

Année 2009

Thèse n° 30

**POSITIONNEMENT D'UNE ACTION HUMANITAIRE
TELE QUE L'OUED AU SEIN DU CONCEPT D'AIDE
AUX PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT.**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par :

Mlle **BARDIERE Marie**

Née le 28/09/1983

Le 3 Juillet 2009 devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur O.LABOUX

Assesseur : Monsieur le Professeur H.HAMEL

Assesseur : Monsieur le Docteur S. LEBORGNE

Invité : Monsieur le Docteur B. DECROIX

Directeur : Monsieur le Docteur D.MARION

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
1ère PARTIE:.....	8
PANORAMA DES ONG EN 2008.....	8
1.1/ Problématique générale : le déséquilibre entre pays du Nord et du Sud	9
1.1.1/ Le concept Nord/Sud ()	9
1.1.2/ Le déséquilibre Nord/Sud () ()	10
1.1.3/ Le rôle des pays du Nord pour répondre à ce déséquilibre ()	10
1.2/ Définition d'une ONG	11
1.2.1/ ONG : un terme flou ()	11
1.2.2/ Interprétation actuelle du terme ONG ()	11
1.2.3/ Sur le plan juridique ()	11
1.2.4/ Nombre d'ONG en France et ressources ()	12
1.3/ Panorama des ONG françaises de solidarité internationale	13
1.3.1/ Coordination SUD : définition ()	13
1.3.2/ Mission de coordination SUD ()	13
1.3.3/ La charte de coordination SUD « une éthique partagée » ().....	13
1.3.4/ Les différentes activités des ONG () ().....	14
1.3.5/ Les pays d'intervention des ASI ().....	15
1.4/ La tendance actuelle des ONG	15
1.4.1 / L'image des ONG dans la population française ().....	15
1.4.2/ La Professionnalisation des ONG françaises ()	16
1.4.3/ La notion de partenariat en France () ().....	16
1.4.4/ Des échanges au delà des frontières françaises ()	16
1.4.5/ Les ONG françaises sur la scène diplomatique, des relations particulières avec l'Etat () ().....	17
1.4.6/ La mutation de l'activité des ONG françaises ().....	17
1.5/ Controverse au sujet des ONG	18
1.5.1/ Le terme « humanitaire » ()	18
1.5.2/ Deux approches complémentaires : urgence et développement ().....	18
1.5.3/ L'ingérence () ()	20
1.5.3.1/ De la notion d'ingérence à celle de devoir d'ingérence	20
1.5.3.2/ Le débat opposant humanistes et juristes.....	21
1.5.3.3/ Qu'en pensent les pays concernés ?	21
2ème PARTIE :.....	22
SANTE BUCCO DENTAIRE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT :	22
STRATEGIES D'AIDE AU DEVELOPPEMENT	22
2.1/ Santé publique et PED	23
2.1.1/ Notions générales de santé publique	23
2.1.1.1/ Définition de l'OMS ()	23
2.1.1.2/ Définition de la santé ()	23
2.1.1.3/ Définition de la santé publique () ()	23
2.1.1.4/ Les indicateurs en santé publique ()	24
2.1.2/ Situation sanitaire des PED.....	24

2.1.2.1/ La pauvreté dans les PED ().....	24
2.1.2.2/ La relation entre santé et Pauvreté ().....	25
2.1.2.3/ Caractéristiques de la situation sanitaire dans les PED () ().....	25
2.1.2.4/ Les raisons d'une mauvaise situation sanitaire dans les PED ().....	26
2.1.2.5/ La transition sanitaire () ().....	28
2.1.2.6/ Les maladies non transmissibles, un nouveau fléau ().....	29
2.1.3/ Les sources de financement des politiques de santé ().....	29
2.1.3.1/ Les fonds publics (le budget de l'Etat).....	29
2.1.3.2/ Les ONG nationales, organisations de bienfaisance... ..	30
2.1.3.3/ Les aides étrangères (organisations internationales, agences d'aide).....	30
2.1.3.4/ La contribution financière des usagers (paiement direct et mutualisation).....	30
2.1.4/ Les politiques de santé dans les PED.....	31
2.1.4.1/ Les médicaments essentiels ().....	31
2.1.4.2/ Les soins de santé primaire () ().....	32
2.1.4.3/ La charte d'Ottawa () ().....	33
2.1.4.4/ La conférence de Jakarta ().....	34
2.1.4.5/ La charte de Bangkok ().....	35
2.1.4.6/ La prévention des maladies chroniques non transmissibles ().....	36
2.2/ Santé Bucco-dentaire et PED	37
2.2.1/ Notions générales sur la santé bucco-dentaire.....	37
2.2.1.1/ Définition de la santé bucco-dentaire ().....	37
2.2.1.2/ La santé bucco-dentaire est un facteur déterminant de la qualité de vie () ().....	37
2.2.1.3/ Epidémiologie des maladies bucco-dentaires ().....	38
2.2.2/ La santé bucco-dentaire est un problème de santé publique.....	38
2.2.2.1/ Prévalence et incidence des maladies bucco-dentaires ().....	38
2.2.2.2/ La relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ().....	38
2.2.2.3/ Un traitement bucco-dentaire classique onéreux () ().....	39
2.2.2.4/ L'écart entre l'offre, les besoins et la demande de la population des PED () ().....	39
2.2.3/ Epidémiologie des maladies bucco-dentaires.....	40
2.2.3.1/ La carie dentaire ().....	40
.....	42
2.2.3.2/ LES MALADIE PARODONTALES.....	42
2.2.3.3/ Le cancer de la cavité buccale et du pharynx ().....	43
2.2.3.4/ Le NOMA ().....	43
2.2.3.5/ Le VIH/Sida avec ses manifestations bucco-dentaires ().....	44
2.2.3.6/ Les traumatismes ().....	44
2.2.3.7/ Les anomalies cranio-faciales ().....	45
2.2.4/ Les stratégies d'aide au développement en santé bucco-dentaire.....	45
2.2.4.1/ Evolution des objectifs ().....	45
2.2.4.2/ La stratégie actuelle de l'OMS ().....	45
2.2.5/ Les domaines d'actions prioritaires pour la santé bucco-dentaire à l'échelon mondial ().....	48
2.2.5.1/ Les fluorures ().....	48
2.2.5.2/ La nutrition et l'alimentation ().....	49
2.2.5.3/ Tabac et santé bucco-dentaire () ().....	51
2.2.5.3.3/ Conséquences du tabagisme sur la santé bucco-dentaire.....	51
2.2.5.3.4/ Le programme OMS de santé bucco-dentaire ().....	52
2.2.5.4/ Promotion de la santé à l'école ().....	52
2.2.5.4.1/ L'initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école.....	52
2.2.5.4.2/ Le programme OMS de santé bucco-dentaire.....	53
2.2.5.5 / Promotion de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées.....	53
2.2.5.6/ La réorientation des systèmes de santé bucco-dentaire ().....	55

2.2.5.7/ Le VIH/Sida et la santé bucco-dentaire ()	55
2.2.5.8/ Les systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire	56
2.2.5.9/ Promotion de la recherche en santé bucco-dentaire ().....	57
2.2.6/ LE PMA () ().....	58
2.2.6.1/ Définition du PMA	58
2.2.6.2/ Intérêt du PMA.....	58
2.2.6.3/ Rappel sur les soins de santé primaires ().....	59
2.2.6.4/ Les trois composantes du PMA () ()	60
2.2.6.5/ Eléments nécessaires à la réalisation du PMA.....	62
2.2.6.6/ Les « projets de démonstration du PMA »	62
2.2.7/ Méthodologie : organiser une mission de solidarité internationale en santé BD.....	63
2.2.7.1/ Les étapes chronologiques de la mise en place d'un programme () () ()	63
2.2.7.2/ Les différents types de changement que l'on peut obtenir ().....	69
2.2.7.3/ Modèle systémique d'une intervention ()	70
2.2.8/ Un exemple de mission d'aide au développement en santé bucco-dentaire réalisée par l'AOI ()	70
2.2.8.1/ L'Association Odontologique Internationale.....	70
2.2.8.2/ Un exemple de projet mené par l'AOI au Cambodge ().....	72
3ème PARTIE :	75
L'ASSOCIATION OUED.....	75
3.1/ Qu'est ce que l'OUED ?	76
3.2/ Analyse de situation de la Mauritanie	76
3.2.1/ Situation géographique ()	76
3.2.2/ Situation démographique ()	77
3.2.3/ Situation politique () ()	77
3.2.4/ Situation socio-économique.....	78
3.2.5/ Situation sanitaire	79
3.3/ Pourquoi l'association a choisi d'agir en Mauritanie	85
3.3.1/ Un contact sur place	85
3.3.2/ Etat de santé bucco-dentaire de la population.....	85
3.4/ Fonctionnement de l'association	87
3.4.1/ Les membres du bureau	87
3.4.2/ Les ressources	87
3.4.3/ Le financement par l'association	87
3.5/ Action sur place	88
3.5.1/ Deux axes stratégiques	88
3.5.2/ Deux localisations différentes.....	93
3.6/ Les résultats de la dernière mission en date	95
3.7/ Les relations sur place	95
3.7.1/ Les relations avec les représentants du ministère de la santé	95
3.7.2/ La méfiance de la population.....	96
3.7.3/ Les relations avec les autres associations sur place	96
3.8/ La mission 2008 annulée pour cause d'insécurité	96
4ème PARTIE :	97
DISCUSSION	97
4.1/ Critiques générales des ONG du secteur dentaire	98
4.1.1/ Un secteur réduit () ()	98
4.1.2/ Le manque de professionnalisme et de connaissances en santé publique et gestion () ()	98
4.1.3/ La prédominance de l'approche occidentale de la dentisterie () ()	98
4.1.4/ Le manque d'intégration des actions dans les structures communautaires () ()	99
4.1.5/ Le manque d'alliances et de réseaux avec les autres ONG ().....	99

4.1.6/ Un secteur peu tourné vers la recherche dans le domaine de l'aide au développement ()	100
4.2/ Les conséquences d'une action d'aide au développement inappropriée () () ()	10
0	
4.2.1/ Qui bénéficie de l'effort des volontaires ?.....	100
4.2.2/ Quels sont les effets indésirables pour la population ?	100
4.3/ Quelques exemples d'actions inappropriées ()	10
1	
4.3.1/ L'exemple classique	101
4.3.2/ Un autre exemple	101
4.4/ La notion de Pérennité () ()	10
1	
4.5/ La notion de Partenariat ()	10
2	
4.6/ Les notions « d'aide » et de « charité » ()	10
2	
4.7/ Ce que l'on attend de volontaires () ()	10
3	
4.8/ Discussion à propos de l'OUED	10
3	
4.8.1/ Les aspects positifs	103
4.8.2/ Les aspects négatifs	105
CONCLUSION	107
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	108

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Revenu national brut par habitant en 2003 et "frontière" Nord/Sud, d'après Pascal Boniface, 2003 ().....	9
Figure 2 : les ressources de ONG en 2003, Coordination Sud, 2003. ()	12
Figure 3 : classification et évolution des ONG d'après BENZIAN H et VAN PALENSTEIN HELDERMAN W ()	20
Figure 4: Effectifs totaux des personnels de santé en fonction de leur densité en 2006, d'après l'OMS. ().....	27
Figure 5: Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services (médecins, infirmiers, sages-femmes), d'après l'OMS, 2006.)	27
Figure 6: La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans en 2000, d'après l'OMS. ()	40
Figure 7: La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les adultes de 35-44 ans en 2000, d'après l'OMS. ()	41
Figure 8: Caries dentaires (CAOD) chez les enfants de 12 ans en 2000, selon les bureaux régionaux de l' OMS.).....	41
Figure 9: Evolution de la carie (CAOD) chez les enfants de 12 ans dans le pays développés et en développement, selon l'OMS, 2000. ().....	42
Figure 10: Pourcentages moyens par personnes de 35-44 ans de l'Indice parodontal communautaire selon les bureaux régionaux OMS, 2000. ().....	43
Figure 11 : cas de NOMA signalés dans le monde, selon l'OMS, 2000. ().....	44
Figure 12: Modèle d'évaluation des systèmes de santé bucco-dentaire, selon Petersen, 2002. ()56	
Figure 13: cycle de gestion de projet, d'après Denis Fontaine, 2006. ()	63
Figure 14: schéma d'une étude de milieu, d'après Denis Fontaine, 2006. ()	65
Figure 15: influence des paramètres locaux des PED sur les stratégies en matière de santé bucco-dentaire, d'après l'Aide Odontologique Internationale, 2003. ()	66
Figure 16: Situation géographique de la Mauritanie, d'après Wikipedia. ()	76
Figure 17: Classification des ONG selon le système de Korten et Al, 2000. ()	99

INTRODUCTION

L'aide aux pays en voie de développement est un concept fortement ancré dans la population française.

La pauvreté des PED, liée aux contextes politiques et économiques, est une menace grave pour la santé. Les maladies infectieuses et les carences nutritionnelles sont très fréquentes et les maladies non transmissibles (liées au vieillissement des populations, aux modifications des comportements individuels...) émergent. Nombreuses également sont les maladies bucco-dentaires dont la carie dentaire et les parodontopathies.

Malheureusement, les soins proposés, calqués sur les techniques curatives occidentales, sont inaccessibles financièrement pour la majorité des populations. Trop souvent, l'offre de soins ne répond ni aux besoins, ni aux demandes des individus concernés.

L'Organisation Mondiale de la Santé a développé des stratégies pour répondre à ces besoins de santé, notamment dans le domaine de la santé bucco-dentaire, dont le concept de "promotion de la santé", basé sur la prévention des maladies en agissant sur les facteurs de risques communs de ces pathologies. Les stratégies préventives sont préconisées avant les actions curatives. Ces stratégies ont pour but d'avoir un impact positif sur la santé des populations, le plus large et le plus pérenne possible.

Ce genre d'action, pour être efficace, nécessite des connaissances en matière de santé publique et de gestion de projet avec l'application d'une méthodologie qui va du diagnostic à l'action proprement dite.

L'OUED (Organisation Humanitaire des Etudiants en Dentaire) est une petite association constituée d'étudiants motivés pour une première expérience dans le domaine de "l'humanitaire". Ces étudiants volontaires n'ont pas reçu de formation en santé publique, ni en gestion de projet; l'association présente des moyens limités en argent et en temps.

Quelle est la place de cette action dans le domaine de l'aide odontologique aux PED, et cette action peut-elle évoluer?

1^{ère} PARTIE:

PANORAMA DES ONG EN 2008

Il est important de connaître le contexte global des Organisations non gouvernementales aujourd'hui, avant de se tourner vers la solidarité internationale en odontologie.

1.1/ Problématique générale : le déséquilibre entre pays du Nord et du Sud

1.1.1/ Le concept Nord/Sud (12)

Pendant la guerre froide, se développe le concept du Tiers Monde, sorte de troisième entité regroupant les Etats les moins avancés face aux deux blocs de l'Est et de l'Ouest. La chute du mur de Berlin marque la fin du tiers-mondisme pour une représentation un peu plus floue : le concept du Sud. Le monde se divise alors en deux : les pays du Nord et les pays du Sud, économiquement plus faibles.

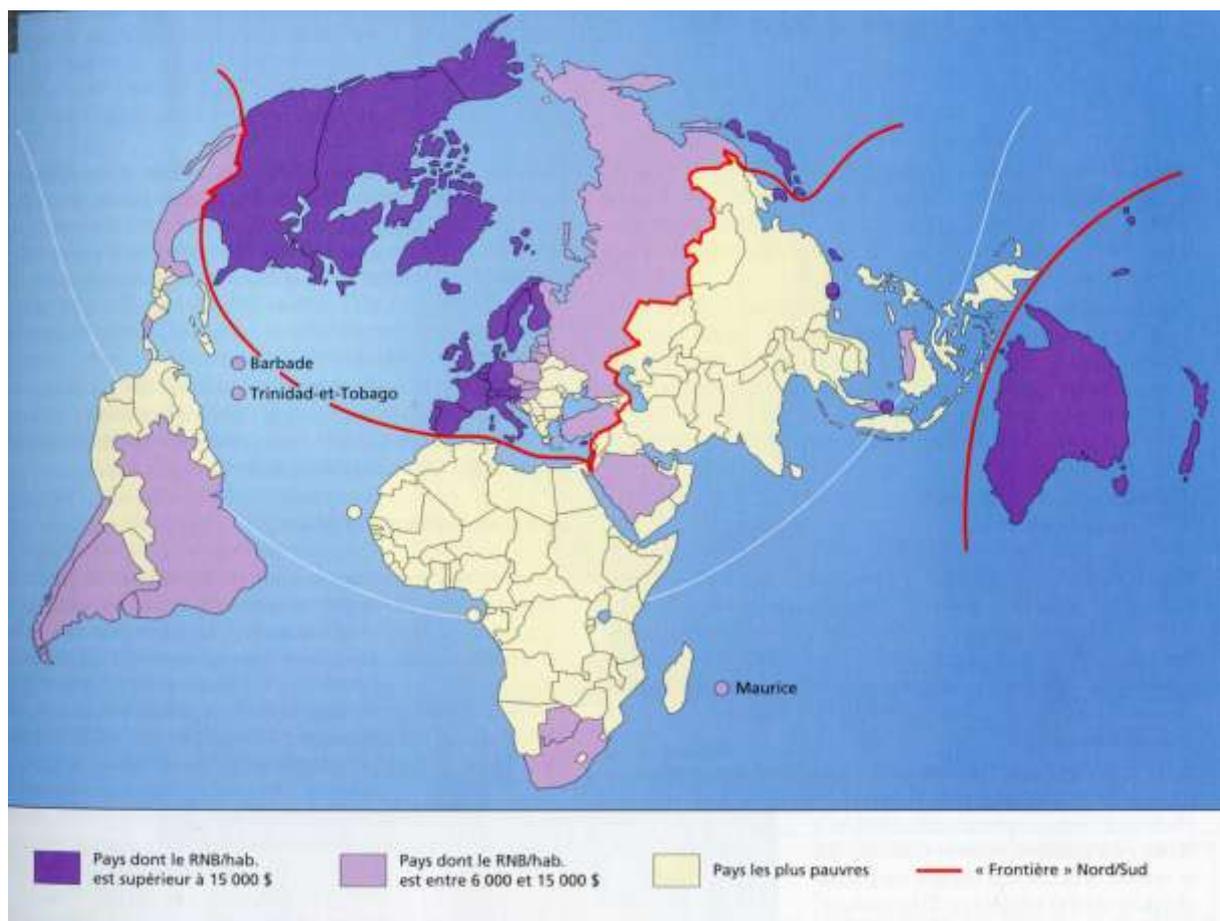


Figure 1 : Revenu national brut par habitant en 2003 et "frontière" Nord/Sud, d'après Pascal Boniface, 2003 (12).

1.1.2/ Le déséquilibre Nord/Sud (20) (12)

A la fin de la guerre froide, on assiste à un désengagement militaire dans les pays du Sud de la part des grandes puissances, laissant derrière elles des conflits préexistants non réglés (ex : l'Afghanistan). Les pays du Sud voient leur situation politique et militaire s'aggraver, ce qui a pour effet de renforcer la pauvreté.

Par ailleurs, les pays du Nord s'aventurent dans la mondialisation. L'économie s'emballe et n'est plus contrainte d'être socialement responsable. Le Sud, plus fragile, se voit obligé de s'ouvrir à la concurrence et se retrouve victime d'un échange inégal qui le maintient en situation de dépendance vis-à-vis du Nord. Les richesses s'accumulent dans certains pôles de croissance et on assiste parallèlement à la paupérisation grandissante d'une grande part de la population.

1.1.3/ Le rôle des pays du Nord pour répondre à ce déséquilibre (12)

Les pays du Nord se doivent d'apporter une aide au développement des pays du Sud sans quoi ils s'exposeraient à des déséquilibres pouvant affecter leur propre sécurité. Plusieurs projets d'aide au développement ont été proposés sous l'égide des Nations Unies, sous la forme de prêts ou de dons, d'aide au développement de l'économie régionale, d'aide à l'enseignement et à la santé...Mais ces projets ne font pas l'objet d'un consensus. Les actions menées par les pays du Nord ont très peu d'impact et les pays du Sud connaissent un endettement croissant.

Devant ce manque d'efficacité, se développent les ONG, organisations non gouvernementales, qui tendent à corriger ou infléchir, dans des domaines variés, l'action des principaux acteurs des relations internationales (Etats et organisation intergouvernementales comme l'ONU).

