la France vers Madagascar : 325 M€ en 2015

Importations françaises depuis Madagascar : 402 M€ en 2015

Consulat (s) de France : Tananarive

Chancelleries détachées : Majunga, Diego Suarez, Tamatave

Communauté française à Madagascar : 25 000 personnes (dont 13 000 binationaux)

Communauté malgache en France : environ 70 000 personnes.

En 2012 le PIB par habitant se situe au 175 ième rangs sur 182 pays.

Si la dette a été contenue pendant la crise, la situation budgétaire de l'Etat est exsangue, laissant peu de marge de manœuvre au gouvernement.

En 2013, la tenue d'élections présidentielles libres, sous observation internationale, a permis au pays de clore la période de crise politique ouverte en 2009. Elle doit désormais permettre à Madagascar de retrouver pleinement la place qui est la sienne sur la scène internationale, et retrouver le soutien des principaux bailleurs internationaux (FMI, Banque mondiale).

Le 27 janvier 2014, l'Union Africaine a réintégré la Grande île au sein de ses instances et le 12 mars la directrice générale du FMI a annoncé à son conseil d'administration, la reprise de l'assistance financière à Madagascar. En mai de la même année, l'Union Européenne a décidé de lever les mesures restrictives adoptées en 2010.

Le gouvernement prépare un plan national de développement. (34)

5.1.5 Situation sanitaire générale et système de santé

On dénombre 99 Centre Hospitalier District (CHD) publics ainsi que 2 195 Centres Hospitaliers de Bas niveau (CSB) publics fonctionnels sur 2 268 existants (96,7 %). Ce système s'appuie sur 4 centres hospitaliers de référence provinciaux au niveau des chefs lieux de provinces, 2 centres hospitaliers universitaires (Antananarivo et Mahajanga) et environ 20 établissements spécialisés.

Sur l'ensemble du territoire, 58 % de la population a accès à une formation sanitaire située à moins de 5 kilomètres. Plus particulièrement en milieu rural, la distance qui sépare 37 % des localités rurales du centre de soins le plus proche est supérieur à 10 kilomètres. La faiblesse relative de la couverture sanitaire a incité le Ministère de la Santé et du Planning Familial à mettre en place des équipes sanitaires mobiles en vue d'atteindre les zones les plus reculées encore mal couvertes.

En stagnation depuis 1997 (12 482), à cause de l'ajustement structurel, l'effectif du personnel de la santé a sensiblement augmenté à partir de l'année 2000 pour atteindre le chiffre de 13 595 en 2001, du fait du recrutement de plus de 1000 médecins. Madagascar comptait en 2001, dans le secteur public, 2281 médecins. Par contre, le nombre des paramédicaux (infirmiers et sages-femmes) a diminué, malgré la réouverture des établissements d'enseignement médico-social au niveau de chaque province.

Le secteur de la santé est financé essentiellement par l'État, l'aide extérieure et les ménages à travers la Participation Financière des Usagers (PFU) instaurée en novembre 1998. De 1997 à 2004, le budget public de la santé par rapport au budget de l'état est resté stable (entre 8 % à 10 %). (42)

5.1.6 Situation bucco-dentaire à Madagascar

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

Figure 20 : Nombre de dents cariées absentes ou obturées (CAOD) (2)

L'état de santé bucco-dentaire à Madagascar est jugé mauvais par l'OMS, avec des indices CAO(D) deux fois plus importants que ceux observés dans les pays d'Afrique de l'Ouest.

La Faculté de Majunga forme environ 42 dentistes par an pour un peu plus de 24 millions d'habitants.

Les freins économiques (tarification trop élevée) et l'automédication (contrefaçons de médicaments sur le marché en plein soleil) sont des facteurs défavorables.

À Madagascar, de nombreuses "croyances" circulent. Les dents représentent un prestige social avec une force symbolique importante, l'extraction y est donc rejetée.

80% des enfants de 6 ans ont en moyenne 4.9 dents temporaires cariées, absentes ou obturées. 75% des enfants de 12 ans ont en moyenne 3 dents permanentes cariées, absentes ou obturées. Chez les adultes de 35-44 ans, la prévalence carieuse est de 98 % avec 13 dents atteintes en moyenne. » (17)

Les parodontopathies sont nombreuses. 1250 dentistes assurent la couverture sanitaire, dont 300 fonctionnaires. Les 112 districts sanitaires ainsi qu'une cinquantaine de communes rurales sont couverts par 214 centres dentaires publics. Ajoutons à cela une vingtaine de cabinets dentaires publics installés au sein des écoles. Les cabinets dentaires privés sont surtout implantés dans les grandes villes. (2)

5.2 Mission à Madagascar 2014

5.2.1 Présentation de l'association Oued : mise en place et objectifs

Créée en 2005, cette association à but non lucratif est constituée d'étudiants de dernière année de chirurgie dentaire de Nantes.

À ses débuts, l'organisation intervenait en Mauritanie en partenariat avec l'association *Les enfants du désert* mais malheureusement, ces dernières années, le contexte géopolitique du pays a mené à l'interruption des missions sur place.

En 2010, sous l'impulsion de Madame Fara Orillard de l'association Ankadibe (village du centre-est de Madagascar) le projet s'est reporté sur l'île de Madagascar.

Chaque année une nouvelle équipe, constituée d'étudiants en fin de cursus en chirurgie dentaire encadrés par des enseignants, part durant trois semaines. (20)

Les objectifs de mission sont les suivants :

- la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire ;
- la réalisation des soins de premières nécessités ;
- le soulagement de la douleur : notamment celle provoquée par des lésions carieuses ;
- le suivi des patients examinés au cours des précédentes missions ;
- la réhabilitation prothétique des patients édentés.