1.2/ Définition d'une ONG

1.2.1/ ONG : un terme flou (17)

Le terme ONG, qui signifie « organisation non gouvernementale », est formulé pour la première fois en 1945 par le conseil économique et social de l'ONU, l'ECOSOC, dans le but de distinguer les organisations non gouvernementales des organisations gouvernementales.

Ce terme est assez flou, car il n'existe aucun critère objectif, ni aucun organisme d'enregistrement des ONG permettant de dire si telle organisation est, ou non, une ONG.

1.2.2/ Interprétation actuelle du terme ONG (17)

Aujourd'hui en France, on considère les ONG comme des organisations d'intérêt public, non lucratives, ne relevant ni de l'Etat, ni d'une institution internationale, et indépendantes financièrement.

Il existe plusieurs domaines d'action dont les trois principaux sont les droits de l'homme, l'environnement et la solidarité internationale.

On utilise désormais les termes d'ASI ou OSI (Association ou Organisation de Solidarité Internationale) pour les ONG qui agissent spécifiquement dans le domaine de la solidarité internationale. Leurs actions prennent en compte les aspirations des groupes les plus défavorisés.

1.2.3/ Sur le plan juridique (17)

Il n'existe aucune base juridique permettant de caractériser une ONG.

La plupart des ONG sont des associations loi 1901, et quelques ONG ont le statut de « fondation ».

1.2.4/ Nombre d'ONG en France et ressources (20) (18)

La commission Coopération Développement (CCD) publie tous les deux ans une enquête « l'argent et les ONG » copilotée par Coordination Sud et le ministère des affaires étrangères. Le nombre exact d'ONG en France n'est pas recensé mais selon l'étude de 2001, il serait de plusieurs milliers dont environ 400 de dimension nationale.

Selon cette enquête, le budget global des ONG est de 713 millions d'Euros. Les deux tiers de ces ressources proviennent de donateurs privés et le dernier tiers provient de subventions publiques de bailleurs internationaux ou de bailleurs français publiques. Deux millions de français sont donateurs et le montant des dons a doublé en 10 ans.

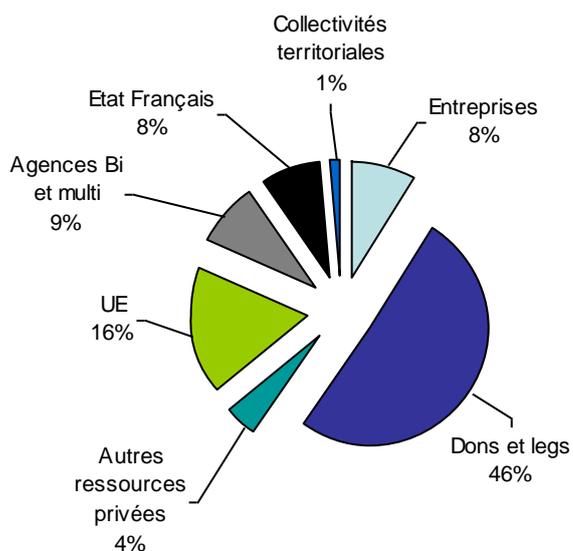


figure 2 : les ressources de ONG en 2003, Coordination Sud, 2003. (18)

On entend souvent dire que les ONG françaises sont de faible taille comparées à leurs homologues étrangers. C'est faux ; quatre ONG françaises ont une dimension véritablement transnationale : ce sont les associations « Médecins du monde », « Action contre la faim », « Handicap international » et « Médecins sans frontière ». Elles mobilisent des budgets considérables et sont représentées dans les différents pays développés.

Le budget de MSF est d'environ 100 millions d'Euros et celui des trois autres associations, MDM, HI et ACF est de 40 à 50 millions.

Ces quatre ONG représentent à elles seules plus d' 1/3 du budget total des ONG.

On peut aussi remarquer que 75% du budget total concerne uniquement les 20 ONG les plus importantes.

Pour conclure, ce secteur est constitué d'une multitude d'ONG de taille très variable.

1.3/ Panorama des ONG françaises de solidarité internationale

1.3.1/ Coordination SUD : définition (17)

Cette organisation est une association française loi 1901, fondée en 1994 qui a pour objectif la coordination nationale des ONG françaises de solidarité internationale. Elle est soutenue par le ministère des affaires étrangères et européennes, le programme des nations unies pour le développement...

1.3.2/ Mission de coordination SUD (17)

Sa mission est double : elle consiste à appuyer les ONG françaises à la professionnalisation. C'est un lieu de synergie, d'échange d'informations. Le deuxième objectif est de représenter les positions des ONG françaises auprès des institutions publiques et privées en France, en Europe et dans le Monde.

Coordination SUD est une des organisations collectives la plus active en Europe. Elle possède une quarantaine de plates-formes en France réparties en 4 domaines : généraliste, thématique (comme par exemple le programme « Solidarité Eau » regroupant les acteurs intervenant sur les problématiques de l'eau), géographique (comme par exemple le comité PECO qui regroupe les ONG agissant en Europe de l'Est) et régionale.

1.3.3/ La charte de coordination SUD « une éthique partagée » (17)

L'organisation Coordination SUD propose une charte intitulée « une éthique partagée » dont toutes les OSI adhérentes à l'association sont signataires.

Cette charte représente une conduite à tenir commune pour les OSI en matière de programme de développement et d'action d'urgence. Cette démarche est « une démarche d'appui », qui a pour but de restaurer l'autonomie et la capacité de choix des populations défavorisées et de rechercher leur participation.

Cette charte reprend des éléments clés concernant les OSI :

Leur statut est précisé : ce sont des associations loi 1901, à but non lucratif, indépendantes aux niveaux politique et financier.

Une action de solidarité internationale est définie dans le texte comme « une action prenant en compte et allant dans le sens des aspirations des groupes défavorisés ».

La charte impose une démarche rigoureuse et compétente visant à tendre avec efficacité et pertinence vers les objectifs voulus par les OSI. Il existe une méthodologie à appliquer à chaque phase d'un projet, de la conception à l'évaluation de l'action.

L'importance d'un dialogue entre les différentes OSI est mentionnée.

Les organisations doivent mettre en œuvre des moyens en cohérence avec l'objectif qu'elles poursuivent. Leurs budgets sont gérés avec transparence. Elles doivent communiquer une image réelle des situations rencontrées lors de leurs actions. Elles doivent mener une politique de ressources humaines qui reflète l'engagement pour la solidarité.

1.3.4/ Les différentes activités des ONG (17) (20)

Les domaines d'activité des ONG sont très variés.

On distingue trois domaines principaux d'action : La solidarité internationale, la défense des droits de l'Homme et l'environnement. Souvent, deux associations ayant un domaine d'action différent s'intéressent à des thèmes communs. Par exemple, les associations de solidarité internationales s'intéressent à la notion de développement durable, pour la protection des ressources naturelles des populations défavorisées, comme les ONG environnementales.

Il est difficile de définir des catégories strictes mais plusieurs grandes familles se dégagent :

- les ONG d'urgence
- les ONG d'appui au développement
- les ONG du commerce équitable
- les ONG de plaidoyer
- les ONG de défense des droits de l'homme auprès des populations défavorisées
- les ONG d'éducation au développement et à la solidarité internationale.
- Les ONG de protection de l'environnement.

La plupart des associations interviennent dans plusieurs domaines à la fois.

D'après l'enquête du CCD « l'argent et les ONG de solidarité internationale », le premier domaine d'action est l'aide d'urgence qui représenterait un cinquième à un quart du budget global des ONG. Ensuite, suivent quatre grands domaines à budgets équivalents : la santé, l'éducation, le développement rural et le développement économique.

Pour être exhaustif, il reste une dernière famille très hétéroclite à mentionner : « la mouvance alter mondialiste ». Il n'existe pas de définition précise d'une « organisation alter mondialiste » si ce n'est, peut être le rassemblement autour du slogan « un autre monde est possible ». L'appartenance à cette famille reste à la libre appréciation des ONG : certaines la revendiquent, d'autres la réfutent.

1.3.5/ Les pays d'intervention des ASI (17)

Selon l'étude du CCD, si l'on écarte les situations de crise, on observe que les associations interviennent majoritairement en Afrique (où sont menées 1/3 des actions), puis en Asie (1/5ème du budget global des ONG).

Les pays de l'Est et l'Europe continentale représentent ensuite 10 % de l'activité des ONG françaises.

La quatrième zone d'importance est l'Amérique latine et les caraïbes qui représente 7 à 10% du budget total.

Le moyen Orient n'est pas une zone de forte intervention des ONG françaises.

1.4/ La tendance actuelle des ONG

1.4.1 / L'image des ONG dans la population française (17)

La solidarité internationale est un concept fortement ancré dans la population française.

Nous avons appris précédemment que 2/3 des ressources des ONG proviennent de dons privés. En France, il existe 1.5 à 2 millions de donateurs privés.

Selon le sondage BVA-CFD-La Croix- France Info du 14/10/2004, 59% de français affirment faire confiance aux ONG pour lutter efficacement contre la pauvreté et la faim dans le monde, juste derrière l'ONU (69%) et l'Union Européenne (61%), mais devant le gouvernement français (52%).

Des dizaines de milliers de français s'impliquent concrètement via le bénévolat. Ils acceptent de mettre leurs compétences au service d'une action de solidarité, de façon désintéressée. Les trois quarts des bénévoles partant en mission à l'étranger pour le compte d' ONG ont le statut de « volontaires de solidarité internationale » qui leur garantit une formation avant le départ, une indemnité sur le terrain, une protection sociale et un accompagnement technique au retour de mission.

1.4.2/ La Professionnalisation des ONG françaises (70)

On assiste aujourd'hui à une professionnalisation des ONG françaises.

Certaines organisations françaises se rapprochent du système anglais. Elles privilégient l'emploi de salariés présentant des connaissances professionnelles dans différents domaines, plutôt que le volontariat.

Dans les ONG de moyenne et grande taille, il est devenu impératif de présenter une expérience professionnelle avant de postuler (ex : profession d'ingénieur, de médecin...).

1.4.3/ La notion de partenariat en France (20) (18)

Le partenariat est par définition « une relation entre deux ou plusieurs organismes pour la mise en œuvre d'un projet, qui repose sur la coopération, respectant l'égalité du pouvoir des parties et se basant sur l'échange, la confiance, le respect des engagements, la transparence et la réciprocité » (18).

Les partenaires des OSI françaises sont nombreux : ce sont des ONG professionnelles, des entreprises privées, des structures gouvernementales, des collectivités territoriales...

Coordination Sud a développé le concept de « l'acteur collectif français de la solidarité internationale ». L'organisation fait rencontrer régulièrement les différentes plates-formes réunissant les ONG pour permettre un échange d'informations. Elle fait aussi le lien avec les pouvoirs publics et entretient un partenariat avec des réseaux nationaux travaillant sur des thématiques identiques.

1.4.4/ Des échanges au delà des frontières françaises (20)

Les ONG françaises tissent des liens de plus en plus forts avec leurs homologues étrangers.

Coordination Sud les représente dans la Confédération Européenne des ONG, Concord, basée à Bruxelles, et crée des passerelles avec des plates-formes nationales d'ONG des autres pays développés et en voie de développement.

1.4.5/ Les ONG françaises sur la scène diplomatique, des relations particulières avec l'Etat (20) (12)

Certaines ONG sont consultées par des organisations gouvernementales internationales (associations d'Etats, constituées par un traité, possédant une personnalité juridique propre, distincte de celle des Etats). Par exemple, l'ONG « Amnesty International » est représentée à la Commission des droits de l'homme de l'ONU. Les ONG sont des acteurs particuliers des relations internationales, souvent écoutées et parfois redoutées par les Etats.

Certaines sont consultées par les Etats et leurs apportent leur aide, d'autres constituent de véritables groupes de pression et s'opposent régulièrement aux Etats.

En France, le partenariat entre les ONG et l'Etat reste faible. Contrairement aux ONG anglo-saxonnes, les ONG françaises s'imposent peu dans le domaine de la diplomatie internationale. La France est un pays où l'Etat semble disposer d'une exclusivité naturelle en matière de diplomatie, où la tradition individualiste prédomine ; ce qui explique peut être pourquoi l'Etat français est peu ouvert au dialogue avec les ONG en ce qui concerne la diplomatie.

1.4.6/ La mutation de l'activité des ONG françaises (20)

Depuis 30 ans, l'activité des ONG a beaucoup évolué.

Les années 80 furent marquées par l'action humanitaire d'urgence. Les ONG étaient les opérateurs directs d'une action dans un pays choisi.

Actuellement, elles sont devenues des facilitateurs ou catalyseurs, c'est-à-dire qu'elles ont tendance à aider les organisations locales à mettre en œuvre des actions sur le terrain, et non à agir à leur place.

On parle des acteurs actuels de solidarité internationale comme des « nouveaux développementistes ». Les Instituts de science Politique, sanctuaires de la formation des futurs cadres de l'Etat, incluent désormais une spécialisation dans les métiers de développement. Le DESS « métiers de développement » est assez prisé par les étudiants français. On tend donc à une réelle professionnalisation des acteurs de solidarité qui s'inscrit dans une logique d'aide au développement.

1.5/ Controverse au sujet des ONG

1.5.1/ Le terme « humanitaire » (17)

Le terme « humanitaire » est flou et tend à être de moins en moins utilisé. En effet, il n'existe pas de définition unique de l'action humanitaire et ce terme regroupe des réalités trop différentes.

Il est souvent limité aux actions d'urgence et perçu comme réducteur.

C'est pourquoi on préfère en France l'appellation d'« Organisations de solidarité internationale ».

1.5.2/ Deux approches complémentaires : urgence et développement (20)

Dans le domaine de la solidarité internationale, on a longtemps opposé les deux approches suivantes : l'action d'urgence et l'action en faveur d'un développement durable.

La démarche de type « urgence » consiste à des interventions de durée brève (quelques jours à quelques mois), à vocation principalement sanitaire, dans des zones de crises plus ou moins aiguës. Des moyens conséquents doivent être mis en œuvre.

Au contraire, la démarche de « développement » s'inscrit dans la durée (plusieurs années) et demande moins de moyens. Son but est d'aider les populations concernées à prendre en main leur avenir en les soutenant dans divers programmes (ex : l'agriculture, l'enseignement...).

Ces deux pratiques ont peu à peu adopté leurs propres courants de pensée avec leurs propres références et leurs propres actions ; et ainsi, s'est creusé le fossé qui les sépare. Actuellement, on se demande s'il faut encore opposer l'urgence et le développement durable. Les revendications identitaires de ces deux approches sont stériles, on assiste à un dialogue de sourds ou chacun reste campé sur ses positions. Il serait souhaitable d'améliorer les pratiques respectives au bénéfice des populations visées, par le dialogue et la confrontation de ces deux courants de pensées.

Selon Serge ALLOU (économiste et docteur en sciences politiques) et Michel BRUGUIERE (directeur général de Médecins du Monde) en 2007 ; que l'on s'attache au contexte d'intervention, aux méthodes d'action et aux arguments en faveur d'une décision d'intervention, les associations d'urgence et de développement ont bien plus en commun qu'il n'y paraît (20).

Concernant le contexte, on remarque que ces associations interviennent toutes dans des situations de violence et d'urgence. Violences consécutives à des conflits ou catastrophes naturelles (affectant d'abord la population pauvre) dans un cas ; violences dans des situations de dénuement, de pauvreté et d'exclusion dans l'autre. Dans ces deux cas, il est urgent de soulager les effets de ces violences, mais aussi de permettre la construction ou la reconstruction de services de base (comme l'accès aux soins) de façon pérenne.

En outre, qu'elles soient des associations d'urgence ou de développement, elles agissent au nom du même principe très simple : « les populations en proie à ces situations (de violence) ont droit à une assistance humanitaire ; quant aux associations,...., elles ont un devoir d'assistance » (20).

Enfin, certains pensent que les actions de développement vont plus loin que le seul « soucis humanitaire » (c'est-à-dire l'envie d'agir et la bonne volonté), exigeant des compétences professionnelles réelles, contrairement aux actions d'urgence. Mais les actions d'urgence, nécessitent elles aussi un savoir faire spécifique de plus en plus proche de celui des métiers de développement (par exemple, l'association HI, considérée comme une action d'urgence, a fait adopter un traité contre les bombes à sous munition par de nombreux pays. L'adoption de ce traité a nécessité des compétences administratives.)

Quand aux méthodes d'action de ces deux entités, c'est à ce niveau que l'on observe le plus de concordance. Il persiste une volonté commune d'agir in situ dans les pays visés, et un refus systématique de n'agir qu'en mobilisant des moyens matériels et financiers à distance depuis la France, auprès des partenaires locaux.

Prenons le cas d'une situation d'urgence après une catastrophe naturelle par exemple. Une association, pour pallier au débordement des acteurs locaux, va mobiliser des moyens matériels et financiers et des compétences professionnelles pour agir sur place. Maintenant, si cette association décide de participer à l'effort de reconstruction, c'est-à-dire s'inscrire dans une logique de développement, en assistant les pays tout en les laissant autonomes, elle enverra aussi des volontaires et ordonnera la mise en place de missions d'appui d'expertise française.

Alors pourquoi une action In situ de la part de ces associations de développement si le but est de laisser les acteurs locaux agir ? C'est pourtant un choix de leur part. Elles agissent sur place pour accompagner la population locale et assistent la mise en œuvre d'expérimentations et d'innovations. Elles sont là pour renforcer les compétences des acteurs locaux et leur capacité d'agir sur les décisions les concernant ainsi que pour aider l'émergence d'organisations. Elles accompagnent aussi leur prise de parole dans les affaires publiques pour obtenir une reconnaissance par les acteurs publiques et privés.

Pour conclure, que ce soit une association d'urgence ou de développement, elles enverront de la même manière leurs propres acteurs sur place.

On observera aussi la fonction de « plaidoyer » commune aux deux types d'approches. Dans une logique de développement, les ONG vont aider au dialogue et à la négociation auprès des administrations et des décideurs. La seconde catégorie d'ONG d'urgence va plutôt mobiliser l'opinion publique via les médias.

Ces deux approches vont dans le même sens à savoir faire pression sur les décideurs, se complètent et se renforcent.

On constate désormais que la réussite des actions ne peut se faire qu'avec des arrangements institutionnels mobilisant les acteurs d'Etat (au niveau national ou des collectivités décentralisées), les acteurs de la société civile et les acteurs privés. Le travail avec l'Etat, particulièrement, est devenu un objectif pour quasiment toutes les associations de solidarité internationale.

Pour conclure, il est plus intéressant de confronter ces deux approches pour enrichir respectivement l'une et l'autre, que d'essayer à tout prix de les opposer. Ce sont deux démarches reposant sur les mêmes bases et finalement très complémentaires.

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

Figure 3 : classification et évolution des ONG d'après BENZIAN H et VAN PALENSTEIN HELDERMAN W (10).

1.5.3/ L'ingérence (71) (61)

1.5.3.1/ De la notion d'ingérence à celle de devoir d'ingérence

L'idée d'ingérence est apparue entre 1967 et 1970 pendant la guerre civile du Biafra au Nigeria, qui fut totalement ignorée par les chefs d'Etat mais très couverte par les médias. Des ONG comme MSF furent créées et défendirent cette idée que certaines situations sanitaires exceptionnelles pouvaient justifier à titre extraordinaire de violer la souveraineté nationale d'un autre Etat.

Ce concept d'ingérence fut théorisé en 1980 par Mario Bettati (professeur de droit) et Bernard Kouchner (homme politique français et un des membres fondateurs de MSF). L'ingérence puise son fondement dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Elle se justifie au nom d'une morale de l'urgence qui pourrait se résumer par « on ne laisse pas les gens mourir ».

L'ingérence est reconnue par le droit international depuis 1988. Elle n'est légitime que si elle est motivée par une violation des droits de l'homme, et si elle est encadrée par une instance supranationale, typiquement le conseil de sécurité des Nations Unies.

La charte des Nations Unies mentionne l'obligation de respecter l'intégrité territoriale d'un Etat tiers et l'interdiction de recourir à la force armée. Mais cette obligation de « non ingérence » connaît trois exceptions : quand l'intervention est sollicitée par

l'Etat concerné, quand le conseil de sécurité l'impose en cas de menace de paix, et en cas d'intervention humanitaire.