Le bilan des précédentes missions était :

- consultation pour 2000 patients,
- extraction de plus de 6000 dents,
- dispense de 300 soins conservateurs,
- réalisation de 42 prothèses.

Équipe de 2013



De gauche à droite : Fara ZAIARY, Anne LE BOLZER, Dr Nicolas STRUBE, Johanne LOISEAU, Ronan LEMAITRE, Pierre BRAIRE, Pauline GERARD, Dr Morgan ROLOT, Samuel HAINAULT, Maria TUTUIANU, Margot SUSSET, Pierre OUVRARD.

Équipe de 2014



De gauche à droite : Dr Kévin DRUGEAU, Marie-Lou CECCHETTI, Mehdi FLEURY, Mylène ALARCON, Dr Isabelle HYON, Alice JACQUET, Fanny CHAPELLE, François JAHOO, Kinie TROHEL, Ronan LE MAITRE, Dr Aurélien FRUCHET, Brice BLANC, Fara ZAIARY.

Équipe de 2015



De gauche à droite : Dr Catherine RICHARD, François JAHOO, Pierre GUINOT, Hélène ANCIAUX, Axelle ROUCHES, Dorian LAIGNEAU, Céline PUIZON, Benjamin DEFAVEAUX, François ROCHER, Benjamin RENAUD, Dr Antoine DAUZAT, Mélanie RECUERO.

Équipe 2016



De gauche à droite : Aurélie BLANCHE, Mathilde ALTHUIZIUS, Alexandre GIRARD, Louise BRUHAY, Benjamin RENAUD, Lucie FERRAND, Adrian LIM, Chloé LEMERLE, Chloé ANDRE, Dr GRELOUX Antoine et Dr BERNARD Christine

5.2.2 Prothèse

C'est en 2014 que nous avons pu réaliser pour la première fois des prothèses sur place, grâce à la présence de Brice Blanc, prothésiste volontaire très motivé, qui travaillait au CHU de Nantes en 2013.

Brice BLANC évoquant son engagement : « Depuis plusieurs années, mon envie de voyager et de découvrir un nouveau visage de mon métier me tenait à cœur. La prothèse en humanitaire n'étant pas du tout développé, il me fallait trouver une association ou un hôpital souhaitant soutenir un tel projet. En septembre 2013, l'association OUED est venue me proposer de les accompagner lors de leur mission 2014 sur Madagascar et par la même occasion d'installer un laboratoire de prothèse dentaire qui compléterait leurs soins. J'ai accepté avec un grand "oui". Dès cette période, il a fallu faire le tour de l'ensemble des besoins nécessaires à la création d'un tel laboratoire en tenant compte des spécificités de notre environnement : la chaleur, l'humidité, l'énergie électrique, la luminosité et les règles d'hygiène.

Nous avons tout d'abord déterminé la quantité de prothèses adjointes partielles (PAP) que nous

pensions entreprendre. Nous avons établi la valeur de 4 prothèses par jour sur 16 jours travaillés ; avec un maximum de 6 dents par appareil. »

Ce dont nous avons eu besoin pour ce travail :

Matériel encombrant :

- une pièce à main (micromoteur)
- un touret à polir
- un polymérisateur sous haute pression
- un compresseur
- une lampe à alcool
- un bain de décontamination (javel)
- des porte-empreintes
- des articulateurs
- une bouilloire

Petit matériel :

- des dents en résine
- des résines auto polymérisables
- des cires pour maquettes
- des cires pour montage
- des cires collantes
- des fils à crochet (demi-jonc, jonc, boules et roach)
- des fils de renfort
- des fraises à résine
- des brosses à polir
- du plâtre
- des bols à plâtre
- des spatules de travail
- de l'alginate

Pour réunir ce matériel, nous avons fait appel aux laboratoires parisiens suivants : Connexion, Atelier Monténéro, Sylabdentaire.

Avec leur aide, nous avons reçu certains petits matériaux comme de la cire de montage, des dents dépareillées (50 environ), des fraises, de la résine....

Mais ce matériel n'était pas suffisant pour pouvoir couvrir la demande évaluée. En complément, nous avons donc demandé de l'aide à de nombreuses entreprises du secteur. La société Ivoclar fut la seule à répondre favorablement par l'envoi de 800 dents dans toutes les teintes ainsi que 5 kg de résine neuve. Ce don, couvrant l'intégralité de nos attentes en prothèse, nous a comblés de satisfaction.

Quant au CHU de Nantes, grâce au prothésiste Monsieur Thierry Pecheur, nous avons pu obtenir le reste du matériel manquant : pièce à main, polymérisateur, tour à polir, fraises, brosses...

L'institut Gustave Roussy où travaillait Monsieur Brice Blanc, a également contribué à cette mission en nous offrant du matériel complémentaire dont des fraises, des articulateurs, des spatules.

Les frais de transport entre la France et Madagascar étant trop importants, le plâtre fût acheté sur place par l'association.

5.2.3 Matériel

Le matériel étant laissé sur place chaque année, nous emmenions uniquement le consommable (produit anesthésiant, ciments verres ionomères-CVI, amalgame, gants, masques).

Nous avons acheté néanmoins une mallette comprenant un mini kit de soins composé d'une turbine, d'un contre angle, d'une pièce à main.

Voici la liste du matériel et des médicaments sans valeur marchande et sans stupéfiants, transporté à titre humanitaire par l'association OUED pour la mission à Madagascar du 12 au 27 février 2014.

Nom					
Compresse	1400	fils de suture	219	aiguille para-apical	100
eludril (1l)	4	godet amalgame		savon main (L)	1
carpules anesthesie	3940	eludril (L)	1	pince à suture	1
savon main	4	Anesthésie	300	ciseau chirugie	1
Brunissoir	3	savon main	1	Pangen	1
chapeaux chinois	4	recharge lingette		Rallonge	1
boîtes de fraise		godets amalgame	5	Multiprise	1
Jouets		DASRI	4	Cocotte	1
dentifrices (échantillons)		Exacyl	1	Articulateur	1
brosse à dents		davier racines	4	couteau à cire	1

poudre de résine (Kg)	2	cire rose (Kg)	1	boites de stent	2
liquide de desinfection	1	recharge lingette	1630	bernard droit	1
bloc note	4	mélangeur amalgame	1	Carpules Ca(OH) ₂	100
plan de fox	1	Masque	120	Turbines	4
Blouses	2	gant à vaisselle	5	contre angle	2
gants M	2800	Tétière	1	PAM	1
gants S	1000	Pansoral	1	oxyde de zinc	400
gants L	350	Malette	1	lampe a alcool	1
gants XS	300	tour à polir	1	test au froid	1
coton salivaire	600	brosse à fraise	2	Adhesif	1
Microbrush	100	embouts flow	25	Stylos	10

Figure 21: Contenu des caisses humanitaires

PAM : Pièce à main

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

CA(OH)₂ : Hydroxyde de Calcium

5.2.4 Méthodologie

Durant la mission, qui a eu lieu du 12 au 27 février 2014, nous avons passé la première semaine sur Ankadibe (Figure 22), à 40 km au nord d'Antananarivo (groupe entier) et la deuxième aux alentours d'Antsirabe, dans le centre de l'île. Pendant cette deuxième semaine le groupe fut scindé en deux, avec un groupe qui restait sur Antsirabe et l'autre groupe prenant le mini-van pour aller dans des villages isolés comme la Ferronnerie (Figure 24), Ibity (Figure 25), centre de rééducation pénitentiaire Mandrosoa (Figure 26) et Estanousy (Figure 27) en alternant les membres de chaque groupe pour chaque expédition.

Soit au total 15 jours passés sur le territoire Malgache. L'hébergement se trouvait à Ankadibe où logeait et mangeait l'ensemble de l'équipe.

Cette mission a permis à beaucoup d'entre nous de nous ouvrir à l'autre, d'appréhender différemment l'approche de notre futur métier. Nous sommes arrivés en pensant simplement délivrer des soins et nous avons découvert l'échange et le partage. Recevant de la part des enfants souvent bien plus que ce que nous donnions.

Présentation iconographique des différents centres :



Figure 22: Centre d'hébergement de l'équipe



Figure 23 : Ankadibe



Figure 24 : La Ferronnerie



Figure 25 : Ibity



Figure 26 : Mandrosoa



Figure 27 : Estanousy

Pour le démarrage de la mission sur Ankadibe, malgré l'information concernant notre présence, nous avons accueilli beaucoup moins de patients que l'équipe de l'année précédente. Les patients devaient effectuer plus de 4 heures de marche pour venir, mais en plus, nous étions face à une population locale dont la situation buccale était cliniquement saine et moins à risque. Ceci est le fruit d'une action remontant à quatre ans déjà et qui confirme l'efficacité du travail de terrain alliant soins et prévention. Cet emploi du temps, moins chargé que prévu, nous a permis de passer plus de temps avec les enfants et de rejoindre avec un jour d'avance la Ferronnerie, à côté d'Antananarivo, où la demande de soins était très importante du fait de la nouveauté du lieu.

C'est à la Ferronnerie que nous avons rencontré le Docteur Nary, dentiste malgache ayant suivi ses études dentaires à Lyon et qui nous a prêté le matériel qui faisait défaut à notre prothésiste.

La deuxième semaine s'est déroulée du côté d'Antsirabe et plus précisément sur les hauteurs du village d'Estanousy. Notre venue était très attendue et nous avons dû assurer beaucoup d'heures de travail. L'acquisition, cette année, d'un groupe électrogène a permis de faire fonctionner divers appareils dont une mallette de soins et la pièce à main, nécessaire à la réalisation des prothèses. La mission s'est achevée ici avec un bilan très positif, tant sur un plan médical que sur un plan humain. La motivation et l'enthousiasme des membres de l'équipe tout au long de la mission ont permis de conserver une bonne ambiance, nécessaire pour mener à bien une telle opération.

Ankadibe (Figure 23)

Après 11 heures de vol, la réception du matériel à Antananarivo et 4h de voiture nous sommes arrivés à Ankadibe. Sur place nous avons pu découvrir le local précaire destiné à être aménagé en laboratoire. Les premiers patients étaient déjà là, bien plus nombreux que prévu.

Nous disposions de batteries alimentées par panneaux photovoltaïques qui fonctionnaient de façon aléatoire. Sur l'unique prise, nous y branchions le micromoteur, la bouilloire en espérant vivement que l'énergie fournie soit suffisante.

Sur nos premiers patients, nous nous sommes vite rendu compte que notre objectif de 4 appareils par jour allait être difficile à tenir. En cause, le nombre de dents à appareiller, en moyenne 8 ou 10 sur les deux arcades, voire de la prothèse adjointe totale (PAT) loin de notre prévision des 6 dents du départ.