Le concept de « droit d'ingérence » reste juridiquement flou car même s'il est reconnu par le droit international, il n'a pas pris consistance dans le droit international. On parle donc d'un « droit » alors que la notion d'ingérence n'a donc aucun fondement légal. Mais l'ingérence, encadrée par les Nations Unies, semble être devenue une pratique admise.

A cette notion de « droit d'ingérence » s'est substituée la notion de « devoir d'ingérence », c'est-à-dire l'obligation faite à tous les Etats de veiller à faire respecter le droit humanitaire international.

1.5.3.2/ Le débat opposant humanistes et juristes

Le droit d'ingérence a eu un large écho auprès des ONG, des médias et du grand public mais il alimente aussi un vif débat.

Les partisans prétendent qu'une telle intervention est légitime parce qu'elle est faite dans un but « humanitaire », ils défendent l'ingérence au nom du droit de la personne.

Les détracteurs s'y opposent d'un point de vue juridique, au nom du droit international qui insiste sur le principe de souveraineté et de non ingérence.

De plus il est difficile de connaître le vrai mobile d'une action d'ingérence ; mobile humanitaire ou stratégie politique? L'ingérence humanitaire pourrait se transformer en ingérence impérialiste.

On reproche aussi à l'ingérence humanitaire son caractère événementiel, elle a tendance à négliger les conflits oubliés par les médias.

1.5.3.3/ Qu'en pensent les pays concernés ?

Le sommet du G77, réunissant les pays les plus pauvres a rejeté en 2000 le droit d'intervention humanitaire, incompatible avec la charte des Nations Unies selon eux. Il faut rappeler que l'impérialisme occidental et le colonialisme avaient comme prétexte « l'humanité civilisatrice ». C'est au prix d'une longue lutte que les pays les moins puissants y ont mis un terme et on obtenu le principe de « non intervention » et de « souveraineté » qui leur est cher et les protège désormais des plus puissants.

Légaliser l'ingérence, c'est fragiliser un peu plus la souveraineté des pays du Sud.

2^{ème} PARTIE :

SANTE BUCCO DENTAIRE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT : STRATEGIES D'AIDE AU DEVELOPPEMENT

En ce qui concerne les actions d'aide au développement en santé, notamment en santé bucco-dentaire, il n'existe pas de recommandations officielles mais plutôt des stratégies de santé publique proposées pour orienter les différentes organisations.

2.1/ Santé publique et PED

2.1.1/ Notions générales de santé publique

2.1.1.1/ Définition de l'OMS (62)

L'OMS est une institution spécialisée de l'ONU, créée en 1948, dont le siège se situe à Genève. Elle est l'autorité directrice et coordinatrice des travaux, dans le domaine de la santé, ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies.

Son objectif général est d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible.

Les principales fonctions de l'OMS sont :

De fournir une assistance technique au renforcement des systèmes de santé, au niveau national et local.

D'effectuer la surveillance et l'évaluation de la situation sanitaire dans le monde.

De favoriser la recherche et les échanges entre les différents pays.

De publier des principes directeurs.

2.1.1.2/ Définition de la santé (52)

L'OMS a défini la santé comme « un état de complet bien être physique, mental et social », qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette définition a été adoptée à la conférence internationale sur la santé à New York en 1946 et n'a pas été modifiée depuis.

On observe que la santé est la condition nécessaire pour un individu ou un groupe, au développement de ses potentiels de vie.

Cependant, toute amélioration du niveau de santé est conditionnée par les ressources indispensables qui sont : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu.

2.1.1.3/ Définition de la santé publique (76) (15)

En 1947, l'institut de santé publique du Québec définit dans son rapport la santé publique comme « l'étude d'une part des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé et d'autre part des actions en vue d'améliorer la santé des populations.

En 1973, l'OMS donne une définition assez large à la santé publique : c'est une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale sous tous ses aspects (curatifs,

préventifs, éducatifs, sociaux), qui doit contribuer à améliorer l'efficacité du marché des soins et réduire les risques en terme d'apparition ou de réapparition d'une maladie.

2.1.1.4/ Les indicateurs en santé publique (15)

Le taux de Natalité : c'est le nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants.

Le taux de Fécondité : c'est le nombre de naissances par rapport au nombre de personnes en âge de procréer.

Le taux de Mortalité : c'est le nombre de décès pour 1000 habitants.

Le taux de Morbidité : c'est le nombre de personnes malades par rapport au nombre de personnes saines pour une population donnée et pour un temps donné.

L'incidence : c'est le nombre de nouveaux cas d'une maladie, apparus dans une population donnée et durant un temps donné.

La prévalence : c'est le nombre total de cas d'une maladie à un temps donné.

L'espérance de vie : c'est la durée de vie moyenne qu'on a à la naissance.

2.1.2/ Situation sanitaire des PED

2.1.2.1/ La pauvreté dans les PED (13)

Le PNUD (programme des Nations Unies pour le développement) a défini des indicateurs de santé c'est-à-dire des outils de mesure en matière de développement. Il définit le « seuil absolu de pauvreté » en dessous duquel il est impossible de satisfaire les besoins minimaux, notamment alimentaires. Au dessus de ce seuil, on est en situation de « Pauvreté », quand on ne peut satisfaire les besoins essentiels (accès à l'eau potable, accès au savoir...).

Les Nations Unies ont établi un bilan sur la pauvreté dans le monde en 1997 dans lequel figurent les observations suivantes :

- Plus d' 1,3 milliard de personnes (soit 20% de la population mondiale) vivent sous le seuil de pauvreté absolue (leur revenu est inférieur à 1 dollar par jour).
- Il y a plus d'1 milliard d'analphabètes dans le monde.
- Plus d'1 milliard de la population n'ont pas accès à l'eau potable.
- La pauvreté du développement humain concerne avant tout l'Afrique subsaharienne et l'Asie où plus de 40% de la population est touchée par la pauvreté.

En Afrique, la faiblesse du développement humain est liée à de nombreux facteurs comme le développement de la désertification, la faiblesse du progrès dans la production alimentaire, le recul des investissements économiques des pays industrialisés lié à l'instabilité politique ou à la dette importante de ces pays...

2.1.2.2/ La relation entre santé et Pauvreté (36)

Santé et pauvreté sont liées :

La pauvreté reste la plus grave menace pour la santé : une mauvaise situation économique ne permettra pas un bon fonctionnement du système de santé et les études montrent que ceux qui vivent dans la pauvreté absolue ont 5 fois plus de risque de mourir avant 5 ans et 2.5 fois plus de risque de mourir entre 15 et 59 ans (36).

Inversement une mauvaise situation sanitaire va créer ou perpétuer la pauvreté. En effet, la maladie fait fondre les économies des ménages, diminue la possibilité d'apprentissage, diminue la productivité et la qualité de vie. Le lien de causalité entre meilleur état sanitaire et croissance économique commence à être démontré.

2.1.2.3/ Caractéristiques de la situation sanitaire dans les PED (13) (34)

Dans les PED, la situation sanitaire est caractérisée par :

-Une forte mortalité (notamment une importante mortalité infantile) et une forte fécondité.

-Une espérance de vie faible

-Une morbidité préoccupante.

Il existe deux grands problèmes de santé publique :

1. Les Maladies Infectieuses :

Elles représentent la première cause de mortalité dans les pays pauvres. Les trois maladies transmissibles les plus inquiétantes sont, dans l'ordre:

-Le VIH/Sida,

-Le Paludisme,

-La Tuberculose.

2. Les pathologies découlant des conditions locales comme le manque d'hygiène, la mauvaise alimentation, l'absence d'eau potable, l'environnement...

Ce sont principalement les carences nutritionnelles et les diarrhées.

On remarque que la situation nutritionnelle joue un rôle dans la gravité des maladies infectieuses.

2.1.2.4/ Les raisons d'une mauvaise situation sanitaire dans les PED (34)

2.1.2.4.1/ Le contexte politique et économique des PED

2.1.2.4.1.1/ Le contexte politique (33)

Les PED connaissent souvent une instabilité politique. Or des études de cas africains montrent qu'en cas de crise politique, on a un dysfonctionnement du système de santé et la mortalité augmente rapidement.

2.1.2.4.1.2/ Le contexte économique (34)

Les ressources économiques des PED sont faibles : il y a peu d'exploitation, peu de salariat, l'agriculture est prédominante et la dette extérieure de ces pays est importante, minorant toute possibilité d'investissement.

La mauvaise situation économique influe négativement sur le fonctionnement du système de santé.

2.1.2.4.2 /Le dysfonctionnement des systèmes de santé

2.1.2.4.2.1/ Définition d'un système de santé selon l'OMS (48)

C'est « l'ensemble des personnes et activités dont le but essentiel est d'améliorer la santé, y compris les différents aidants de la famille, le couple patient soignant, le personnel, les bénévoles et les agents communautaires ».

La performance du système de santé est liée à la performance économique du pays et à ses choix politiques concernant les services à produire et leur financement.

2.1.2.4.2.2/ Quelques exemples de ce dysfonctionnement (48)

Au niveau du personnel de santé :

Selon l'OMS, le personnel de santé est « l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé »(48).

On observe une pénurie d'agents de santé qualifiés dans beaucoup de PED, particulièrement en Afrique.

Tableau 1. Effectifs totaux des personnels de santé, en fonction de leur densité

Région OMS	Ensemble du personnel de santé		Prestataires de services sanitaires		Personnel administratif et d'appui	
	Nombre	Densité (pour 1000 habitants)	Nombre	Prestataires de services sanitaires	Nombre	Pourcentage du total
Afrique	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Méditerranée orientale	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
Asie du Sud-Est	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Pacifique occidental	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Amériques	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
Ensemble du monde	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Note : Toutes les données se rapportent à la dernière année disponible. Dans le cas des pays pour lesquels on ne disposait pas de données sur les effectifs du personnel administratif et du personnel d'appui, on a procédé à des estimations basées sur les moyennes régionales pour les pays au sujet desquels les données étaient complètes.

Source de données : Organisation mondiale de la Santé, *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

Figure 4: Effectifs totaux des personnels de santé en fonction de leur densité en 2006, d'après l'OMS. (48)

Figure 3 Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services (médecins, infirmières et sages-femmes)

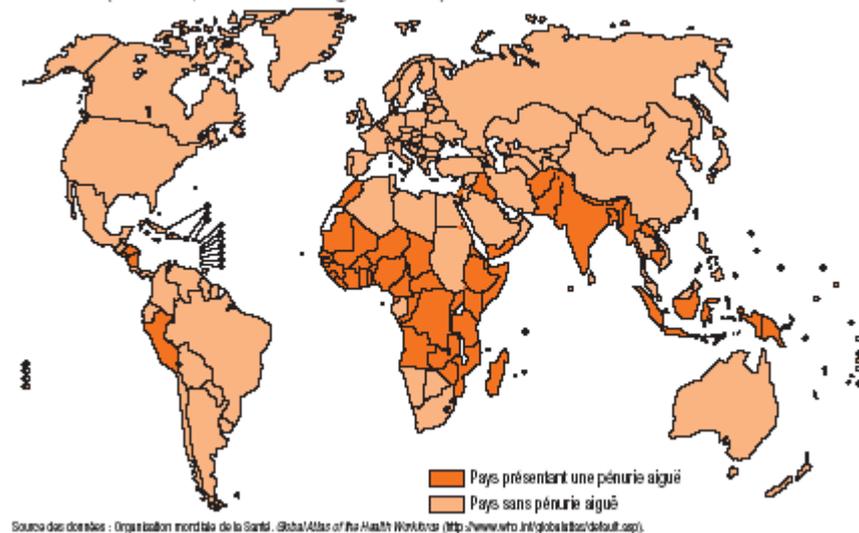


Figure 5: Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services (médecins, infirmiers, sages-femmes), d'après l'OMS, 2006. (48)

Le nombre d'acteurs de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) est limité du fait du faible potentiel des universités et écoles nationales de formation (lié aux difficultés budgétaires et aux crises sociopolitiques). Chaque année, la sortie de personnel soignant qualifié est faible et irrégulière. (34)

De plus, la répartition des soignants à l'intérieur des pays est hétérogène : elle est concentrée en milieu urbain au détriment des campagnes.

Le personnel soignant, souvent découragé par un salaire de misère, un encadrement insuffisant, l'absence de perspective de carrière et le peu de reconnaissance sociale, fuit vers les secteurs privés ou vers les pays développés.

On remarque souvent un déséquilibre entre la répartition du personnel et les gammes de compétence. En effet, le personnel peut présenter des compétences non adaptées aux besoins sanitaires locaux. Il y a donc peu de personnel mais du personnel coûteux. Parfois, on observe un déficit de personnel de santé alors que de nombreux agents sont sans emploi du fait du dysfonctionnement du système de santé.

Au niveau hospitalier : (34)

Les hôpitaux ont souvent un fonctionnement embryonnaire. Par exemple, en Afrique de l'Ouest, le coefficient d'occupation des lits est faible, le matériel et les appareils sont vétustes et peu fonctionnels du fait du manque de crédits pour la maintenance. Les malades achètent eux-mêmes les consommables et médicaments, la recherche est quasiment inexistante et les affections nosocomiales sont fréquentes. De plus les prix sont fixés selon des considérations sociales sans aucun rapport avec la réalité des coûts de production.

L'émergence du secteur privé : (34)

Le secteur privé, officiellement réglementé, est plus onéreux et rarement sous contrôle. Il attire de plus en plus de professionnels de santé découragés par le secteur public.

Un système de sécurité sociale embryonnaire : (27)

Le système de sécurité sociale, s'il existe, est peu développé et ne couvre jamais toute la population. Par exemple, en Afrique sub-saharienne, moins de 5% de la population (uniquement les fonctionnaires et quelques salariés) sont couverts.(27)

Dans le cas des Etats coloniaux, leur système de protection sociale est fortement marqué par les systèmes mis en place par les anciennes puissances coloniales. La sécurité sociale ne couvrait que les risques liés à l'activité professionnelle mais pas le risque maladie. Depuis les textes évoluent vers une protection maladie, mais lentement.

2.1.2.4.3/ Les comportements individuels

Des comportements nocifs pour la santé ont émergé dans les PED comme l'alcoolisme, le tabagisme, la maltraitance des femmes, le travail des enfants, la prostitution et le sédentarisme.

Cette déviance sociétale découle d'une urbanisation non maîtrisée.

On remarque aussi que sur l'échelle des priorités des dépenses des ménages, la santé n'est pas prioritaire dans les PED.

2.1.2.5/ La transition sanitaire (13) (33)

2.1.2.5.1/ Définition de la transition sanitaire

Tout les pays développés et la plupart des PED, avec un certain décalage dans le temps, vivent une transition sanitaire, à savoir une baisse de la mortalité et un allongement de la durée de la vie.

Ce phénomène est lié à trois éléments déterminants : l'évolution du niveau de revenu ; l'évolution du niveau de l'instruction ; et la production et l'utilisation de nouvelles connaissances. Ce degré d'évolution est très disparate entre les pays.

2.1.2.5.2/ Conséquences de la transition sanitaire

On observe une diminution des naissances et une augmentation de la population de plus de 40 ans.

Or les causes de décès sont différentes selon les classes d'âge : les maladies infectieuses transmissibles touchent plus les nouveaux nés et les jeunes, et les maladies non transmissibles (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies neuropsychiatriques) touchent les personnes plus âgées.

On tend donc dans tous les pays, à des vitesses différentes, vers une diminution de la mortalité liée aux maladies infectieuses du fait du développement socioéconomique, de l'augmentation de la vaccination, de l'aide internationale et de la transition démographique ; et d'une augmentation de la mortalité liée aux maladies non transmissibles.

Dans les PED, la situation reste marquée par une forte prévalence des maladies transmissibles (dont le Sida qui a émergé depuis quelques années) sur fond de carences nutritionnelles ; mais de nouveaux problèmes apparaissent, les maladies non transmissibles.

2.1.2.6/ Les maladies non transmissibles, un nouveau fléau (43)

On prévoit que les maladies non transmissibles ou maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies neuropsychiatriques...), seront la principale cause d'incapacité partout dans le monde d'ici 2020.

Ces maladies sont liées à la transition démographique du fait des progrès en santé publique, et à des facteurs liés à la mondialisation comme le tabagisme, la sédentarité, la consommation excessive d'alcool, la mauvaise alimentation (aliments à forte teneur en graisses et en sel)...

2.1.3/ Les sources de financement des politiques de santé (27)

2.1.3.1/ Les fonds publics (le budget de l'Etat)

L'Etat a obligation de service public et de protection générale de la santé des populations en matière d'hygiène, d'assainissement et de lutte contre les maladies

évitables. Il doit financer les politiques de santé, mais dans la plupart des PED, les budgets alloués à la santé sont faibles du fait du déficit de l'Etat.

Cependant, la participation des pouvoirs publics à la santé peut être efficace et équitable sans entraîner nécessairement une augmentation des dépenses publiques si de bons choix politiques sont pris dans la répartition des dépenses et si les programmes choisis privilégient les questions de santé publique et les populations défavorisées.

2.1.3.2/ Les ONG nationales, organisations de bienfaisance...

Ces organisations, très motivées, apportent une contribution efficace et équitable, mais ce ne sont que des ressources d'appoint. Ces aides sont rarement intégrées dans un plan global d'organisation, du fait de la volonté d'indépendance de la plupart de ces organisations.

2.1.3.3/ Les aides étrangères (organisations internationales, agences d'aide)

Les aides peuvent se faire sans contrepartie ou avec contrepartie (comme, par exemple, les prêts à taux bonifiés).

Elles sont intéressantes, surtout dans une stratégie de pérennisation (volonté d'impliquer progressivement l'Etat et les acteurs locaux dans une action donnée).

2.1.3.4/ La contribution financière des usagers (paiement direct et mutualisation)

Le paiement direct par les utilisateurs :

C'est le paiement partiel ou total des consultations et des médicaments par la population.

La mutualisation :

Il existe différents systèmes :

- la mutualisation privée à but lucratif : les assurances privées.
- la mutualisation privée à but non lucratif : les mutuelles.
- la mutualisation publique : les systèmes d'assurance obligatoires et de sécurité sociale.

Les systèmes publics de sécurité sociale sont les plus équitables pour la population couverte, mais dans les PED, seule une petite partie de la population est couverte.

La mise en place de mutuelles est intéressante. Ce sont des organisations à but non lucratif au sein d'une zone ou d'une profession pour couvrir une gamme de soins. Elles sont gérées par des représentants des cotisants et elles demandent moins de frais que les assurances privées puisqu'elles sont non lucratives. Ce système est équitable et sa pérennité dépend d'une bonne supervision et de l'absence de crise économique.

Pour conclure sur ces questions de financement, les réponses ne doivent pas seulement porter sur une mobilisation des ressources mais aussi sur une meilleure utilisation des ressources disponibles et une réduction des coûts des actions engagées.

2.1.4/ Les politiques de santé dans les PED

2.1.4.1/ Les médicaments essentiels (34) 50)

2.1.4.1.1/ Le problème de l'offre des médicaments dans les PED

Différents facteurs sont en cause :

- Les systèmes d'approvisionnement et de distribution sont souvent médiocres ;
- Le personnel de santé et les installations sont insuffisants ;
- Les investissements dans la santé sont faibles ;
- Le marché du médicament est très contraint par les pouvoirs d'achat locaux : les médicaments sont importés à un prix de cession de 1.5 à 2.2 du prix global hors taxes ;
- Il existe des centrales d'achat dans lesquelles les médicaments sont moins onéreux mais il y a trop peu de contrôle qualité.

2.1.4.1.2/ Définition des médicaments essentiels

Ce sont les médicaments destinés à répondre aux besoins de santé prioritaires d'une population donnée. Ils sont choisis en fonction de leur intérêt pour la santé publique, de leur qualité, de leur innocuité et de leur efficacité (rapport coût/efficacité comparés).

Ils doivent être disponibles dans un système de santé qui fonctionne, en quantité suffisante et dans des dosages adaptés.

2.1.4.1.3/ Intérêt des médicaments essentiels dans les PED :

En 1977, a été créée la Liste des Médicaments Essentiels (LME).

Elle offre un modèle auquel les gouvernements peuvent se référer pour sélectionner les médicaments afin de répondre à leurs besoins en santé publique.

C'est un instrument utile pour la promotion de la santé primaire qui rationalise la sélection et l'utilisation des médicaments ainsi que leur coût.

Cette liste est révisée tous les deux ans par un comité d'experts indépendants pour tenir compte des nouveaux problèmes de santé, des phénomènes de résistance et des nouveautés pharmaceutiques.