La PAT n'était pas envisageable du fait des fournitures inadaptées pour ce type de travail. Aussi, nous avons décidé de commencer plusieurs prises d'empreintes de prothèses amovibles partielles (PAP), avec 8 dents maximum, afin de réaliser au plus vite les maquettes d'occlusion.

Les premières difficultés se sont fait ressentir : la chaleur rendait notre cire collante et souple ; le plâtre n'ayant pas été vibré lors de la coulée des empreintes, il contenait beaucoup d'eau, et était devenu cassant et friable. La conception générale prenait donc plus de temps que prévu. Malgré ces contretemps et après validation, nous avons pu entreprendre la phase de finition en résine. Alors que nous étions prêts à entamer la polymérisation, d'autres problèmes sont apparus. En effet, la batterie sur laquelle nous étions branchés alimentait un autre poste de soins situé dans le même bâtiment qui correspondait à la mallette de soins comprenant turbine et contre-angle. Nos demandes respectives et simultanées faisaient disjoncter l'ensemble de l'installation électrique. Il nous a donc fallu coordonner nos différentes actions entre le prothésiste et les soins conservateurs pour pallier à ce désagrément.

Pour compléter le tout, à la première utilisation de notre polymérisateur, nous constatons un dysfonctionnement d'un joint. Sans une pression constante dans l'appareil, la résine dégaze mal et des micro-bulles se formaient rendant la prothèse non fonctionnelle. Afin de pouvoir conserver la pression, nous devions maintenir manuellement le couvercle fermé (Figure 38).

La perte de temps lié à ces contraintes nous condamnait à ne réaliser que 14 prothèses sur Ankadibe. Nous avons réalisé ces prothèses avec succès grâce à l'aide de tous les étudiants, enseignants et prothésistes. Nous avons travaillé ensemble en scindant le groupe en deux, une équipe chirurgie et

une équipe prothèse.

Cela permettait aux étudiants de travailler la cire, les crochets et de voir l'ensemble du travail de prothèse. Après cinq jours, nous sommes repartis vers Antsirabé où nous attendaient de nouvelles expériences.

Antsirabé

Nous nous sommes installés dans une grande salle des fêtes où cette fois-ci notre demande énergétique ne posait pas de problème particulier. Étant donnée la forte demande, nous avons décidé de concevoir à nouveau des prothèses. Tout se passa bien, jusqu'au moment où le micromoteur montra des signes de dysfonctionnement. Ne disposant pas de la pièce de rechange sur place, d'un commun accord, nous avons terminé les deux dernières prothèses ainsi qu'une petite adjonction de dent. Cette adjonction marqua la fin de notre mission en cette année 2014.

Photos prise à Ankadibe



Figure 28: photo exobuccale



Figure 29: photo exobuccale



Figure 30 : extraction



Figure 31: spatulage d'alginate



Figure 32: Prise d'empreinte



Figure 33: Empreinte



Figure 34: Maquette d'occlusion



Figure 35: Plan de Fox et prise de RIM



Figure 36: montage en articulateur



Figure 37: dents sur cire

Figure 38: mise en moufle



Figure 39: après la mise en moufle



Figure 40: polissage



Figure 41: photo exobuccale



Figure 42 : photo exobuccale



Si des extractions devaient avoir lieu, nous les faisons indifféremment, avant ou après la prise d'empreinte (figure 30). Pour cette patiente Mme X, nous avons un édentement de Kennedy de classe II maxillaire et de classe I mandibulaire. Voici le protocole en 10 étapes :

- 1 : mélange de l'alginat (figure 31) ;
- 2 : prise d'empreinte (figure 32) ;
- 3 : coulée du plâtre dans les empreintes ;
- 4 : démoulage des empreintes ;
- 5 : élaboration maquette d'occlusion (figure 34) ;
- 6 : réalisation de l'enregistrement des RIM avec règle de FOX (figure 35) ;
- 7 : montage en articulateur (occluseur) (figure 36), réalisation de la maquette dents sur cire, les dents prothétiques (figure 37) sont montées en fonction des points de contacts enregistrés, puis essai de la prothèse dents sur cire en bouche pour d'éventuelles modifications ;
- 8 : mise en moufle (figure 38 et 39) ;
- 9 : polissage (figure 40) et livraison en bouche (figure 41 et 42), éventuellement retouche avec pièce à main des contacts trop importants sur la prothèse, puis activation des crochets ;
- 10 : contrôle.

5.2.5 Résultats

Résultats de 2013 tous sites confondus : 1111 dents extraites, 45 soins conservateurs, 0 prothèse

Résultats de 2014 tous sites confondus : 1735 dents extraites, 120 soins conservateurs, 24 prothèses

Résultats de 2015 tous sites confondus : 1372 dents extraites, 173 soins conservateurs, 18 prothèses

Résultats de 2016 tous sites confondus : 1960 dents extraites, 142 soins conservateurs, 35 prothèses

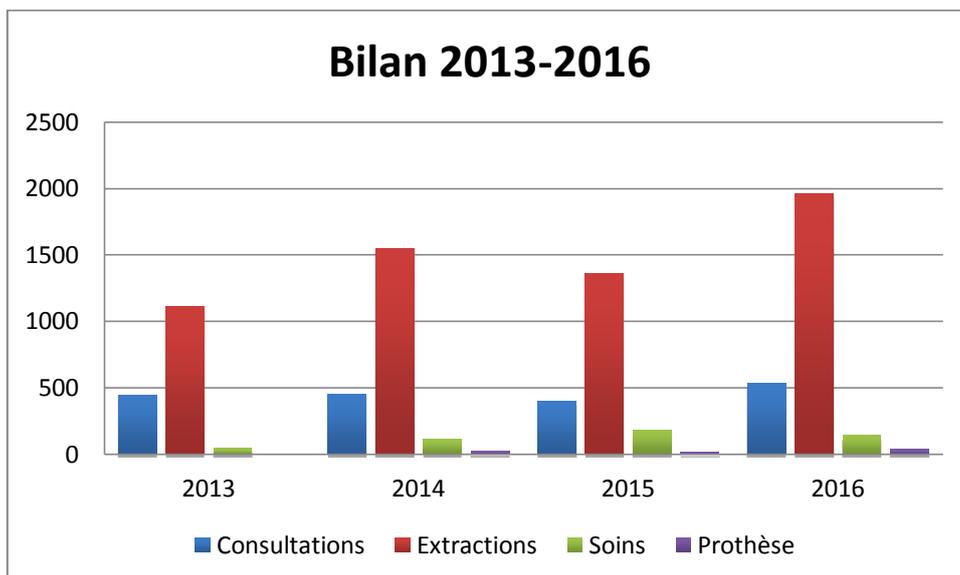


Figure 43 : Évolution de la mission sur 4 ans sur l'ensemble des sites

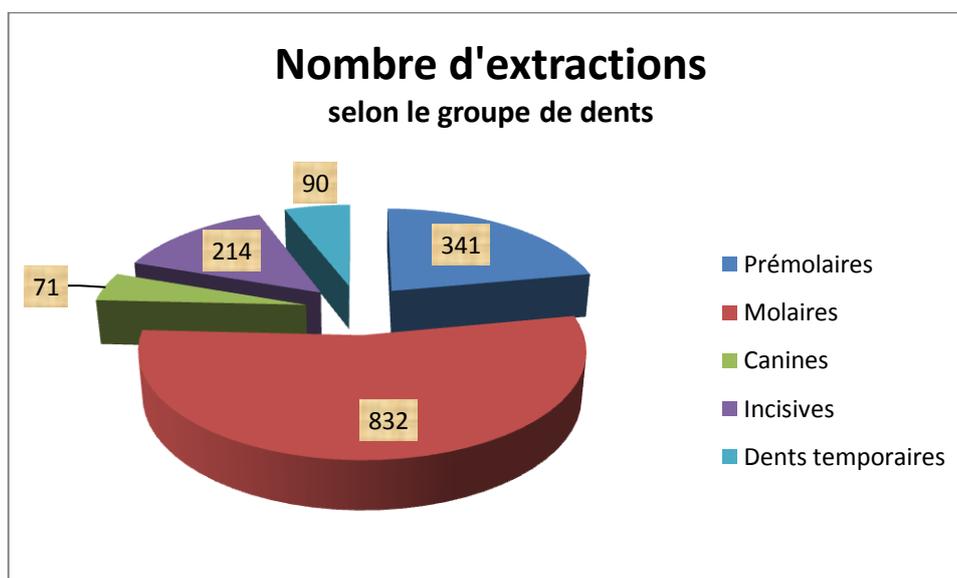


Figure 41 : Nombre d'extractions en 2014

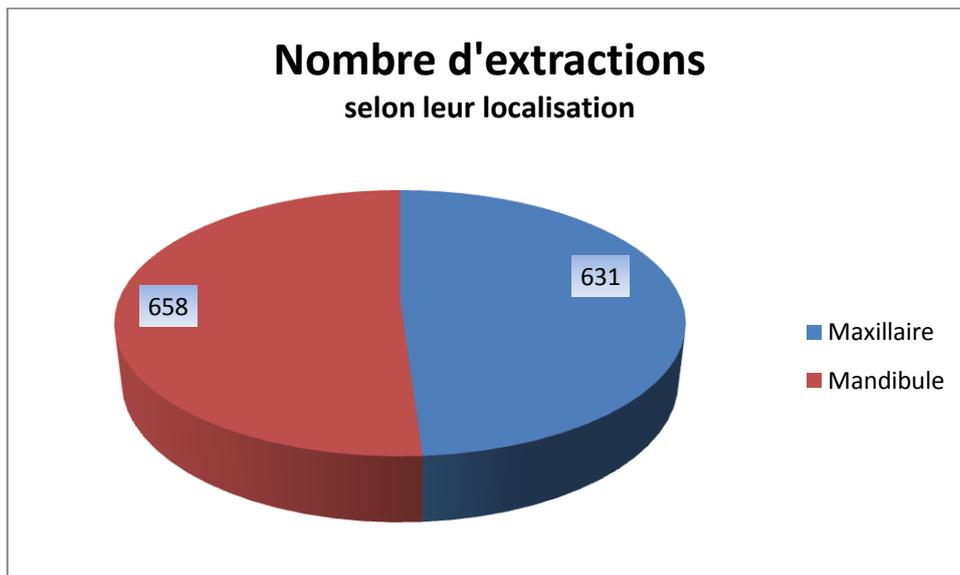


Figure 42 : Localisation des extractions en 2014

Le bilan de la mission 2014 a été de 402 patients vus pour 1372 dents extraites ainsi que 179 soins prodigués (Estanosy : 127 patients vus pour 831 extractions, La Ferronnerie : 143 patients vus pour 317 extractions et Ankadibe : 76 patients vus pour 209 extractions).

Le bilan des 4 dernières années (voir figure 43), illustre un besoin en extractions toujours important par rapport au nombre de consultations. La demande est toujours là et notre présence reste nécessaire. La moyenne d'extraction par patient est passée de 2,49 en 2013, à 3,41 en 2014, puis à 3,38 en 2015. La première année, la mise en place fut longue, ce qui explique la différence avec les années suivantes. On remarque la volonté du projet d'effectuer de plus en plus de soins.