La dernière version de 2007 contient 340 médicaments destinés à traiter les problèmes prioritaires au niveau mondial comme le VIH, le paludisme, la tuberculose, les maladies chroniques (cancers et diabètes)...

Ce concept de LME a été largement adopté par les organisations internationales et autres. Aujourd'hui les LME sont la base sur laquelle reposent les systèmes d'achat et d'approvisionnement internationaux en médicaments, les systèmes de remboursement des médicaments, les dons et la production locale.

2.1.4.2/ Les soins de santé primaire (34) (7)

2.1.4.2.1/ La déclaration d'Alma Yalta

En 1978, l'UNICEF et l'OMS organisent une conférence à Alma Yalta, pendant laquelle ils invitent tous les pays à promouvoir les soins de santé primaires dans le but d'assurer un accès aux soins équitable et satisfaisant pour l'an 2000.

2.1.4.2.2/ Définition des soins de santé primaires

Ce sont des actions de santé, réalisables au niveau des villages et des quartiers périurbains par la population, sans nécessiter forcément la présence de personnel qualifié, pour améliorer l'état de santé de la population.

Les problèmes de santé dans les PED, principalement infectieux, nutritionnels et parasitaires, résultent de mauvaises conditions de vie et d'un environnement défavorable, d'où la nécessité d'actions de santé relativement simples.

Les structures de soins de santé primaires sont tournées vers les pathologies les plus courantes, ainsi que sur la santé maternelle et infantile. Elles sont supervisées par du personnel soignant qualifié qui forme les agents de santé primaires.

2.1.4.2.3/ Les résultats de la mise en œuvre des soins de santé primaires après la déclaration d'Alma Yalta

On a pu observer une importante mobilisation de la part des communautés africaines en particulier, aboutissant à la formation d'hygiénistes, d'accoucheuses, de pharmacies de villages...et à une série d'actions pour améliorer l'environnement (aménagement de points d'eau, banques de céréales...).

Les ONG ont été fortement impliquées dans la promotion des soins de santé primaire.

2.1.4.2.4/ Les limites des soins de santé primaires

Très souvent, dès que les actions ont échappé au soutien des programmes d'aide au développement (soutien financier et assistance par des volontaires expatriés), les acteurs locaux ont montré une baisse d'activité jusqu'à l'abandon.

2.1.4.2.5/ L'initiative de Bamako

En 1987, prenant en compte l'essoufflement des soins de santé primaire, l'OMS lance un nouveau mouvement lors d'une conférence au Mali, pour la relance des soins primaires.

Cette nouvelle stratégie repose sur deux fondements : le recours aux médicaments essentiels et le recouvrement des coûts.

Son but est de restructurer les systèmes de soins par l'entrée de l'économie dans le secteur de la santé (mise en exergue du coût des soins, limitation du gaspillage...) et de réorganiser le système en renforçant la supervision des structures, en remettant à niveau les structures et le personnel, en créant des comités de gestion...

La promotion des soins de santé primaire ne doit plus se faire de façon isolée mais dans le cadre d'une promotion de l'ensemble du système de soins dans lequel ils s'inscrivent.

2.1.4.3/ La charte d'Ottawa (68) (41) (42)

En 1986, l'OMS organise une conférence internationale au Canada pour développer une approche préventive plus radicale en santé publique. Naît alors le concept de « promotion de la santé ».

2.1.4.3.1/ Définition de la promotion de la santé (41)

Certains facteurs politiques, économiques, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent améliorer la santé ou lui nuire. Ces éléments sont appelés « les déterminants de la santé ». L'action de promotion de la santé vise à rendre ces déterminants favorables à la santé.

2.1.4.3.2/ Les grands principes découlant de la charte (42)

L'action de promotion de la santé doit prendre en compte les systèmes sociaux, économiques et culturels de chaque pays. Elle doit être adaptée aux besoins et aux possibilités respectifs de chaque pays.

L'action doit viser l'égalité en matière de santé, réduire les écarts actuels, offrir à tous les individus les mêmes ressources et les mêmes possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé.

Cela nécessite une action concertée de la part de tous les intervenants (le gouvernement, le secteur santé, les domaines sociaux et économiques, les organisations bénévoles, les autorités locales et régionales, les médias, l'industrie...) et non seulement le secteur sanitaire. Il faut plaider en faveur d'un engagement politique clair en faisant comprendre au gouvernement qu'une bonne santé publique est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel. Il faut faire admettre la responsabilité des hommes politiques en matière de santé en leur faisant prendre conscience des conséquences de certaines de leurs décisions (mesures fiscales, politiques de logement, politiques environnementales...) sur la santé.

2.1.4.4/ La conférence de Jakarta (16)

La déclaration de Jakarta est adoptée en Juillet 1997, à la quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé intitulée « à ère nouvelle, nouveaux acteurs : adopter la promotion de la santé au XXIème siècle ».

2.1.4.4.1/ Une nouvelle stratégie depuis OTTAWA

L'accent est donné sur la nécessité de partenariat entre les différents secteurs et à tous niveaux de la gestion des affaires publiques. Il faut casser le cloisonnement traditionnel existant à l'intérieur des pouvoirs publics, entre les secteurs publics et privés, entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales.

2.1.4.4.2/ Cinq nouvelles priorités

Il faut promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé. Les décideurs (secteur public et privé) doivent être socialement responsables et donc promouvoir la santé, c'est-à-dire avoir des pratiques non préjudiciables à la santé des personnes, protéger l'environnement...

Il faut accroître les investissements pour développer la santé, avec une approche multifactorielle (investir dans le secteur de la santé mais aussi dans les secteurs de

l'éducation, du logement...); et prendre en compte les populations marginales et défavorisées.

Il faut renforcer et élargir les partenariats pour la santé.

Il faut accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir. L'individu doit devenir un acteur sur sa santé par le biais de l'information, la responsabilisation...

Il faut mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé, chercher de nouveaux financements, influencer l'action des pouvoirs publics, des ONG, des établissements d'enseignement, du secteur privé pour accroître la mobilisation des ressources en faveur de la promotion de la santé.

2.1.4.5/ La charte de Bangkok (46)

2.1.4.5.1/ La conférence de Bangkok

La charte de Bangkok est adoptée le 11 Août 2005 par les participants de la sixième conférence sur la promotion de la santé, co-organisée par l'OMS et le ministère de la santé publique après consultation de nombreux individus de différentes nationalités comme des spécialistes de la promotion de la santé, des représentants du secteur privé, des membres d'ONG...

Cette conférence s'intéresse à l'effet de la mondialisation sur la santé. Les nouveaux facteurs décisifs qui ont une incidence sur la santé découlent de cette mondialisation : les nouveaux modes de consommation, la commercialisation, les changements environnementaux mondiaux, l'urbanisation...

Lors de cette conférence, l'accent est mis aussi sur l'importance des facteurs sociaux. Le professeur Michel Marmot, président de la commission OMS des déterminants sociaux de la santé, souligne le fait que de grandes inégalités subsistent à l'échelle mondiale, surtout pour les PED. Il y a des différences d'espérance de vie entre les pays allant jusqu'à 48 ans. Des travaux de recherche de plus en plus nombreux montrent que les facteurs sociaux sont à la racine de beaucoup d'inégalités face à la santé.

Pour conclure, la conférence définit le principal défi en matière de promotion de la santé, comme étant de réduire la double charge des maladies transmissibles (toujours très présentes) et des maladies chroniques (en pleine effervescence) en agissant sur les déterminants de ces pathologies.

2.1.4.5.2/ De nouvelles stratégies

Défendre la cause de la santé sur la base des droits de l'homme et de la solidarité ;
Investir dans des politiques, des mesures, des infrastructures durables pour agir sur les déterminants de la santé à l'heure de la mondialisation ;

Développer des capacités d'élaboration de politiques de promotion de la santé, de transfert des connaissances, de recherche et d'information sur la santé ;

Réglementer et légiférer afin d'assurer un niveau élevé de protection et d'assurer l'égalité des chances en matière de santé et de bien être pour tous les individus ;
Etablir des partenariats et des alliances avec le secteur public, le secteur privé, les ONG, les organisations internationales et la société civile pour la mise en place d'actions durables.

2.1.4.6/ La prévention des maladies chroniques non transmissibles (43)

2.1.4.6.1/ Les maladies chroniques, le nouveau fléau

Les maladies chroniques représentent un nouveau fléau à long terme pour tous les pays. En effet, on prévoit qu'elles seront la principale cause d'incapacité partout dans le monde d'ici 2020 et qu'elles deviendront le problème le plus coûteux pour nos systèmes de santé si on ne parvient pas à les éviter.

Or ces maladies chroniques sont liées à des facteurs de risque courants et évitables pour la plupart (tabagisme, alcoolisme, mauvaise alimentation riche en sel et en graisses, sédentarité...).

La prévention de ces facteurs de risque est donc une stratégie intéressante car elle peut éviter ou retarder beaucoup d'affections chroniques coûteuses et invalidantes ainsi que leurs complications.

2.1.4.6.2/ Eléments essentiels à une action de prévention des maladies chroniques

Favoriser un changement de paradigme en intégrant la prévention aux soins de santé actuels.

Promouvoir un système de financement et des politiques en faveur de la prévention dans le cadre des soins de santé.

Sensibiliser la population : il faut informer la population, la motiver et lui donner les moyens de se prendre en charge.

Le groupe OMS chargé des maladies non transmissibles et de la santé mentale a créé un nouveau cadre pour aider les pays à réorganiser leurs soins de santé en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Ce nouveau cadre est centré sur la notion de « triade de soins de santé » : un partenariat est nécessaire entre les trois entités suivantes : l'ensemble patient famille, l'équipe soignante et les communautés. Ce partenariat repose sur la communication, l'information et la collaboration entre ces trois pôles. Par conséquent, le patient et sa famille deviennent des participants actifs aux soins avec le soutien de la communauté et de l'équipe soignante.

2.2/ Santé Bucco-dentaire et PED

2.2.1/ Notions générales sur la santé bucco-dentaire

2.2.1.1/ Définition de la santé bucco-dentaire (41)

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé. Elle fait partie intégrante de l'état de santé général et elle est essentielle au bien être. Une bonne santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines.

Etre en bonne santé bucco-dentaire signifie ne pas présenter :

- De douleur oro-faciale chronique ;
- De cancer de la cavité buccal et du pharynx ;
- De lésion tissulaire de la cavité buccale ;
- D'anomalie congénitale (bec de lièvre, fente palatine...) ;
- De parodontopathie ;
- De carie dentaire ;
- D'autres pathologies ou troubles affectant les tissus buccaux, dentaires, maxillo-faciaux, connus sous le nom de complexe maxillo-facial.

2.2.1.2/ La santé bucco-dentaire est un facteur déterminant de la qualité de vie (41) (68)

Le complexe maxillo-facial nous permet de parler, sourire, embrasser, toucher, sentir, mâcher, avaler, pleurer sans éprouver de douleur. Il nous protège contre les infections microbiennes et les menaces liées à l'environnement.

Les maladies bucco-dentaires restreignent les activités scolaires, professionnelles et personnelles. Elles entraînent la perte de millions d'heures d'étude et de travail chaque année partout dans le monde.

Elles ont pour conséquences une altération du sommeil, une limitation de la mastication et donc de l'alimentation, des douleurs et un inconfort. L'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie.

2.2.1.3/ Epidémiologie des maladies bucco-dentaires (45)

Les affections bucco-dentaires les plus fréquentes sont les caries dentaires et les parodontopathies.

60 à 90% des enfants scolarisés dans le monde ont des caries.

5 à 20% des adultes d'âge moyen ont des parodontopathies sévères pouvant entraîner la perte des dents. La fréquence est variable selon les régions géographiques.

L'incidence des cancers buccaux varie de 1 à 10 cas pour 100000 habitants dans la plupart des pays.

2.2.2/ La santé bucco-dentaire est un problème de santé publique

2.2.2.1/ Prévalence et incidence des maladies bucco-dentaires (41)

Les maladies bucco-dentaires peuvent être qualifiées de problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et incidence élevées dans toutes les régions du monde, et du fait qu'elles atteignent principalement les populations défavorisées et socialement marginalisées, comme toutes les maladies.

2.2.2.2/ La relation entre santé bucco-dentaire et santé générale (41)

La relation entre santé bucco-dentaire et santé générale a été établie scientifiquement.

Des affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires qui vont accroître le risque de maladies bucco-dentaires ; par exemple certaines formes sévères de maladies parodontales sont associées au diabète. (35)

De plus, un examen bucco-dentaire approfondi peut permettre de dépister des maladies générales graves, comme le VIH/Sida par exemple, dont les premières manifestations apparaissent souvent au niveau de la cavité buccale. (41)

Il existe une forte corrélation entre maladies bucco-dentaires et maladies générales chroniques non transmissibles (pathologies cardio-vasculaires, cancers, diabète, affections respiratoires..) qui est principalement due à des facteurs de risques communs. (41)

2.2.2.3/ Un traitement bucco-dentaire classique onéreux (41) (53)

Les soins bucco-dentaires classiques (orientés sur des soins conservateurs) effectués dans les pays industrialisés sont onéreux : ils arrivent au quatrième rang en terme de coût.

Ces traitements classiques sont inaccessibles financièrement pour 97% de la population mondiale. (39)

2.2.2.4/ L'écart entre l'offre, les besoins et la demande de la population des PED (39) (11)

A l'heure actuelle, les services dentaires, calqués sur le modèle occidental, sont orientés vers les soins conservateurs pour préserver toute la dentition du patient, mais ces traitements, inaccessibles financièrement dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, vont au delà des besoins ressentis.

Plusieurs études montrent que la demande la plus commune des habitants des pays à faible revenu est le soulagement de la douleur (9).

Pour la population, les coûts sont trop élevés et pour les dentistes, les populations sont trop pauvres pour leur garantir un niveau de revenu suffisant ; c'est pourquoi les dentistes se regroupent dans des zones à fort pouvoir d'achat. Il en résulte un décalage entre besoin et offre des services dentaires entre les pays (il y a moins de dentistes dans les pays pauvres) ; et à l'intérieur même des pays (il y a peu de dentistes dans les zones rurales et les banlieues des villes).

Le centre collaborateur OMS de Nimègue a participé à des programmes d'aide et de formation en santé bucco-dentaire en Afrique et en Asie et ses expériences ont montré un décalage entre les besoins fondamentaux de la population, la formation des professionnels et l'offre des services dentaires (39).

2.2.3/ Epidémiologie des maladies bucco-dentaires

2.2.3.1/ La carie dentaire (41)

2.2.3.1.1/ L'indice CAOD

L'OMS a élaboré en 1969 cet outil de surveillance de la carie dentaire. Il est généralement étudié chez les enfants de 12 ans.

Cette méthode a permis de réaliser de nombreuses études épidémiologiques et d'obtenir une base de donnée mondiale ainsi que des cartographies de la carie dentaire dans le monde.

2.2.3.1.2/ Epidémiologie de la carie dentaire

C'est un des problèmes majeurs de santé bucco-dentaire dans la plupart des pays industrialisés. Elle touche 60 à 90% des élèves et la majorité des adultes.

Elle est également répandue en Asie et en Amérique latine et semble plus rare en Afrique.

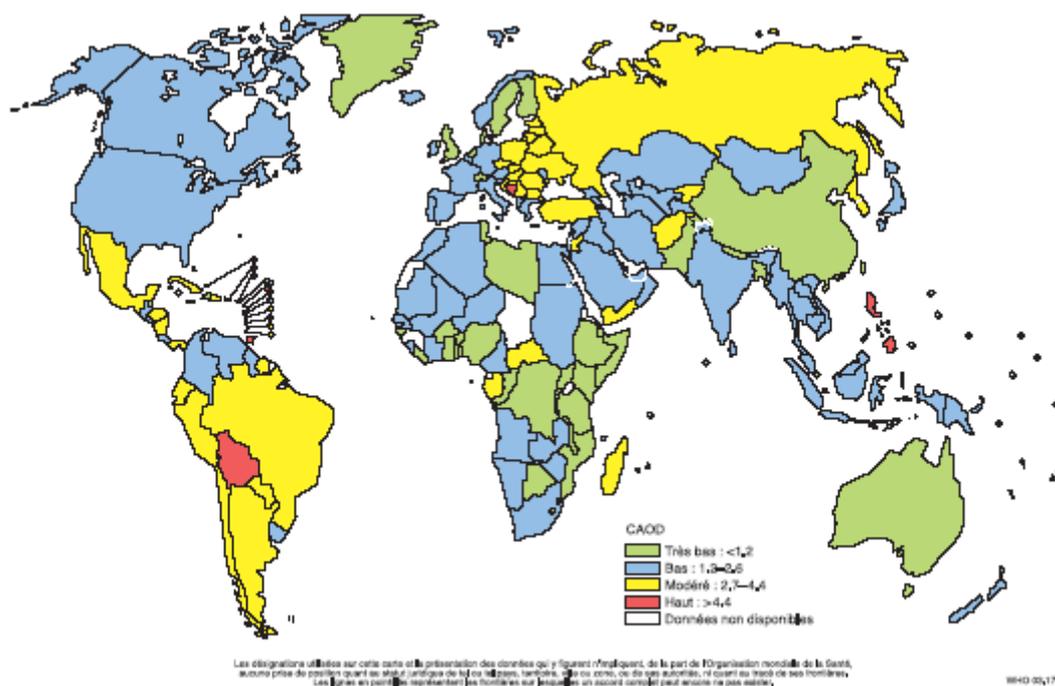


Figure 6: La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans en 2000, d'après l'OMS. (41)

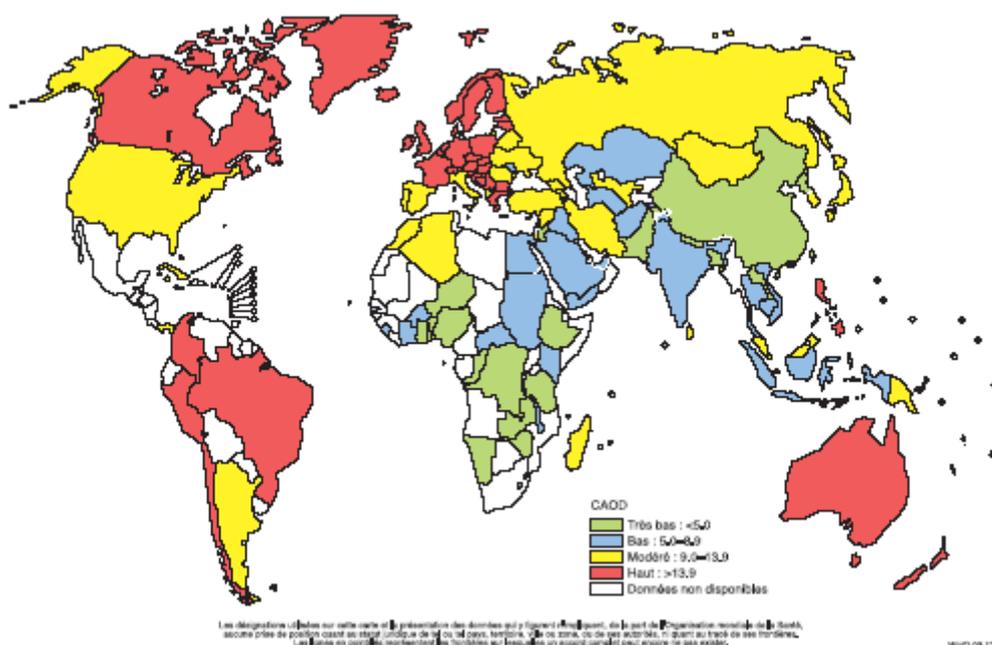


Figure 7: La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les adultes de 35-44 ans en 2000, d'après l'OMS. (41)

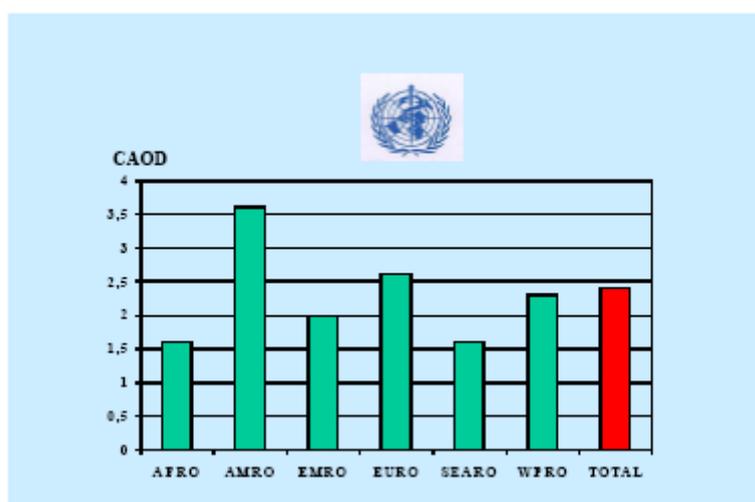


Figure 8: Caries dentaires (CAOD) chez les enfants de 12 ans en 2000, selon les bureaux régionaux de l'OMS. (41)

A l'heure actuelle, le taux de caries dentaires diminue dans les pays développés du fait des mesures de santé publique, des changements de mode de vie et des habitudes d'hygiène.