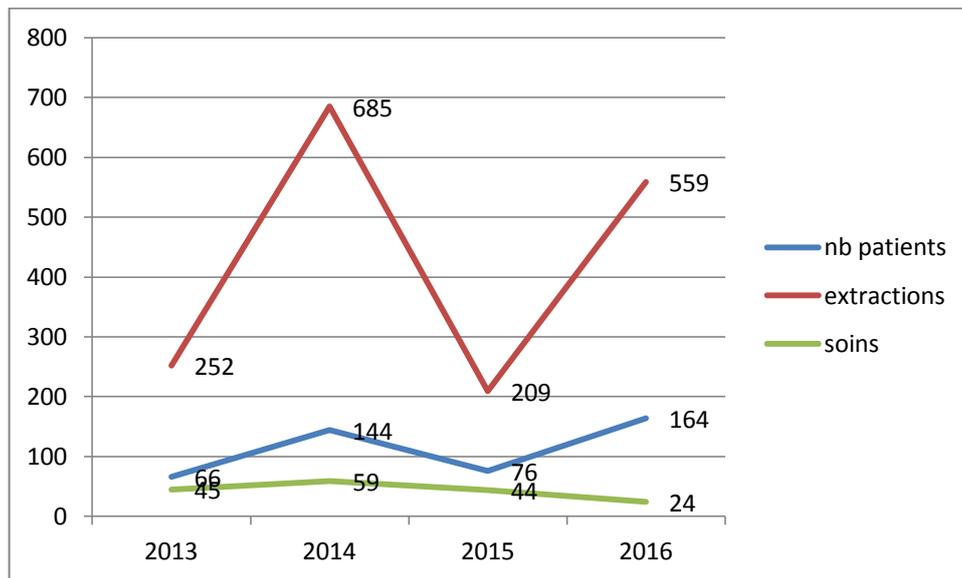


Figure 44 : Évolution de la mission sur le site d'Ankadibe

Si nous prenons et étudions les résultats de la ville d'Ankadibe, le nombre d'extractions en 2014 est 4.76 fois plus important que les consultations, alors qu'en 2015 elle est seulement de 2.75, phénomène bien ressenti par l'équipe de 2015. La plupart des extractions ont été réalisées en 2014. À l'issue du 3^{ème} jour, la demande en extractions était moindre, mais la demande de prothèses chez les patients était de plus en plus importante. Il serait intéressant pour les prochaines missions de passer beaucoup moins de temps à Ankadibe pour les extractions, et de se concentrer sur la réalisation des prothèses. L'idéal serait de partir avec deux prothésistes.

Bilan de la pose de prothèses en 2014.

Avec 21 prothèses réalisées dans des conditions parfois difficiles, avec un matériel défectueux mais une fourniture en matériaux correcte, le bilan de cette mission était néanmoins satisfaisant. Il nous a permis de nous rendre compte des erreurs à ne pas reproduire.

L'achat d'un groupe électrogène qui nous rendrait plus autonome lors de nos prochaines missions, semblait indispensable, tout comme le remplacement du joint pour le polymérisateur, lui aussi nécessaire à une meilleure performance. Il est important d'envisager d'emporter le matériel utile à la réalisation de prothèses adjointes totales : moufles, résine à cuire, stent's...

La forte demande dans ce secteur est à prendre en compte pour les prochaines missions. Concernant les fournitures dentaires, si le stock de dents était suffisant et bien adapté, il n'en était pas de même avec les stocks de teinte claire 1A, 2B, et ceux de la résine auto. Quant au plâtre, en prévoir un extra dur permettra de pallier aux problèmes de friabilité.

En 2015, Laure, une prothésiste partie à la place de Brice Blanc put réaliser 24 prothèses dont 4 PAT. Elle fut bien-sûr confrontée aux mêmes difficultés de chaleur et d'humidité mais grâce au groupe électrogène, elle gagna en autonomie d'énergie. Le joint du polymérisateur fut changé, ce qui mit un terme aux problèmes de dégazage.

Le seul problème venait du nouveau micromoteur en théorie plus robuste puisque neuf et qui était tombé en panne. Grâce aux enseignements de notre précédente mission, il a pu être rapidement remis en fonction.

Pour l'année 2016, la nouvelle équipe est partie avec du matériel neuf et en bon état, avec de nouveaux consommables mieux adaptés, comme la cire spécifique aux pays chaud et des matériaux de prise d'empreintes plus précis.

L'objectif visé était la réalisation de travaux en prothèse maxillo-faciale (PMF), le suivi des anciennes prothèses ainsi que la formation sur place d'une personne qui pourrait réaliser les réparations d'usage.

En conclusion, la recherche de fournitures et les conditions de réalisation sur place rendent la mise en place de la prothèse humanitaire difficile. Sans compter l'énergie, souvent aléatoire, et les conditions climatiques qui sont autant d'éléments perturbants.

Malgré tous les problèmes rencontrés, la quantité de prothèses posées augmente chaque année et la demande est toujours aussi forte. Alors servons-nous de nos expériences passées pour construire un avenir meilleur à chacun et participer ainsi modestement à cette grande aventure qu'est l'action humanitaire dans son ensemble.