Par contre, dans les PED, et notamment en Afrique, l'incidence de la carie augmente en raison de la consommation croissante de sucre et d'une exposition insuffisante aux fluorures.

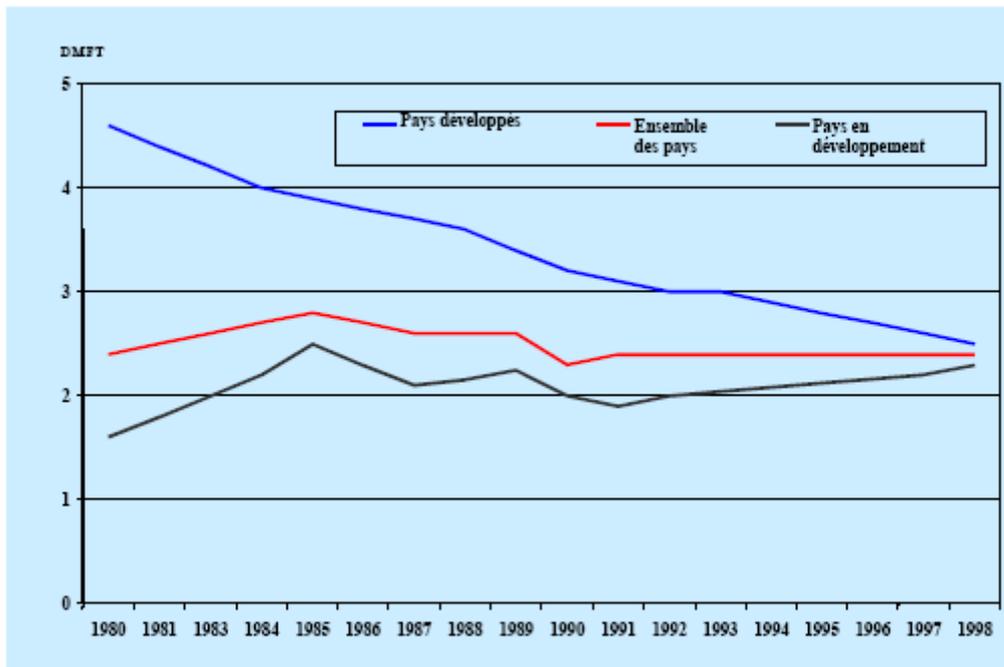


Figure 9: Evolution de la carie (CAOD) chez les enfants de 12 ans dans le pays développés et en développement, selon l’OMS, 2000. (41)

2.2.3.2/ LES MALADIE PARODONTALES

Les maladies parodontales font partie des deux affections bucco-dentaires les plus courantes avec la carie dentaire.

Dans le monde entier, la plupart des enfants présentent des signes de gingivite et parmi les adultes, les stades initiaux de parodontites sont fréquents. (41)

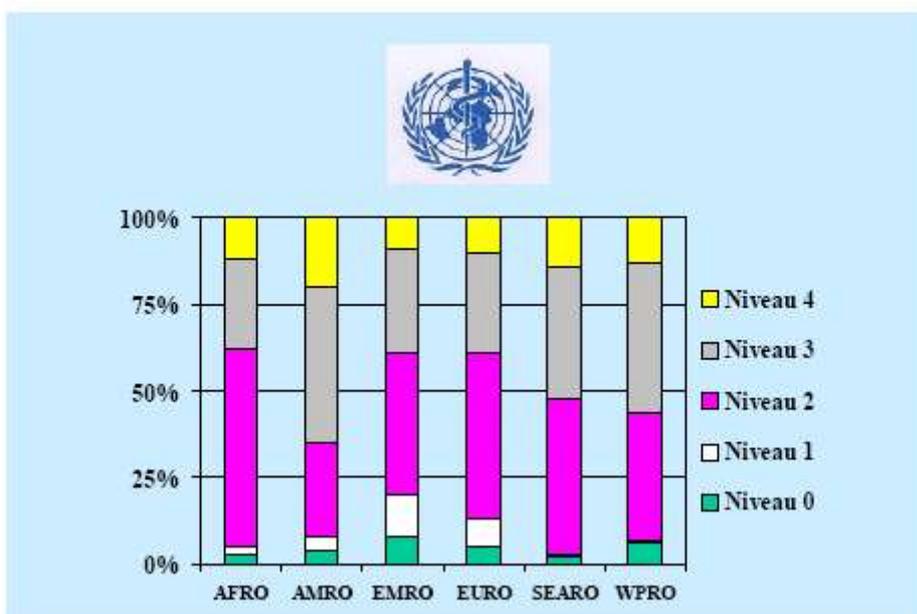


Figure 10: Pourcentages moyens par personnes de 35-44 ans de l'Indice parodontal communautaire selon les bureaux régionaux OMS, 2000. (41)

La parodontite sévère, qui peut entraîner la perte des dents, touche 5 à 15% de la plupart des populations.

La parodontite aigue juvénile ou précoce, qui touche les jeunes pendant la puberté et entraîne la perte prématurée des dents, concerne près de 2% des jeunes. (2)

Dans les pays industrialisés, les études montrent que le tabagisme est un facteur de risque majeur de maladie parodontale chez l'adulte ; le tabac serait responsable de plus de la moitié des cas de parodontites. (65)

Le risque diminue si les personnes arrêtent de fumer.

La présence de maladies parodontales a diminué dans les pays où une diminution de la consommation de tabac a été enregistrée. (67)

2.2.3.3/ Le cancer de la cavité buccale et du pharynx (41)

Le cancer reste un problème majeur pour les programmes de santé bucco-dentaire.

Sa prévalence est particulièrement élevée chez les hommes, elle arrive au huitième rang des cancers les plus fréquents dans le monde. (64)

Le taux d'incidence varie chez les hommes de 1 à 10 cas pour 100 000 habitants.

Les taux d'incidence élevés sont directement liés aux comportements à risque comme le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.

2.2.3.4/ Le NOMA (24)

Le NOMA, stomatite gangréneuse, est une nécrose foudroyante qui se développe dans la bouche à partir d'une lésion bénigne et qui détruit les tissus mous et osseux de la bouche et de la face. Elle touche surtout les enfants de moins de 6 ans et son taux de mortalité varie entre 70 et 90%.

Cette pathologie est évitable si elle est dépistée dès l'apparition des premiers symptômes. Un traitement simple et peu coûteux permet d'arrêter l'évolution de la gangrène et d'éviter cette infection défigurante.

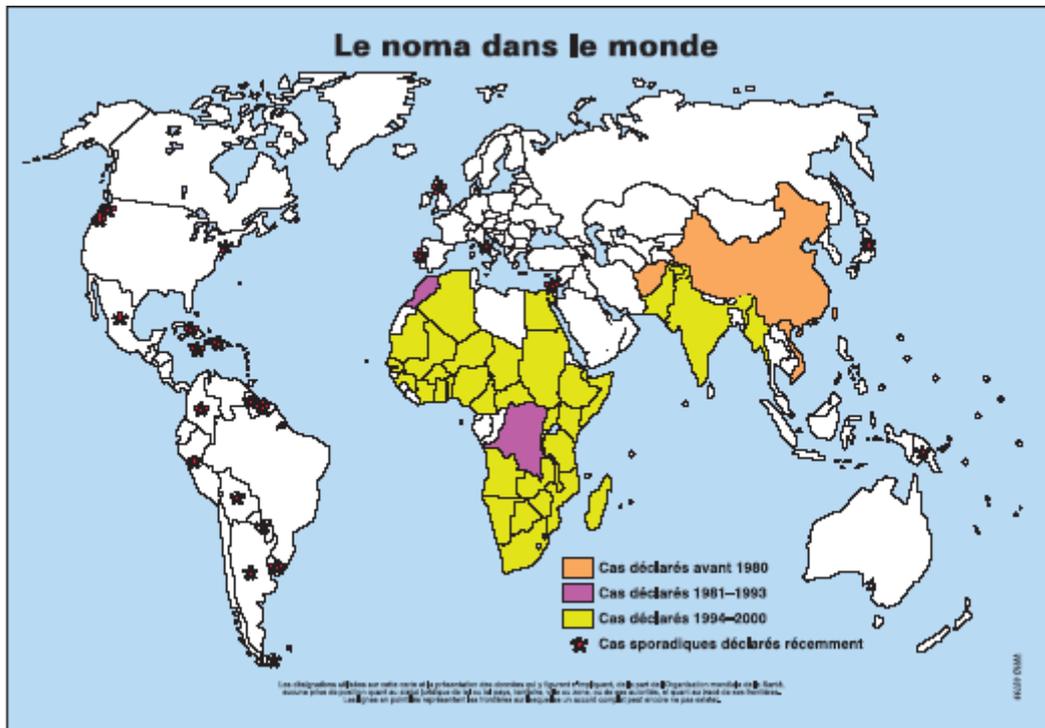


Figure 11 : cas de NOMA signalés dans le monde, selon l’OMS, 2000. (41)

On observe des cas de NOMA en Afrique, en Amérique latine et en Asie. Le NOMA est florissant dans les pays où la pauvreté est profonde, l’alimentation mauvaise et l’hygiène bucco-dentaire négligée.

2.2.3.5/ Le VIH/Sida avec ses manifestations bucco-dentaires (41)

Les personnes vivant avec le VIH/Sida souffrent souvent de maladies bucco-dentaires spécifiques : candidoses, leucoplasie orale chevelue, ulcères, gingivorragies, parodontite nécrotique et sarcome de kaposi. La prévalence du VIH/Sida est forte en Afrique et en Asie.

2.2.3.6/ Les traumatismes (41)

Il y a actuellement peu d’études sur les traumatismes mais la prévalence des traumatismes serait en augmentation. Une proportion non négligeable de traumatismes serait liée aux activités sportives, au manque de sécurité dans les écoles et terrains de jeux, aux accidents de circulation et aux actes de violence.

2.2.3.7/ Les anomalies cranio-faciales (41)

On observe 1 cas pour 500 à 700 naissances. Le taux est très variable selon les groupes ethniques et les zones géographiques. (55)

Ces anomalies cranio-faciales sont liées à l'environnement. Le risque le plus élevé est associé au tabagisme, à l'alcoolisme et à des facteurs nutritionnels chez la mère pendant la grossesse.

2.2.4/ Les stratégies d'aide au développement en santé bucco-dentaire

2.2.4.1/ Evolution des objectifs (41)

En 1979, l'OMS annonce l'objectif le plus important jamais formulé : « En 2000, la moyenne mondiale de l'indice CAOD ne devrait pas dépasser 3 à 12 ans. ». Cette déclaration est unanimement reconnue à l'assemblée Mondiale de la santé comme une priorité majeure pour l'OMS.

En 1983, La santé bucco-dentaire est inscrite dans la stratégie de la santé pour tous (résolution WHA36.14).

En 1989, La promotion de la santé bucco-dentaire est approuvée par l'organisation comme faisant partie intégrante de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (WHA42.39).

En 1994, la journée mondiale de la santé est consacrée à la santé bucco-dentaire pour la première fois.

2.2.4.2/ La stratégie actuelle de l'OMS (41)

2.2.4.2.1/ Le programme OMS de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles

En 2000, la 53eme assemblée mondiale de la santé adopte la stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (dont les maladies bucco-dentaires), ayant des facteurs de risque communs évitables liés aux modes de vie (résolution WHA53.17).

Le groupe OMS des Maladies Non Transmissibles et de la Santé Mentale a pour mission d'assurer un leadership mondial dans la promotion de la santé et d'aider les états membres à réduire les taux de mortalité prématurée, de morbidité et d'invalidité, causés par ces maladies.

Promouvoir la santé, c'est agir sur les déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques pouvant lui nuire. Une politique de promotion de la santé allie des méthodes variées mais complémentaires s'appuyant sur la législation, les mesures financières ou fiscales, le changement organisationnel... C'est un effort concerté en faveur de la création d'environnements propices et du renforcement de l'action communautaire.

2.2.4.2.2/ Les facteurs de risque communs aux maladies non transmissibles, dont les maladies bucco-dentaires

Les maladies non transmissibles, dont les maladies bucco-dentaires, présentent des facteurs de risque liés aux modes de vie et à l'environnement, qui sont pour la plupart évitables :

- La consommation de tabac, quelque soit la manière de le consommer : c'est un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires, le cancer de la cavité buccale, les maladies parodontales...
- La consommation excessive d'alcool : elle est également corrélée aux cancers buccaux.
- L'alimentation : On tend vers une alimentation trop riche en graisses et en sels, ainsi qu'une consommation excessive de sucres dans certains pays. Le sucre est un facteur de risque de la carie dentaire.
- Le manque d'hygiène et l'absence d'assainissement de l'eau : ils peuvent être responsables de maladies parodontales par exemple.
- L'exposition insuffisante au fluor : Une exposition suffisante au fluor permet de se protéger efficacement de la carie dentaire. Il existe de nombreux vecteurs comme le sel, l'eau, le dentifrice... Certaines populations ne bénéficient pas de cet apport de fluor et présentent des risques accrus de carie dentaire.

2.2.4.2.3/ Le programme OMS de Santé Bucco-dentaire

Le département de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé a renforcé le Programme OMS de Santé Bucco-dentaire.

Ce programme de santé bucco-dentaire est réorienté en fonction de cette stratégie nouvelle de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé, fondée sur les facteurs de risques communs évitables. Il accorde une importance particulière à l'élaboration de politiques mondiales pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires.

Ce programme de santé bucco-dentaire est désormais intégré aux autres programmes de Prévention et de Contrôle des Maladies non transmissibles.

La mise en œuvre de ce programme de prévention des maladies bucco-dentaires à l'échelon mondial nécessite des partenariats renforcés avec les ONG nationales, internationales et les centres collaborateurs de l'OMS pour la santé bucco-dentaire dont le centre collaborateur de Nimègue.

2.2.4.2.4/ Les principaux rôles de l'OMS

L'OMS a pour rôle de cartographier les tendances des pathologies bucco-dentaires et analyser ses déterminants, plus particulièrement en ce qui concerne les populations pauvres et défavorisées.

Il apporte un soutien technique et politique aux pays qui veulent intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire à la promotion de la santé.

2.2.4.2.5/ La philosophie du programme de santé bucco-dentaire: « penser globalement - agir localement »

Ce programme est axé sur :

- L'identification des déterminants de la santé bucco-dentaire et l'amélioration de la promotion de la santé ;
- La mise en œuvre de projets de démonstration dans la communauté pour promouvoir la santé bucco-dentaire ;
- Le renforcement des capacités de planification et d'évaluation des programmes nationaux de promotion de la santé bucco-dentaire et des interventions mises en place ;
- La mise au point de méthodes et outils pour analyser le déroulement et les résultats des interventions dans le cadre des programmes nationaux de santé ;
- La création de réseaux et alliances visant à renforcer les mesures nationales et internationales de promotion de la santé bucco-dentaire. L'accent est mis sur la création de réseaux pour l'échange de données d'expérience, notamment avec les centres collaborateurs OMS.

2.2.5/ Les domaines d'actions prioritaires pour la santé bucco-dentaire à l'échelon mondial (41)

2.2.5.1/ Les fluorures (56)

2.2.5.1.1/ L'efficacité des fluorures dans la prévention de la carie dentaire

Les recherches ont montré que la mesure la plus efficace pour prévenir la carie dentaire est de maintenir en permanence un faible niveau de fluorures dans la cavité buccale. (56)

Mais un apport excessif de fluorures peut entraîner un effet indésirable : la fluorose. L'expérience a montré qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir une prévention efficace de la carie à base de fluorures sans un certain degré de fluorose dentaire, quelque soit la méthode choisie pour maintenir ce faible niveau de fluorures dans la cavité buccale.

Pour agir en santé publique, il faut mettre en œuvre le moyen le plus approprié pour maintenir un niveau faible mais constant de fluorures dans la cavité buccale chez un maximum de personnes, tout en minimisant les risques de fluorose.

2.2.5.1.2/ Les différents moyens d'administration des fluorures

Plusieurs moyens d'administration de fluorures existent :

- l'ajout de fluorures dans l'eau de boisson, le sel ou le lait ;
- les bains de bouche et les dentifrices fluorés ;
- L'application topique de fluorures par un professionnel.

2.2.5.1.3/ Intérêt du dentifrice fluoré à un coût abordable

Des études menées localement ont montré que les dentifrices fluorés, d'un coût abordable, sont efficaces dans la prévention de la carie et devraient être mis à disposition des autorités sanitaires dans les PED. (1)

2.2.5.1.4/ L'utilisation des fluorures dans le monde

Les fluorures sont largement utilisés à l'échelle mondiale :

- Plus de 500 Millions de personnes utilisent le dentifrice fluoré ;
- 210 millions de personnes ont accès à une eau fluorée ;
- 40 millions ont accès au sel fluoré ;
- 60 millions utilisent une autre forme d'administration de fluorures (application topique, bain de bouche, comprimés...).

Mais la population de nombreux PED n'a pas accès aux fluorures pour la prévention de la carie.

2.2.5.1.5/ Les recommandations de l'OMS (56)

Dans le numéro 846 de la série de Rapports techniques de l'OMS intitulé « Fluorures et santé bucco-dentaire », la recommandation est la suivante : « Etant donné que les dentifrices fluorés constituent un moyen efficace de lutte contre la carie, tous les efforts devraient être faits pour mettre au point des produits d'un coût abordable pour les PED. L'utilisation de dentifrices fluorés constituant une mesure de santé publique, il serait dans l'intérêt du pays d'exempter ces produits des droits et taxes appliqués aux cosmétiques ». (56)

Une des politiques de l'OMS est de soutenir l'usage généralisé des dentifrices fluorés à un coût abordable dans les PED.

Le programme mondial OMS de santé bucco-dentaire met en œuvre des projets de démonstration en Afrique, en Asie et en Europe, afin d'évaluer les effets de ces dentifrices de même que ceux de la fluoration du lait et du sel.

2.2.5.2/ La nutrition et l'alimentation (41)

2.2.5.2.1/ Malnutrition et maladies chroniques

Aujourd'hui, il existe deux types de malnutrition :

- La malnutrition liée à la faim ou aux carences nutritionnelles ;
- La malnutrition liée à la suralimentation.

L'urbanisation, le développement économique et la mondialisation sont responsables de changements concernant l'alimentation.

La malnutrition peut entraîner des maladies chroniques :

- Une suralimentation peut être responsable d'un diabète ou de maladies cardiovasculaires ;
- Un défaut nutritionnel peut influencer le développement cranio-facial, le développement de cancer de la cavité buccale et de maladies infectieuses de la bouche.
- Une mauvaise alimentation risque d'entraîner des caries dentaires si elle est trop riche en sucres, des anomalies de développement de l'email, des érosions dentaires si elle est trop acide, et des maladies parodontales.

2.2.5.2.2/ Les défis à relever

Faire la promotion de l'allaitement maternel qui présente de nombreux avantages pour la santé. L'allaitement, plutôt que le biberon que l'on laisse continuellement dans la bouche de l'enfant va diminuer le risque de survenue de caries de la petite enfance.

Promouvoir une diminution de l'alimentation sucrée et acide, facteur étiologique de la carie dentaire et des érosions dentaires.

Promouvoir une alimentation saine et rationnelle, en particulier dans les zones défavorisées ou isolées, en encourageant le recours aux produits naturels de bonne valeur nutritionnelle à la place des produits raffinés et industrialisés.

Souligner les bienfaits des fruits et légumes frais, ainsi que des suppléments vitaminiques A C E, en particulier dans la prévention contre le cancer de la cavité buccale.

Souligner qu'une consommation excessive d'alcool est un facteur de risque dans l'étiologie des lésions précancéreuses et des cancers de la cavité buccale.