CONCLUSION

Les missions « Pharma libre » et « l'OUED » sont complètement différentes dans leurs approches du fait de leur filière différente. En effet « Pharma libre » est portée sur la branche pharmacologique principalement, alors que « l'OUED » et mon expérience sont essentiellement orientés sur la clinique en odontologie. « Pharma libre » se porte sur un inventaire des stocks des pharmacies et une surveillance des orphelinats dans leurs gestions. Ainsi elle étudie, analyse et agit sur la façon dont les enfants sont logés, nourris et élevés. A contrario, « l'OUED » s'oriente sur des soins dentaires que ce soit dans la gestion d'urgences dentaires ou de prothèses, soit une approche plus clinique et pratique que logistique. En prenant du recul sur ces deux expériences, je pense avoir été plus utile d'un point de vue médical à Madagascar qu'au Cambodge en tant que praticien. Cependant, il est indéniable que les deux associations ont mis un point d'honneur à mettre en avant et à insister sur l'importance de la prévention. Je ne pense pas que l'on puisse réunir les deux associations car elles ne s'adressent pas à la même catégorie de population. En effet au Cambodge, les enfants avaient un meilleur suivi et un meilleur encadrement et donc, comme en atteste les données, une meilleur hygiène bucco-dentaire. Cependant il serait intéressant de rapprocher ces deux associations pour partager les points positifs et négatifs de chacun autour d'une table ronde pour maintenir une amélioration constante des soins, informations et mesures de préventions dispensées aux patients. .

Le manque de soins, sur une population fragilisée, peut vite être synonyme d'extrême inconfort, et avoir des répercussions graves sur l'état général.

Le pouvoir d'intervention auprès d'une population en attente de soin, dépend principalement de la motivation des volontaires. Chacun des membres d'une équipe doit se surpasser car le travail est souvent dur et l'environnement pas toujours adapté. Heureusement la force de cet engagement est de ressentir un énorme enrichissement tant professionnel que personnel. La mission terminée, on ne peut que ressentir une véritable satisfaction d'avoir contribué, à notre niveau, à un "mieux être" de nos semblables. Si nous avons connu et appris d'un pays, connu et appris d'autres hommes, d'autres enfants, nous avons également appris à mieux nous connaître grâce à ce fabuleux engagement humanitaire.

Références bibliographiques

1. AUZANNEAU B.

Dictionnaire latin de poche.

Paris : Librairie Générale Française, 2000 : 284.

2. DECROIX B.

Santé bucco-dentaire et santé générale : enjeux d'intégration de coopération et de développement.

Paris : Colloque d'Aide Odontologie Internationale, 2011.

3. JAEGGER G.

Henry Dunant l'homme qui inventa le droit humanitaire biographie.

Paris : L'archipel, 2009.

4. LE COCONNIER, M.L et POMMIER

L'action humanitaire. Collection « que sais-je ? »

Paris : Presse Universitaire de France, 1999.

5. MEDECIN DU MONDE.

Histoire et valeur.

<http://www.medecinsdumonde.org/Medecins-du-Monde>

6. CROIX ROUGE FRANCAISE.

Henry Dunant, la passion de l'humanitaire.

<http://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Un-mouvement-international/Origines>

7. MEDECIN SANS FRONTIERE .

Carnet de route MSF : information pratiques à lire avant pendant et au retour de mission.

Septembre 2003.

8. MEGE R.

1994-2014 : 20 ans de solidarité, d'urgence et de développement.

30 décembre 2014.

<http://www.coordinationsud.org/coordination-sud-2/qui-sommes-nous/>

9. ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN COOPERATION.

« Qui somme nous ? »

<http://www.asprocop.org/a-propos>

10. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONAL.

Brochure institutionnelle "Leading the world to Optimal Health".

<http://www.fdiworldental.org/about-fdi/fdi-in-brief/fdi-in-brief.aspx>

11. VIDAL N.

Rapide aperçu de l'histoire du Cambodge.

<https://voyager-au-cambodge.com/bien-comprendre-le-cambodge/rapide-aperçu-de-lhistoire-du-cambodge>

12. RICHER P.

Le Cambodge: De 1945 à Nos Jours. 2e éd augmentée et actualisée.
Paris: Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 2009.

13. FRANCE DIPLOMATIE

Présentation du Cambodge.

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/cambodge>

14 COURTEL F.

L'AOI au Cambodge : sécurité des soins et qualité des dentifrices.
Chir Dent Fr 2012 ;1517 :37.

15.RANIVO HARILANTO E.

Environnement de santé : Madagascar situation et perspective pour la santé bucco-dentaire.
Chir Dent Fr 2015 ;1652-1653 ; 54.

16.PETERSON P.E et al.

Madagascar Oral health status of children and adults in Madagascar.
Dent J.1996; 46;41-47.

17. FLEURY M., JAMAIN T., ROELLY S. , OILLIC J.

Brochure "Projet Cambodge".
Prévention et éducation sanitaire pour PHI Atlantique, 2013.

18.JAHOO F., FLEURY M., JACQUET A.

Brochure « O.U.E.D » Soins et préventions bucco-dentaire en faveur des populations défavorisées.
Nantes : Organisation Humanitaire des Etudiants Dentaires, 2015.

19. MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES ET DU DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL.

Présentation du Cambodge, France diplomatie.

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/cambodge/presentation-du-cambodge/>

20. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Santé bucco-dentaire. Aide mémoire n°318.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>

21.WIKIPEDIA .

Histoire de Madagascar.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Madagascar>

22. DECAUX E.

« O.N.G. (organisations non gouvernementales) »

Encyclopædia Universalis .

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/organisations-non-gouvernementales/>

23. GARRIGUE P.

« Action Humanitaire Internationale », *Encyclopædia Universalis.*

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/action-humanitaire-internationale/>

24. TROUBE C.

“L’humanitaire en turbulence, les ONG face aux défis de la solidarité internationale. »
Collection « acteur de la société ».
Paris : Autrement, 2013 : 250.