2.2.5.2.3/ Les recommandations de l'OMS

L'OMS a publié « la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé », qui vise à diminuer le poids croissant des maladies non transmissibles par les recommandations suivantes : (57)

- La part du sucre libre (ajouté) devrait rester inférieure à 10% de l'apport énergétique.
- Le nombre de prises alimentaires et de boissons contenant du sucre ajouté devrait être limité à 4 prises par jour maximum.
- Dans le cas des pays où la consommation de sucre est élevée, les autorités sanitaires nationales et les responsables devraient fixer des objectifs spécifiques au pays et à la communauté concernant la diminution de la consommation de sucres libres.
- Il faudrait limiter la consommation de boissons acides pour limiter l'érosion dentaire.
- Éliminer la sous-nutrition permettrait d'éviter l'hypoplasie de l'émail et d'autres effets potentiels sur la santé bucco-dentaire (atrophie des glandes salivaires, maladies parodontales, maladies infectieuses de la cavité buccale).

Le programme OMS de santé bucco-dentaire contribue à la mise en œuvre de cette stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, en influençant les domaines suivants : les services de santé bucco-dentaire, les écoles (le programme des études, les cantines scolaires), l'industrie alimentaire, la restauration, les ONG, la législation, les médias, la recherche...

Les stratégies devraient porter à la fois sur les taxes, les prix, l'étiquetage des aliments, les cantines scolaires et l'appui aux programmes de nutrition.

2.2.5.3/ Tabac et santé bucco-dentaire (73) (58) (38)

2.2.5.3.1/ Définition du tabagisme (73)

Le tabagisme est un terme qui caractérise la consommation de tabac en général. Il peut être actif par opposition au tabagisme passif qui est l'inhalation de la fumée du tabac, contenue dans l'air environnant.

Le tabac peut être consommé de différentes manières :

- Fumé (cigarette, pipe, cigare, cigarillos, bidî, betel, guhtka, narguilé...)
- Prisé (par inhalation)
- Chiqué (par macération dans la bouche) : par « mâchage » ou en plaçant une boulette entre la lèvre et la gencive.

2.2.5.3.2/ Prévalence du tabagisme (38) (58)

Dans certains pays à haut revenu, la prévalence du tabagisme a nettement diminué, mais elle continue à augmenter dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, notamment parmi les jeunes et les femmes.

Le tabagisme est généralement plus fréquent chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction ou parmi les populations pauvres et marginalisées.

2.2.5.3.3/ Conséquences du tabagisme sur la santé bucco-dentaire

Le tabagisme est un facteur de risque pour les cancers de la cavité buccale, les récurrences de cancer, les maladies parodontales chez l'adulte et les anomalies congénitales (fentes labiales et palatines) du nouveau né si la mère consomme du tabac pendant la grossesse.

Le tabagisme supprime la réponse immunitaire aux infections bucco-dentaires.

Il compromet la guérison après une intervention chirurgicale bucco-dentaire ou une blessure accidentelle.

Il favorise la dégénérescence du parodonte chez le diabétique.

Il peut entraîner une mauvaise haleine.

On observe que le risque lié à la consommation de tabac augmente beaucoup quand le tabagisme est associé à l'alcool ou à la noix d'arec (fruit du palmier à bétel, consommée dans de nombreux pays d'Asie sous forme d'une préparation à mâcher appelée bétel).

2.2.5.3.4/ Le programme OMS de santé bucco-dentaire (41)

Ce programme, qui vise à lutter contre les maladies bucco-dentaires liées au tabac, est rattaché à l'initiative OMS pour un monde sans tabac.

Il encourage l'application des politiques OMS de contrôle et de sevrage du tabagisme par les organisations internationales et nationales intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

Plusieurs projets ont déjà été mis en place par les partenaires de l'OMS : les centres collaborateurs de l'OMS pour la santé bucco-dentaire et les ONG en relation avec l'OMS (ADR, FDI).

Selon ce programme, les professionnels de santé bucco-dentaire ont un rôle particulièrement important à jouer dans la lutte contre le tabagisme car :

- Ils sont concernés par les effets néfastes du tabagisme sur la sphère oropharyngée ;
- Ils passent souvent plus de temps avec leurs patients que d'autres cliniciens ;
- Ils rencontrent régulièrement des enfants et des jeunes et peuvent donc faire de la prévention. Il en va de même pour les femmes en âge de procréer ;
- Ils ont la possibilité de motiver leurs patients en leur montrant les dégâts causés par le tabac dans leur cavité buccale ;
- Ils sont aussi compétents que d'autres personnels de santé pour aider les consommateurs de tabac à abandonner leur habitude ;
- Plus les disciplines intervenant contre le tabagisme seront nombreuses, plus cette lutte aura d'impact.

2.2.5.4/ Promotion de la santé à l'école (41)

2.2.5.4.1/ L'initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école

Cette initiative, lancée en 1995 par l'OMS, vise à mobiliser et renforcer les activités d'éducation et de promotion de la santé des élèves, du personnel scolaire, des familles et des autres membres de la collectivité à travers l'établissement scolaire.

Cet enseignement vise à renforcer la capacité à instaurer un cadre de vie, d'apprentissage et de travail sain.

2.2.5.4.2/ Le programme OMS de santé bucco-dentaire

2.2.5.4.2.1/ Les arguments en faveur d'une promotion de la santé bucco-dentaire à l'école

Pendant leurs années de formation, les élèves sont accessibles. C'est un stade important de la vie où ils adoptent des comportements vis à vis de la santé qu'ils garderont toute leur vie ;

Les écoles peuvent offrir un environnement propice à la promotion de la santé bucco-dentaire ; par l'accès à l'eau potable, par exemple, qui favorise l'hygiène bucco-dentaire, ou par un environnement matériel de sécurité qui diminue le risque d'accidents et de traumatismes dentaires ;

2.2.5.4.2.2/ Promotion de la santé bucco-dentaire chez les jeunes

Les adolescents âgés de 10 à 19 ans, représentent un cinquième de la population mondiale. Les décisions qu'ils vont prendre pour leur santé sont très influencées par les facteurs extérieurs : les valeurs et les comportements de leurs pairs, de leur famille ainsi que leur environnement (medias, industrie, institutions communautaires...).

Ainsi, pour contrôler les risques vis-à-vis de la santé bucco-dentaire chez les jeunes (notamment la consommation de boissons sucrées, d'alcool, de tabac...), on doit tenir compte de ces facteurs et créer des alliances entre l'environnement familial, le milieu scolaire, les professionnels et les organisations communautaires.

2.2.5.5 / Promotion de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées

2.2.5.5.1/ Le vieillissement de la population (63)

La prévalence des personnes âgées augmente partout dans le monde du fait de l'allongement de l'espérance de la vie.

Le vieillissement entraîne une susceptibilité accrue aux infections et aux maladies chroniques.

2.2.5.5.2/ La santé bucco-dentaire des personnes âgées (63)

2.2.5.5.2.1/ Les problèmes de santé bucco-dentaires chez les personnes âgées

Les problèmes de santé bucco-dentaires sont nombreux chez les personnes âgées :

- Caries dentaires ;
- Maladies parodontales (poches parodontales, pertes d'attache, hypertrophies des gencives) ;
- Mobilités dentaires, pertes de dents et diminution des capacités fonctionnelles masticatoires ;
- Douleurs et gênes cranio-faciales ;
- Diminution du flux salivaire et xérostomie ;
- Altération du goût et de l'odorat ;
- Cancers de la cavité buccale.

Ces risques accrus de maladies bucco-dentaires sont liés aux éléments suivants :

- La mauvaise hygiène du fait du manque de dextérité ou de motivation ;
- Des mauvais apports nutritionnels liés à une altération des capacités fonctionnelles d'alimentation ;
- Les conséquences bucco-dentaires des maladies systémiques qui touchent les personnes âgées, ainsi que les effets indésirables des traitements associant souvent plusieurs médicaments.

Malgré la fréquence des maladies bucco-dentaires, les personnes âgées ont peu recours aux soins de santé bucco-dentaire du fait :

- Des difficultés financières après leur retraite ;
- D'une perte de mobilité (surtout en milieu rural où les transports en communs sont insuffisants ou dans les PED où les services de santé sont limités) ;
- De l'isolement des personnes âgées et de la crainte du personnel médical.

2.2.5.5.2.2/ Le programme OMS de santé bucco-dentaire

Sur la base de l'expérience acquise dans les programmes de démonstration dans plusieurs pays et avec la collaboration des centres collaborateurs OMS et des ONG, ce programme vise à élaborer des stratégies pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

2.2.5.6/ La réorientation des systèmes de santé bucco-dentaire (41)

2.2.5.6.1/ Les systèmes de santé dans les PED

Plus de 20 ans après son adoption, la stratégie de la santé pour tous, basée sur les soins de santé primaires, n'a pas été pleinement mise en œuvre car les capacités et ressources (humaines, matérielles, financières) de nombreux pays sont insuffisantes.

Dans les PED, les services de santé sont principalement offerts par les hôpitaux centraux et régionaux des centres urbains. Peu d'importance est accordée aux soins préventifs et le personnel de santé bucco-dentaire manque.

En Afrique, le nombre moyen de dentistes est de 1 pour 150000 habitants contre 1 pour 2000 dans la plupart des pays industrialisés.

La capacité de ces systèmes de santé se limite bien souvent au soulagement de la douleur et aux soins d'urgence.

2.2.5.6.2/ Le programme OMS de santé bucco-dentaire

Ce programme vise à réorganiser le système de santé bucco-dentaire en fonction des besoins et des capacités de chaque pays.

En collaboration avec les bureaux OMS régionaux ou nationaux, il vise à réorienter les services de santé en faveur de la prévention et de la promotion de la santé et encourage l'introduction et la formation de tout type de personnels auxiliaires correspondant aux besoins et à l'infrastructure de santé bucco-dentaire du pays.

2.2.5.7/ Le VIH/Sida et la santé bucco-dentaire (41)

En 2001, environ 40 millions de personnes étaient infectées par le VIH dans le monde. Cette épidémie est particulièrement grave en Afrique subsaharienne et en Asie.

Le principal défi de l'action contre le VIH/SIDA de la part des programmes nationaux, des organisations internationales, de la société civile, des communautés et des particuliers, est de faire en sorte que les stratégies de prévention et de soins ayant fait leurs preuves soient largement mises en œuvre.

Selon plusieurs études, 40 à 50% des personnes séropositives présentent des infections de la cavité buccale qui surviennent à un stade précoce de la maladie. Les lésions buccales directement associées à la maladie sont la candidose buccale pseudo-membraneuse, la leucoplasie orale chevelue, la gingivite et la parodontite liées au VIH, le sarcome de Kaposi, les lymphomes non hodgkiniens et la sécheresse buccale.

Le programme OMS de santé bucco-dentaire peut apporter une contribution importante au diagnostic précoce, à la prévention et au traitement de la maladie :

L'OMS a rédigé un guide pour la mise en œuvre systématique d'étude épidémiologique portant sur les affections de la cavité buccale associées au VIH. Il contient des directives pour la collecte, l'analyse, le rapport et la diffusion des données, permettant de faciliter les comparaisons de résultats de différentes études.

Il vise à encourager le personnel de santé bucco-dentaire et de santé publique à faire de l'état de santé bucco-dentaire, un élément de prise en charge optimal chez les patients atteints du Sida.

Il apporte un soutien technique et gestionnaire à différentes activités comme l'identification des manifestations buccales les plus révélatrices du VIH, la formation des agents auxiliaires de santé bucco-dentaire au dépistage des lésions buccales et extra buccales, la mise en commun des expériences des pays en matière de prévention...

2.2.5.8/ Les systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire

Le programme OMS de santé bucco-dentaire préconise un modèle complet d'évaluation systématique des systèmes de santé bucco-dentaire, permettant de mesurer les ressources, le processus, les services produits et les résultats obtenus, afin de se constituer une base de données.

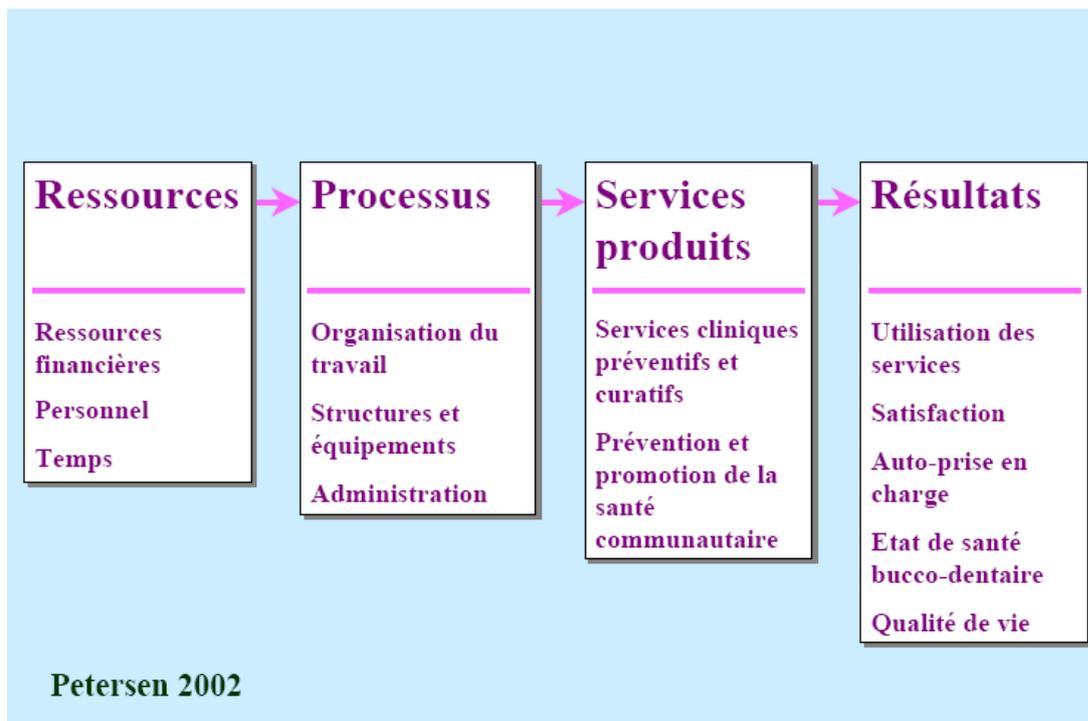


Figure 12: Modèle d'évaluation des systèmes de santé bucco-dentaire, selon Petersen, 2002. (41)

Le programme propose la méthode « STEPS » comme principal outil de surveillance. C'est une approche simple offrant aux pays des méthodes normalisées communes de surveillance, mais qui laisse suffisamment de souplesse pour élargir leurs outils en y ajoutant les informations intéressantes pour leur situation propre. (59)

Le programme OMS de santé bucco-dentaire a préparé de nouveaux objectifs pour 2020, permettant d'encourager les responsables de l'élaboration des politiques de santé, au niveau national et local, à fixer des normes de santé bucco-dentaire à atteindre en ce qui concerne les maladies bucco-dentaires, les services de santé et les systèmes d'information sanitaire.

2.2.5.9/ Promotion de la recherche en santé bucco-dentaire (41)

2.2.5.9.1/ Intérêt de la recherche

La recherche peut conduire à des interventions novatrices ayant un impact direct sur le diagnostic, la prévention, le traitement et les aspects éthiques et sociaux de la maladie. Mais les progrès de la recherche et de la connaissance n'ont pas encore bénéficié pleinement aux PED : on estime que 10% seulement des fonds alloués à la recherche en santé au niveau mondial sont consacrés à des problèmes qui touchent 90% de la population mondiale. (30)

Renforcer les capacités de la recherche au sujet des problèmes concernant les PED, est l'une des stratégies les plus efficaces, les plus rentables et les plus durables pour promouvoir la santé dans ces pays.

2.2.5.9.2/ Le programme OMS de santé Bucco-dentaire

Il contribue à redresser le déséquilibre dans la répartition des connaissances en matière de santé bucco-dentaire pour que les résultats de la recherche profitent à tous, y compris les pauvres et cela, de manière durable et équitable.

Ce programme a pour objectif de promouvoir la recherche en santé bucco-dentaire dans les pays développés et dans les PED, pour réduire les facteurs de risques et la charge de morbidité bucco-dentaire, ainsi qu'améliorer les systèmes de santé bucco-dentaire et l'efficacité des programmes communautaires.

La recherche doit se tourner vers les aspects suivants : les inégalités en matière de santé ou de maladies bucco-dentaires, les répercussions psychosociales de ces maladies, l'alimentation, les programmes de sevrage du tabagisme, le VIH/SIDA, la relation entre santé bucco-dentaire, état de santé général et qualité de vie...

Ainsi ce programme fixe de nouvelles priorités à la recherche en santé bucco-dentaire, soutient les initiatives susceptibles de renforcer les moyens de la recherche dans les PED, soutient la recherche dans les universités, travaille en partenariat avec les centres collaborateurs OMS...

2.2.6/ LE PMA (39) (31)

2.2.6.1/ Définition du PMA

L'évaluation des besoins fondamentaux en santé bucco-dentaire et les recherches scientifiques sur les traitements et les activités préventives ont abouti à la formulation du PMA (Paquet Minimum d'Activité) par les responsables du centre collaborateur OMS de Nimègue.

Ce « Paquet Minimum d'Activité » représente l'ensemble des priorités et stratégies nécessaires à la réalisation d'un droit fondamental que sont les soins de santé primaires pour tous.

2.2.6.2/ Intérêt du PMA

Le document de présentation sur le PMA en santé bucco-dentaire, intitulé « Basic Package of Oral Care », constitue un document d'orientation politique. C'est un appel à l'action destiné aux décideurs politiques (ministres de la santé) et aux partenaires (ONG...) pour le développement des soins bucco-dentaires pour tous.

Ce guide est intéressant car beaucoup d'actions effectuées par des ONG ont très peu d'impact du fait d'une approche inappropriée, de la difficulté d'intégrer leurs projets au système de santé du pays en question et du manque de viabilité de ces projets.

L'application du PMA est une opportunité. Son but n'est pas de soigner un maximum de patients sur le court terme, le temps pendant lequel les bénévoles se trouvent sur place ; mais de former des acteurs locaux qui peuvent ainsi continuer l'action après le départ des volontaires.

Le PMA est l'application réaliste d'un concept permettant de répondre aux besoins d'une population qui manque de ressources (électricité, eau, dentistes diplômés...).

2.2.6.3/ Rappel sur les soins de santé primaires (9)

2.2.6.3.1/ Naissance des soins de santé primaires

Il y a 25ans, la conférence d'Alma-Ata, organisée par l'OMS et l'UNICEF, mentionne le principe des soins de santé primaires. Ce sont des soins simples mais efficaces, répondant aux besoins basiques et aux besoins les plus urgents de la population globale, plus particulièrement tournés vers les populations pauvres et démunies, d'un coût limité, pouvant être dispensés par des auxiliaires formés dans des centres de santé. Les soins de santé primaires sont la base de la santé publique dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

2.2.6.3.2/ Les soins de santé primaire en santé bucco-dentaire

Les auxiliaires de santé sont formés pour des soins bucco-dentaires simples et essentiels : soins préventifs et soins curatifs dont les soins d'urgence simples comme par exemple, l'extraction d'un dent mobile...

Cette activité contraste avec l'approche des traitements curatifs dans les pays développés, qui nécessite des technologies coûteuses et l'expérience professionnelle de dentistes diplômés.

2.2.6.3.3/ Caractéristiques principales des soins de santé primaires

Accessibilité : il ne doit pas exister de barrière géographique ou financière ;

Participation communautaire : les communautés doivent participer à la planification et à la prise de décision concernant leurs soins de santé primaires;

Technologie appropriée : les technologies utilisées doivent correspondre aux besoins de santé, et sont adaptées plus particulièrement aux communautés en voie de développement ;

Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire : « mieux vaut prévenir que guérir » ;

Collaboration intersectorielle : les soins de santé primaires font intervenir plusieurs professionnels de différents secteurs dont celui de la santé.

2.2.6.3.4/ La notion de « niveaux de référence » du système de santé

Les soins de santé bucco-dentaires doivent être intégrés dans le système de soins général qui est le plus souvent organisé sur trois « niveaux ».

2.2.6.3.4.1/ Premier niveau de référence

A ce niveau, se trouvent les Auxiliaires de santé. Ils suivent une formation dans le domaine de la santé bucco-dentaire d'une durée de 1 à 10 mois.

Ils sont formés à la prévention et aux soins simples essentiels, c'est-à-dire aux soins de santé primaires.

En milieu rural, ces soins sont réalisés dans les dispensaires, les aires de santé et les écoles.