25. PETERSEN P.E

Poursuivre l’amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle.
Approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire p 11,12.
http://www.who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr.pdf

26. GUEDJ M.

Les cahiers de l’internat. Voyages en pays tropicaux.
Paris : Mirbook, 2012 : 709.

27. PROJECTSABROAD.

Préparation au départ en mission de volontariat.
http://www.projects-abroad.fr/_downloads/fr/s-inscrire/preparation-au-depart/preparation-au-depart-guide.pdf

28. SIGIRIYA AEBISHER P.

Anticipate the psychologic effects of expatriate life.
Rev Med Suisse 2008 ; 157 :1206-1211

29. BIERENS DE HAAN B, VAN BEERENDONK H, MICHEL N, MULLI JC.

Le programme de soutien psychologique aux intervenants humanitaires du Comité international de la Croix-Rouge (CICR).
Rev Fr Psychiatr Psychol Med 2002 :5.

30. THE UN REFUGEE AGENCY.

Managing the stress of humanitaria emergencies. Staff welfare unit, career and staff support service.
Genève : UNHC HQ, 2001.

31. S. AEBISHER S.A, HENDRICA P, VAAN BEERENDONK H et coll.

Stress et santé mentale chez les expatriés.
<http://www.revmed.ch/rms/2008/RMS-157/Stress-et-sante-mentale-chez-lesexpatries#anchor-#rb4>

32. JOLI S.

Soutien aux « humanitaires » en retour de mission.
NORIA humanitaire.
<https://noriahumanitaire.wordpress.com/2015/01/29/soutien-aux-humanitaires-en-retour-de-mission/>

33. LAROUSSE.

Madagascar : histoire.
http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/Madagascar_histoire/187014

34. MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES ET DU DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL.

Présentation de Madagascar. Donnée générale.

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/madagascar/presentation-de-madagascar/>

35. RAJERARISON P., URFER S. et RASOANASY J.

Madagascar.

Paris : Le Cavalier Bleu, 2010.

36. PREMIERE URGENCE INTERNATIONALE.

Qui somme nous ?

<http://www.premiere-urgence.org/qui-sommes-nous/notre-histoire/>

37. COORDINATION SUD.

Première-urgence et aide médicale internationale.

<http://www.coordinationsud.org/membre/premiere-urgence-aide-medecale-internationale/>

38. AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE.

l'AOI une ONG internationale.

<http://www.aoi-fr.org/aoi/historique>

39. WEIL H.

Statuts de l'Aide Odontologique Internationale.

http://www.aoi-fr.org/wp-content/uploads/2014/11/Statuts_AOI_05-09-02.pdf

40. GUIDE DU ROUTARD.

Madagascar.

Hachette, 2004.

http://www.routard.com/guide_carte/code_dest/madagascar.htm

41. DE DIVONNE AC.

Un engagement qui a du sel.

Clinique janvier 2014.

http://www.aoi-fr.org/wp-content/uploads/2014/09/clinic_aoi-janv-2014.pdf

42. ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE.

Profil du système de santé de Madagascar.

<http://www.who.int/hps-MADAGASCAR%202004.fr>

43. ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE.

Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/r5-fr.pdf

44. ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE

World Dental Federation.

Monde : la fdi.

<http://www.adf.asso.fr/fr/nos-actions/adf-international/fdi>

FLEURY MEHDI.-L'humanitaire en dentisterie : exemple d'une mission au Cambodge et à Madagascar-44 ref, 44 ill, 30 cm.- (Thèse : Chir.dent. ; Nantes ; 2017)

RESUME

L'importance de la santé bucco-dentaire n'est pas perçue comme une priorité dans les pays en voie de développement, alors qu'elle relève d'un réel problème de santé publique. A partir de deux missions, l'une effectuée en 2013 au Cambodge par le biais de l'association « Pharma'Libre », et l'autre exécutée en 2014 à Madagascar via l'association « L'OUED », cette thèse se propose d'aider à mieux connaître les enjeux de l'odontologie humanitaire. L'engagement humanitaire apporte aussi bien aux personnes qui s'investissent qu'à celles qui en bénéficient. Après un rappel de l'évolution de l'action humanitaire depuis ses débuts, il s'agira dans un premier temps, de délivrer quelques conseils pratiques concernant la vie de l'expatrié avant, pendant et après son séjour, éléments utiles à un futur bénévole désireux de partir à l'étranger.

Puis après une brève présentation des pays concernés par les actions humanitaires menées, et une description des missions elles-mêmes, il sera question d'analyser les données bucco-dentaire recueillies auprès des patients.

A Madagascar, un bilan des quatre dernières années a été fait sur environ 1800 consultations comprenant 6178 extractions. Un dialogue entre les deux associations, différentes dans leur approche mais complémentaire, est proposé afin de perfectionner soins et mesures de préventions.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé publique

MOTS CLES : Organisation mondiale de la santé/World Health Organization, Aide Publique/Public Assistance, Cambodge/Cambodia, Madagascar/Madagascar, Hygiène buccodentaire/Oral Hygiene.

JURY

Président : M. le Professeur Brigitte LICHT

Directrice : M. le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Co-directrice : M. le Docteur Isabelle HYON

Assesseur : M. le Docteur Christian VERNER

Invité : M. le Docteur Aurélien FRUCHET

4 place Waldeck Rousseau 44000 Nantes-medhifleury@hotmail.fr