2.2.6.3.4.2/ Deuxième niveau de référence

Ce sont les infirmiers dentaires : ils suivent une formation de trois ans et sont compétents en matière de prévention, de soins restaurateurs et de soins de chirurgie essentiels.

Ils exercent dans les hôpitaux ou les centres médicaux des districts sanitaires.

La plupart des écoles dentaires dans les PED sont à même de former ce type de personnel.

Les tâches des auxiliaires et infirmiers, le contenu et la durée de leur formation sont variables selon les pays car ils dépendent des ressources disponibles, des besoins de la population, de la demande du pays et de sa législation.

Les études montrent que quand les personnels auxiliaires sont correctement formés, ils peuvent produire des soins dentaires de grande qualité. (11)

2.2.6.3.4.3/ Troisième niveau de référence

Ce sont les chirurgiens dentistes et les spécialistes qui exercent en milieu hospitalier et fournissent un haut niveau de soins.

Leur rôle est aussi d'organiser, former et superviser les autres niveaux de référence.

2.2.6.4/ Les trois composantes du PMA (39) (31) (9)

Les trois éléments suivants composent le PMA :

Le traitement de l'urgence (« Oral Urgent Treatment » ou « OUT ») ;

L'accessibilité financière au dentifrice fluoré (« Affordable Fluoride Toothpaste » ou « AFT ») ;

Le traitement restaurateur atraumatique (« Atraumatic Restorative Treatment » ou « ART »).

2.2.6.4.1/ 1^{ère} composante du PMA : OUT, le traitement de l'urgence

La première priorité est le traitement de l'urgence, facilement accessible pour tous. Cette composante devrait être accessible au niveau de base.

La priorité est donnée aux soins d'urgence de base, à savoir le soulagement de la douleur, la prise en charge des infections et des traumatismes bucco-dentaires, et la référence des cas graves.

Ces soins simples doivent être intégrés aux soins de santé primaires, et sont réalisés par du personnel auxiliaire médical et dentaire formé en conséquence.

Les professionnels de santé bucco-dentaire ont un rôle important à jouer : il doivent assurer la formation initiale, ainsi que la formation continue des auxiliaires de santé bucco-dentaire et ils doivent superviser et diriger les services de santé bucco-dentaires où sont dispensés les soins primaires. Ce rôle concerne particulièrement les dentistes ayant reçu une formation en santé publique.

2.2.6.4.2/ 2^{ème} composante du PMA : AFT, l'accessibilité au dentifrice fluoré

L'exposition à une dose adaptée de fluor est considérée par l'OMS comme la mesure préventive la plus efficace contre la carie dentaire. Mais dans la plupart des pays à faible revenu, les recommandations sur la fluoration du sel et de l'eau sont difficilement réalisables en raison du manque d'infrastructures, de technologies et de ressources ; d'où l'importance du dentifrice fluoré, moyen simple de distribution topique de fluor.

Les études montrent que l'effet cario-réducteur du fluor est presque exclusivement dû à son effet topique ; d'où l'efficacité du dentifrice fluoré.

Le dentifrice fluoré est donc un outil efficace de prévention s'il est abordable financièrement, disponible et de bonne qualité.

Pour être largement et régulièrement utilisé par la population, il faut organiser des campagnes de promotion et réduire le coût du dentifrice fluoré.

Tous les acteurs (le gouvernement, les fabricants de dentifrice, la profession dentaire, l'ensemble de la population) doivent combiner leurs efforts pour réduire le prix et stimuler l'utilisation d'un dentifrice fluoré à l'efficacité démontrée.

2.2.6.4.3/ 3^{ème} composante du PMA : ART, le traitement restaurateur atraumatique (32)

L'ART est une technique pour soigner les caries dentinaires, qui ne nécessite ni moteur, ni eau, ni électricité et qui n'est donc pas limitée dans son application par les murs d'un cabinet dentaire.

Cette technique consiste en un nettoyage manuel de la lésion carieuse avec des instruments manuels (ciseaux à émail et excavateurs), et un comblement de la cavité par un matériau adhésif relarguant du fluor (Un ciment verre ionomère).

Cette technique a prouvé son efficacité sur des lésions carieuses débutantes, de surface, et pour le scellement de sillons pour prévenir une déminéralisation supplémentaire.

Cette approche présente de nombreux avantages :

Elle est peu invasive ;

Elle est peu douloureuse (ne nécessite pas d'anesthésie) ;

Elle utilise peu d'instruments, d'où un meilleur contrôle de l'infection ;

Elle est préventive.

Par contre, dans le cas de caries profondes et douloureuses, elle ne peut être appliquée et l'extraction reste la seule possibilité.

2.2.6.5/ Eléments nécessaires à la réalisation du PMA

Plusieurs facteurs locaux, variables selon les pays, sont nécessaires :

La disponibilité de ressources humaines et financières ;

L'existence d'infrastructures ;

Une demande de soins de la part de la population

La motivation et l'engagement des décideurs.

2.2.6.6/ Les « projets de démonstration du PMA »

Plusieurs projets de démonstration du PMA ont été initiés, soutenus par l'OMS et la FDI, aux Philippines et au Timor Oriental ; et d'autres projets ont été démarrés par le centre collaborateur de Nimègue avec la collaboration d'ONG, des institutions et des gouvernements locaux, en Amérique Latine et en Afrique.

Ces projets de démonstration :

- Supposent une collaboration entre les partenaires et les gouvernements locaux, l'industrie, les organisations telles que les ONG avec leur apport d'experts en santé bucco-dentaire ;
- Nécessitent une préparation, une planification, une mise en œuvre et une évaluation du processus et des résultats ;

- Doivent tenir compte de l'acceptation de la démarche par les cadres du secteur dentaire et les industries dominant le marché du dentifrice ; du financement de ces projets ; de la législation.

2.2.7/ Méthodologie : organiser une mission de solidarité internationale en santé BD

Mettre en œuvre une action d'aide au développement en santé bucco-dentaire chez une population défavorisée, si l'on veut qu'elle soit pertinente, ne s'improvise pas. Il faut s'aider d'une « méthodologie de projet », c'est-à-dire une démarche de construction et de réalisation de l'action. Ce programme repose sur plusieurs étapes chronologiques.

2.2.7.1/ Les étapes chronologiques de la mise en place d'un programme (28) (25) (29) (3)

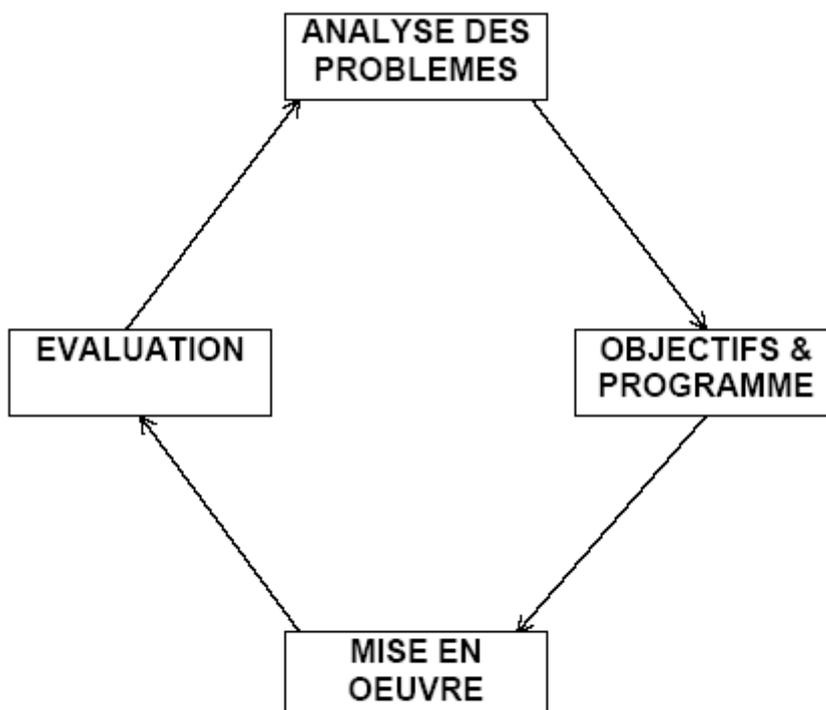


Figure 13: cycle de gestion de projet, d'après Denis Fontaine, 2006. (28)

2.2.7.1.1/ Première étape : Le Diagnostic (25)

Avant d'entreprendre des actions chez une population, il faut procéder à une appréciation de cette communauté, c'est-à-dire identifier les problèmes de santé bucco-dentaire les plus préoccupants, les facteurs qui influencent la santé, les ressources de cette population, ses traditions, son histoire...

Ces problèmes que l'on doit identifier peuvent être une maladie, un accident, un facteur de risque, un service inadapté, un handicap, une réaction inadaptée de la société...

On réalise donc une « étude de milieu » ou un « diagnostic communautaire ».

2.2.7.1.1.1/ Définition du Diagnostic communautaire

C'est une analyse de situation d'une communauté selon tous ses aspects sociaux, culturels, sanitaires, démographiques, économiques..., pour identifier précisément ses problèmes de santé bucco-dentaire, ses besoins, ses demandes et ses ressources...

C'est un processus communautaire donc plurisectoriel et pluridisciplinaire. Ce diagnostic est réalisé par des professionnels de santé bucco-dentaire en collaboration avec les membres de la communauté (élus locaux, dirigeants politiques, professionnels de santé du pays...) et d'autres partenaires travaillant dans différents domaines (éducation, agriculture, hydraulique...).

2.2.7.1.1.2/ Pourquoi un diagnostic communautaire

Cette étude de milieu va permettre de répondre aux questions suivantes : Pourquoi cette action ; pour qui ; dans quel contexte ; à partir de quels besoins et de quelles demandes ; avec quelles ressources et avec quels partenaires ?

Il faut analyser la situation sous toutes ses facettes pour savoir ce qu'il y a à changer et avec quels moyens on peut raisonnablement y arriver.

Le diagnostic communautaire aboutit à la rédaction d'une synthèse finale restituant toutes les informations recueillies et servant d'outil de travail pendant toute la durée du programme. Ces informations restent des référents tout au long de l'action.

Le document de synthèse est soumis aux partenaires pour s'assurer qu'il y ait bien un consensus sur le fond et la forme. Il est ensuite distribué aux décideurs, aux professionnels qui ont contribué à l'étude, aux bailleurs de fond, aux futurs partenaires et à la communauté.

2.2.7.1.1.3/ La triade besoin/offre/demande (28)



Figure 14: schéma d'une étude de milieu, d'après Denis Fontaine, 2006. (28)

On doit avant tout identifier clairement ces trois éléments :

Les Besoins de santé : Ils sont déterminés par les professionnels de santé. Le besoin de santé, c'est l'écart ou la différence entre un état optimal de santé défini de façon normative (par le professionnel) et l'état réel.

Le demande de santé : C'est le besoin exprimé par la population. Il peut être différent du besoin de santé déterminé par le professionnel car il dépend d'éléments propres à cette population (la perception de la maladie, la représentation du corps, la perception du système de soin...).

L'offre de santé : Ce sont les services de santé « modernes » et les services sociaux existants, ainsi que les services commerciaux vendant des produits de santé (comme le dentifrice par exemple).

Ces trois concepts ne se recouvrent pas. Certains besoins ne font pas l'objet d'une demande de la part de la population, d'autres ne sont pas couverts par l'action d'un service, certaines demandes ne semblent pas correspondre à un besoin même si les services y répondent.

La zone centrale du schéma ci-dessus correspond à la situation idéale : un besoin correspond à une demande et les service répondent à l'un et à l'autre.

2.2.7.1.1.4/ Le contexte des PED influence les stratégies en matière de santé bucco-dentaire :

Paramètres locaux des PeD Pays à faible développement humain dont l'Indice de Développement Humain (IDH) < 0.5	Conséquences pour des programmes de santé bucco-dentaire
Démographie Plus de 50 % de la population a moins de 18 ans	La priorité : -> aux enfants -> aux mères -> à la prévention
Situation sanitaire L'espérance de vie est inférieure à 50 ans. Les endémies et épidémies (paludisme, sida...) provoquent des taux de mortalité et de morbidité élevés.	La santé bucco-dentaire n'est pas une priorité : -> motivation nécessaire des pouvoirs publics -> rapport coût/bénéfice des programmes acceptable pour l'Etat et la population
Situation économique Le PIB < 2 000 \$ / hab / an Le budget des états et des familles pour la santé est très faible (ex : Haïti - 21 \$ / hab / an)	Seuls des soins à faible coût sont possibles à l'échelle d'une population
Habitudes culturelles Recours habituel aux médecines traditionnelles	Les services proposés sont culturellement et économiquement acceptables -> Les méthodes traditionnelles efficaces sont prises en compte (ex : usage du bâtonnet frotte-dents, pharmacopée traditionnelle)
Etat de santé bucco-dentaire (besoins de soins) L'indice CAO est faible. Il s'accroît dans les zones urbaines où la consommation de sucre augmente.	La prévention et en particulier l'accès au dentifrice fluoré sont prioritaires.
Demande de soins Faible et marquée par : - la douleur et l'urgence - l'absence de confiance dans des services non traditionnels - la faible capacité financière	Une évolution est conditionnée par : -> une offre de qualité (hygiène, efficacité etc) adaptée aux différents niveaux de la pyramide sanitaire -> un faible coût des soins -> un développement de la recherche sur des approches alternatives (ART, Fluoroplat® etc)

Figure 15: influence des paramètres locaux des PED sur les stratégies en matière de santé bucco-dentaire, d'après l'Aide Odontologique Internationale, 2003. (3)

2.2.7.1.1.5/ Le partenariat, la clé d'une étude de milieu (3)

Il est nécessaire d'obtenir une complémentarité entre professionnels de santé bucco-dentaire et les membres de la communauté (élus locaux, dirigeants politiques, professionnels de santé locaux...) pour avoir une meilleure adéquation entre la demande de la communauté et la réponse proposée, et ainsi, rendre l'action la plus pertinente possible.

2.2.7.1.1.6/ « Savoir se situer soi-même pour mieux se tourner vers les autres » (25)

Il est nécessaire de se poser certaines questions fondamentales pour se situer par rapport à l'action :

A propos de soi-même : Quelles sont mes motivations, répondent elles au projet, quel est mon rôle, suis-je prêt à accepter le décalage entre nos aspirations d'occidentaux et ce que veut la communauté, suis-je prêt à me remettre en cause ?

A propos de l'équipe : avons-nous les mêmes motivations, quel est le rôle de l'équipe ?

A propos de la structure dans laquelle on est : à quoi sert-elle, quels sont ses objectifs, comment évalue-t-elle ses actions ?

2.2.7.1.2/ Deuxième étape : Etablir des objectifs (29)

Le diagnostic a permis d'identifier les problèmes, mais l'on ne peut pas s'attaquer à tous les problèmes en même temps, il faut choisir des priorités.

2.2.7.1.2.1/ Hiérarchiser les problèmes

Une fois les problèmes identifiés, on doit choisir des priorités. On construit un « arbre à problèmes », auquel on ajoute les causes de ces problèmes puis les causes des causes (on hiérarchise les niveaux des causes).

On remarque qu'une cause est souvent commune à plusieurs problèmes (par exemple, un apport en sucre trop important est une cause de caries dentaires, ainsi qu'une cause de diabète).

2.2.7.1.2.2/ Définition des objectifs

L'étape suivante consiste à définir des objectifs, autrement dit les changements attendus au niveau des bénéficiaires après intervention.

On distingue deux types d'objectifs :

- L'objectif général : il montre l'intention qui sous-tend l'action (par exemple, stabiliser la fréquence de la maladie carieuse chez les enfants). C'est le grand résultat attendu du programme.
- Les objectifs « spécifiques » : ils sont plus précis, quantitatifs si possibles. Ils indiquent la stratégie qui sera utilisée pour améliorer la santé (par exemple, améliorer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire des enfants d'âge scolaire, organiser une offre de soins primaires dans les zones périphériques...).

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

2.2.7.1.3/ Troisième étape : La Programmation (29) (28)

2.2.7.1.3.1/ Définition de la Programmation

C'est le choix des activités et des ressources à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs choisis.

On répond aux questions suivantes : Qui va faire quoi, où, quand, comment et avec quels moyens ?

2.2.7.1.3.2/ Les ressources

Les ressources ou moyens sont le matériel, l'argent et les personnes qui vont être mobilisés pour le programme.

2.2.7.1.3.3/ Les notions importantes à prendre en compte

La Pertinence : elle indique si le projet répond à un problème réellement existant et important pour la population. C'est le lien entre le projet et son environnement dans son intégralité (économique, social, politique, technologique, culturel...).

L'Acceptabilité : elle indique si les acteurs locaux sont susceptibles d'adhérer au projet.

La Pérennité : elle indique la capacité du projet à durer dans le temps, en particulier après le retrait des appuis extérieurs, à savoir les ONG qui n'ont qu'un rôle de catalyseur, d'animateur de réseau et de recherche de fonds.

2.2.7.1.3.4/ La notion de Planification

Les trois étapes que l'on vient de mentionner composent la « planification ». Au sens large, la planification est l'ensemble des activités qui vont de l'étude du milieu à la définition des objectifs et à la précision des activités à mettre en place ainsi que des ressources à mobiliser. Au sens strict, c'est la « stratégie ».

Schaefer, en 1995, propose la définition générale suivante :

« C'est un processus méthodique consistant à :

- Définir un problème par analyse ;
- Repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème ;
- Fixer les buts réalistes et que l'on peut atteindre ;
- En déterminer l'ordre des priorités ;
- Recenser les ressources nécessaires pour les atteindre ;
- Projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'intervention possibles pour résoudre le problème. » (25)

2.2.7.1.4/ Quatrième étape : Piloter l'action (29)

Le programme à réaliser est clairement défini et les ressources privées et publiques ont été obtenues ; « l'action » peut commencer, même si, en fait, elle a déjà débuté lors de l'analyse de situation.

La réalisation du programme va faire l'objet d'un « suivi évaluation », pour suivre sa progression et la qualité des activités réalisées, pour identifier les écarts par rapport à ce qui était prévu et les raisons de ces écarts. Cela va permettre d'ajuster le programme à la situation et aux imprévus.

2.2.7.1.5/ Cinquième étape : l'Evaluation des effets (29)

En fin de programme ou de phase, l'action est bouclée et il est possible de l'analyser plus précisément en s'intéressant par exemple à la façon dont les bénéficiaires ou les acteurs l'ont perçue.

On se pose plusieurs questions au sujet de l'action mise en oeuvre:

Son efficacité : Les objectifs ont-ils été atteints ?

Son impact : Quels ont été les autres effets de l'action, bénéfiques ou pervers ?

Sa pertinence : La situation a-t-elle été améliorée ?

Cette dernière étape boucle le cycle de l'action Elle permet de réviser le diagnostic de départ et de débiter une nouvelle phase d'analyse des problèmes, enrichie de l'analyse du programme qui a été mis en place.

2.2.7.2/ Les différents types de changement que l'on peut obtenir (28)

Toute intervention a pour but de permettre un changement pour résoudre un ou plusieurs problèmes.

On distingue deux types de changement :

Le changement de type 1 ou changement « dans » le système : c'est l'adaptation à une situation différente sans modification de la nature du système.

Le changement de type 2 ou changement « du » système : les règles de fonctionnement du système sont modifiées. On obtient en général un changement plus durable dans le temps.

On peut observer des résistances au changement de la part de la population. Un changement est acceptable seulement si :
Sa nécessité est perçue par la population ;

Les personnes touchées par ce changement sont associées à la recherche des solutions ;
S'il apporte des bénéfices ;
S'il est limité, c'est-à-dire qu'il s'appuie sur des logiques sociales et des réseaux existants.

2.2.7.3/ Modèle systémique d'une intervention (28)

Pour obtenir un changement durable, on intervient en trois étapes successives :

Première étape : On ouvre un espace d'intervention. On modélise la situation, on pose un cadre de travail. Cette étape suscite une coalition entre les différents acteurs et la communauté vers des objectifs communs.

Deuxième étape : On obtient les changements attendus. Les premiers changements appellent d'autres et il faut toujours les contrôler pour s'assurer que l'on suit toujours la bonne stratégie de départ.

Troisième étape : c'est l'autonomisation. L'intervenant s'assure de la stabilité du nouveau système et se retire progressivement.

2.2.8/ Un exemple de mission d'aide au développement en santé bucco-dentaire réalisée par l'AOI (69)

2.2.8.1/ L'Association Odontologique Internationale

2.2.8.1.1/ Définition (69)

L'AOI est née il y a 25 ans, de la volonté de quelques chirurgiens dentistes d'agir dans des orphelinats au Cambodge, à la suite du génocide.

C'est une ONG internationale accompagnant l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations défavorisées, en partenariat avec les acteurs locaux, par la formation et l'application des méthodes de santé publique.

L'association accompagne des dynamiques locales par un appui dans le domaine technique ou financier.

Elle travaille en réseau avec différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Universités francophones et anglophones, ONG et organisations professionnelles, le Ministère des Affaires Etrangères et des entreprises. En France, l'association est membre de plusieurs collectifs d'ONG pour échanger et améliorer son efficacité.

L'AOI, en 25 ans, a profondément transformé ses méthodes à partir de l'expérience acquise dans de nombreux pays (Haïti, Burkina Faso, Mali, Niger, Madagascar, Cambodge, Laos,...) et en France.

2.2.8.1.2/ Stratégies de l'AOI en 2007 (69)

La stratégie générale est le renforcement du partenariat afin d'améliorer la qualité et la pérennité des actions.

2.2.8.1.2.1/ L'appui institutionnel de ses partenaires

L'AOI n'est pas maître d'œuvre de projets mais elle appuie les équipes locales par le renforcement de leurs compétences et par des évaluations constantes.

Quand la compétence et la motivation d'un partenaire sont jugées suffisantes, il peut soumettre ses projets à l'AOI. Les meilleurs projets et les partenaires les plus motivés sont retenus.

L'AOI ne donne pas de suppléments de salaires pour éviter de créer un phénomène de dépendance et de substitution mais elle améliore les conditions de travail.

2.2.8.1.2.2/ Le renforcement des capacités en santé publique dans les pays du SUD

L'AOI met en place des formations pratiques adaptées à chaque situation et répondant aux priorités des pays car il existe très peu de formateurs en santé publique dans les pays du SUD.

2.2.8.1.2.3/ L'appui de la mise en place et l'amélioration des programmes de promotion de la santé, de réduction des risques d'infections nosocomiales et d'accès aux soins dentaires

- *Mise en place de programmes de promotion de la santé bucco-dentaire :*

L'AOI tente, par exemple, d'améliorer la qualité et l'accès au dentifrice fluoré.

- Réduction des infections nosocomiales :

Lors des soins dentaires, quand les protocoles et les équipements sont déficients, le risque de contamination (Hépatites, VIH/sida, tuberculose...) est élevé. La stratégie est donc d'apporter des formations adaptées et un appui matériel minimal.

- Amélioration de l'accès aux soins :

Du fait du décalage entre offre de soin et besoins des populations, l'AOI forme des auxiliaires aux soins primaires.

2.2.8.1.2.4/ Le renforcement du travail de réseau et la capitalisation des expériences entre ONG, universités et institutions

Les universités développent des projets de recherche démontrant l'efficacité de certaines stratégies. Les ONG ont une expérience sur le terrain à analyser.

2.2.8.1.2.5/ Le renforcement des capacités au sein de l'AOI

L'association a acquis un savoir faire reconnu auprès d'instances internationales et de ministères de la santé. La stratégie actuelle est de renforcer les capacités de l'AOI dans le domaine de la recherche de fonds, de la communication, de la capitalisation de l'expérience acquise et de la compétence de ses membres.

2.2.8.1.2.6/ La sensibilisation de la profession dentaire, des universités et des entreprises à une démarche de développement

On a malheureusement encore une image stéréotypée de l'aide au développement qui se résume à des extractions entre confrères, à l'envoi de vieux fauteuils qui finissent rouillés dans un coin... Cette image évolue peu à peu grâce à la présence de l'AOI aux congrès, dans la presse professionnelle...

2.2.8.2/ Un exemple de projet mené par l'AOI au Cambodge (69)

2.2.8.2.1/ La situation au Cambodge

Les périodes de troubles au Cambodge ont décimé l'élite du pays dans de nombreuses spécialités y compris dans le domaine de la santé. La formation de cadres de la santé est la base de la reconstruction du système de santé.

2.2.8.2.2/ Action de l'AOI au niveau de la formation de professionnels de santé bucco-dentaire

Un diplôme universitaire en santé publique dentaire a été mis en place à la faculté des sciences médicales de Phnom Penh. Il a permis de former 24 cadres à la santé publique dentaire exerçant à Phnom Penh et en province depuis 2003. Trois d'entre eux ont pu bénéficier de bourses d'étude de type Master à l'étranger.

De plus, les cadres de l'équipe du bureau dentaire du ministère de la santé ont participé à des formations ponctuelles organisées par l'AOI entre 2005 et 2007 : six jeunes dentistes très motivés ont désormais la capacité de mener à bien les politiques de santé.

2.2.8.2.3/ L'accompagnement de l'équipe en place par l'AOI depuis 2005

Une évaluation a permis de mettre en évidence le besoin d'accompagnement de l'équipe en place (le bureau dentaire), pour qu'elle puisse mener à bien ses projets.

L'AOI a par conséquent amélioré le cadre de travail du personnel en achetant des ordinateurs, en mettant en place une connexion Internet... mais elle ne donne pas de supplément de salaire pour ne pas créer de phénomène de substitution et de motivation artificielle. Par contre, elle les aide à développer leur activité privée afin de leur assurer des ressources financières décentes.

2.2.8.2.4/ L'appui de projets pilotes par l'AOI

2.2.8.2.4.1/ Projet pilote concernant l'amélioration des soins au niveau du PMA en 2005-2006

Plus de 300 infirmiers ont été formés pour exercer des soins dentaires simples en milieu rural, dans des centres de santé ou dans des hôpitaux de districts.

Le Dr Tepirou, vice directeur du bureau dentaire au ministère de la santé, a mené une thèse sur l'évaluation de l'activité de quatre centres de santé : il observe que, quand le centre de santé reçoit suffisamment de matériel et qu'il est bien supervisé, c'est à dire qu'il est correctement soutenu par le ministère de la santé, son activité est multipliée par cinq. (69)

2.2.8.2.4.2/ Projets d'amélioration de l'hygiène

Le Dr Hak Sithan, directeur du bureau dentaire au ministère de la santé, a initié, avec l'aide de l'AOI, des modules de formation à l'hygiène, des outils d'évaluation et des supports éducatifs, qu'il a testés en 2007 dans quatre hôpitaux de référence. L'équipe

du ministère souhaite étendre ce programme à 14 hôpitaux de référence, au secteur privé (400 dentistes) et aux infirmiers dentaires.

2.2.8.2.4.3/ Mise en place de programmes de promotion de la santé bucco-dentaire

- *La fluoration du sel*

L'AOI a évalué la production du sel, a réalisé une cartographie du fluor, et a mis en place un laboratoire à la faculté dentaire de Phnom Penh en 2007. Les conditions sont favorables pour la mise en place d'un projet pilote et les hauts responsables du ministère de la santé encouragent l'équipe dans cette direction.

- *L'accès à un dentifrice fluoré de qualité :*

La qualité des dentifrices fluorés est très variable et il n'existe pas de systèmes de contrôle et de régulation. Depuis 2006, les équipes avec l'aide de l'AOI, ont mis en place un laboratoire de contrôle qualité et font un travail de lobbying auprès des fabricants ne se conformant pas aux standards de qualité.

2.2.8.2.5/ Evolution de la situation depuis 2002

Les phases clés du projet ont été :

- L'évaluation de 2002 à 2005,
- L'appui à l'élaboration du projet en 2003,
- La formation et la mise en place de la stérilisation en 2004,
- L'élaboration de modules pour l'enseignement et la formation du personnel et des étudiants en 2006-2007.

Les évaluations en 2005 ont mis en évidence le succès du projet.

Mais l'impact de ces projets est encore limité du fait de la « démarche pilote » retenue de 2005 à 2007.

Toutes les conditions sont maintenant réunies pour travailler désormais sur l'extension du projet à l'échelle natio

3^{ème} PARTIE :

L'ASSOCIATION OUED

3.1/ Qu'est ce que l'OUED ?

L'OUED, Organisation Humanitaire des Etudiants en Dentaire, est une association gérée par des étudiants de la faculté dentaire de Nantes. Cette association, loi 1901, a été créée en 2004 à l'initiative d'une étudiante qui était alors en 4eme année dentaire : Mlle Chloe PLASSART.

L'objectif de cette association est d'envoyer chaque année, pour une période de 2 semaines, des étudiants en dentaire, en Mauritanie pour effectuer des soins dentaires et faire de la prévention bucco-dentaire.

3.2/ Analyse de situation de la Mauritanie

3.2.1/ Situation géographique (6)

La Mauritanie, officiellement la République islamique de Mauritanie, est un pays d'[Afrique de l'Ouest](#). Elle est située sur la côte nord-ouest du continent et se situe entre 15 et 27 degrés de latitude nord et 5 et 17 degrés de longitude ouest.

Elle possède une côte de 600 Km donnant sur l'[océan Atlantique](#), s'étirant de Ndiago au sud jusqu'à Nouadhibou au nord. Au nord, elle est limitrophe de l'[Algérie](#), du [Sahara occidental](#) (majoritairement contrôlé par le [Maroc](#) depuis 1975), du [Mali](#) à l'est, et du [Sénégal](#) au sud.

Sa superficie est de 1 030 700 Km².

Le désert saharien recouvre 90 % du pays. Seule la vallée du fleuve Sénégal est cultivable. Son climat est extrêmement aride ce qui explique la faible densité de population. De plus, des sécheresses successives ont accentué la désertification du pays.



Figure 16: Situation géographique de la Mauritanie, d'après Wikipedia. (75)

3.2.2/ Situation démographique (6)

En 2000, on comptait 2.600.000 habitants en Mauritanie, et, selon une estimation de la Central Intelligence Agency, la population sera de 3,129,486 habitants en Juillet 2009, la croissance estimée de la population étant de 2.399%. (14)

On observe une population assez jeune : la tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 41% de la population ; la tranche de 15 à 64 représente 55.7% et les plus de 65 ans ne représentent que 3.4% de la population. (14)

La densité de la population est de 2.5 habitants au kilomètre carré.

La capitale de la Mauritanie, Nouakchott, comprend environ 500.000 habitants.

La population se concentre de plus en plus dans les villes du fait de la désertification. En 2008, la population urbaine est estimée à 41% et la population rurale est de 59%. (66)

3.2.3/ Situation politique (6) (74)

3.2.3.1/ De 1920 à 1991

En 1920, la Mauritanie devient une colonie française jusqu'en 1960 où l'indépendance est déclarée. Naît alors un régime militaire et la loi islamique est adoptée.

L'année 1989 connaît de nombreux affrontements entre sénégalais et mauritaniens et aboutit à une rupture des relations diplomatiques.

3.2.3.2/ De 1991 à 2005

Une nouvelle constitution est adoptée par referendum en 1991. Cette constitution est toujours très attachée à l'Islam ; elle adhère à la déclaration des droits de l'homme ainsi qu'à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples. La république islamique adopte un régime démocratique et reprend des relations diplomatiques avec le Sénégal.

M. Ould Taya est élu trois fois président de 1984 à 2005.

3.2.3.3/ Le coup d'Etat de 2005

Le président est renversé par un coup d'Etat militaire en 2005, organisé par « le conseil militaire pour la justice et la démocratie » présidé par le colonel Ould Mohamed Vall. La junte désormais au pouvoir déclare qu'elle y restera deux ans, le

temps de mettre sur pied des institutions démocratiques. La communauté internationale, d'abord méfiante, finit par accepter la nouvelle donne.

3.2.3.4/ 2007, les premiers pas d'une démocratie

Le colonel Ould Mohamed Vall se retire, comme convenu, au bout des deux ans annoncés pour laisser la place à un gouvernement civil élu démocratiquement.

A l'enthousiasme et à l'espoir qu'ont fait naître l'entrée dans cette nouvelle ère, ont succédé certaines désillusions ou impatiences, alors que la population ne voit pas toujours ses conditions de vie s'améliorer.

Les engagements du gouvernement en matière de gouvernance n'ont pas encore suffi à éradiquer la corruption, et l'administration inefficace peine à se réorganiser. Le grand respect du Président pour le droit et la démocratie peut passer pour de la faiblesse auprès de ses détracteurs. Pourtant le gouvernement doit être fort pour faire face aux deux grands fléaux qui frappent le pays au début de l'année 2008, le terrorisme et la flambée des prix des denrées alimentaires.

Ces points sombres ne doivent pas occulter l'étendue des réformes entreprises et l'immense réussite de la démocratie.

3.2.3.5/ Le putsch de 2008

Le 6 Août 2008, a lieu un coup d'Etat militaire. Le président de la République et le Premier ministre sont arrêtés suite au renvoi de quatre des plus importants officiers militaires du pays.

Le rapporteur de la présidence annonce que le président Sidi Ould Cheikh Abdallahi est détenu dans le palais présidentiel de Nouakchott. Le nouveau maître du pays est le général Mohammed Ould Abdel Aziz, il préside un Haut Conseil d'État et promet de rapides élections présidentielles. Le 13 août 2008, il nomme un nouveau Premier ministre, Moulaye Ould Mohamed Laghdaf.

3.2.4/ Situation socio-économique

Le PNB par habitant est de 280 Dollars. (6)

La population lettrée (qui sait lire et écrire dès 15 ans) est de 51.2% (59.5% des hommes et 43.4% des femmes). (14)

3.2.5/ Situation sanitaire

3.2.5.1/ Epidémiologie

3.2.5.1.1/ Quelques chiffres (40)

- Espérance de vie à la naissance : 51.3 ans.
- Taux de mortalité infantile : 118 pour 1000.
- Taux de mortalité infanto juvénile : 182 pour 1000.
- Taux de mortalité maternelle : 930 pour 100000 naissances vivantes.

3.2.5.1.2/ Les raisons de cette mauvaise situation sanitaire (40)

Cette situation sanitaire est liée à :

- une inadéquation de certains services de santé, à la qualité insuffisante des services, au niveau de compétence insuffisant du personnel médical et paramédical...
- à l'environnement : l'inaccessibilité à l'eau potable, le manque de réseaux d'assainissement...
- à des facteurs socio-économiques : le faible niveau d'alphabétisation, les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'hygiène, la pauvreté...

3.2.5.2/ Fonctionnement du système de santé Mauritanien

3.2.5.2.1/ Les initiatives prises par le gouvernement depuis l'indépendance de la Mauritanie (40)

En 1978, le gouvernement mauritanien adhère à la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Puis, en 1987, il met en œuvre l'Initiative de Bamako.

L'Initiative de Bamako a pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires à prix abordable tout en maintenant les coûts, et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics, en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs. En outre, elle a pour but de promouvoir la santé en incitant les ménages à un changement des comportements néfastes.

De nombreux changements s'opèrent alors et le pays voit sa santé publique s'améliorer, mais de nombreuses contraintes persistent.

3.2.5.2.2/ Etat des lieux du système de santé en 2000 depuis l'Initiative de Bamako (40)

3.2.5.2.2.1/ L'accès aux soins et aux services de santé (40)

3.2.5.2.2.1.1/ Quelques chiffres en 2000

- L'accessibilité géographique et financière des populations aux soins essentiels s'est nettement améliorée et près de 70% de la population a accès aux soins de santé avec un coût moyen.
- L'utilisation des services de santé s'est améliorée avec plus d'un contact par habitant et par an. La couverture préventive en matière de Programme Elargi de Vaccination est passée de 29% à 50% pour le DTC3.

3.2.5.2.2.1.2/ Les actions mises en œuvre par le gouvernement

Les actions menées par le gouvernement en matière de santé publique sont les suivantes :

- La revitalisation des centres et des Postes de santé, le développement des Unités Sanitaires de Base, la mise en place des soins de santé primaires.
- L'augmentation des dépenses publiques pour la santé : elles étaient de 982/habitant/an en 1993 et sont passées à 1226/habitant/an en 1995.
- L'implication des communautés dans le système de partage des coûts mis en place, la mobilisation d'un financement additionnel pour le fonctionnement des services, la motivation du personnel et le renouvellement des stocks de médicaments.

Les Dépenses totales consacrées à la santé (calculé en 2006) par habitant sont de 45 dollars.

Les Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (calculé en 2006) sont de 2.2.

En ce qui concerne la santé bucco-dentaire dans la plupart des pays d'Afrique, celle-ci n'est pas prioritaire car la plupart des ressources consacrées à la santé sont canalisées vers le contrôle des maladies transmissibles. (23)

3.2.5.2.2.1.3/ Les contraintes existantes

- L'offre de soins est insuffisante : seuls trois hôpitaux régionaux offrent un plateau technique acceptable avec un bloc opératoire pour les césariennes.
- La couverture sanitaire est calquée sur une répartition géographique au lieu de tenir compte des concentrations de localité et des aspects démographiques.
- Le réapprovisionnement en médicaments et matériels essentiels pose de graves problèmes en cas de rupture de stocks.
- Le système de recouvrement des coûts connaît beaucoup de dysfonctionnements.
- Il n'existe pas de banques de données pour rendre disponibles des informations récentes et fiables sur la situation sanitaire, d'où une mauvaise planification des besoins de santé.

3.2.5.2.2.2/ Les formations sanitaires publiques (40)

Le système de santé public est organisé de façon pyramidale, correspondant aux structures administratives du pays.

3.2.5.2.2.2.1/ Les différents niveaux de la pyramide sanitaire

Au niveau national :

Il y a les hôpitaux et autres établissements de référence : le centre hospitalier national, le centre national d'hygiène, le centre neuropsychiatrique, le centre d'orthopédie et réadaptation fonctionnelle.

Ces centres sont tous situés à Nouakchott, la capitale.

Au niveau régional :

Il y a 11 hôpitaux de région :

- Certains disposent d'une infrastructure et d'un équipement adéquat pour jouer le rôle d'hôpital régional de référence et assurer un service médical et chirurgical.

L'un d'entre eux se trouve dans la ville d'Atar.

- D'autres n'offrent qu'un service de médecine interne ;
- D'autres ne disposent que de centres de santé de type « B » (cf. suite) d'une capacité de 20 lits.

Mais l'existence d'un plateau technique adéquat n'est pas suffisante pour dire systématiquement qu'il y a une bonne couverture sanitaire, car il faut aussi prendre en compte le manque de personnel qualifié et motivé, le manque d'équipements et de médicaments et matériels essentiels.

Le taux d'occupation au niveau régional est de 39% avec une durée d'hospitalisation de 5.2 jours en 1995.

Au niveau des Moughataa (circonscriptions administratives de base) :

Il y a les Centres de Santé qui assurent le service en matière de soins curatifs et préventifs.

On observe deux catégories de centres :

- 5 centres de type « A », d'une capacité de 10 lits, possédant un laboratoire, un service de chirurgie dentaire et un service de radiologie.
- 43 centres de type « B », d'une capacité de 10 lits, ne possédant qu'un petit laboratoire.

Ces centres sont théoriquement dirigés par un médecin chef.

Le PMA au niveau de ces centres est composé de la consultation primaire curative, de la consultation pré et post natale, de l'accouchement, du suivi jusqu'à 5ans, de la planification des naissances et de la mise en place des médicaments essentiels.

Au niveau de base :

Il y a 243 Postes de Santé auxquels sont rattachées les PMI (protection maternelle infantile) et les maternités rurales. Ils sont dirigés par des infirmiers ou sages-femmes. Ces centres réalisent 50% des accouchements et 31% des vaccinations de la population mauritanienne.

Le taux d'accessibilité dans un rayon de moins de 10km, aux formations sanitaires de base est de 75%.

3.2.5.2.2.2/ Les contraintes de ce système

Il manque un système d'orientation recours entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il serait nécessaire d'institutionnaliser et de faire respecter un système de cet ordre.

3.2.5.2.2.3/ Les établissements sanitaires privés (40)

La pratique de la médecine privée, autorisée par la loi, a permis d'augmenter la couverture sanitaire et de rehausser la qualité des prestations de services de santé.

Cependant, ce domaine doit faire l'objet d'un contrôle et d'un suivi stricts et doit lutter contre la concurrence déloyale vis-à-vis des institutions sanitaires publiques.

Le secteur privé comprend 12 cliniques médicalisées de 20 lits, 22 cabinets médicaux, 14 cabinets dentaires et 15 cabinets de soins primaires dirigés par des infirmiers.

3.2.5.2.2.4/ La médecine traditionnelle (40)

Elle est très enracinée dans la population mauritanienne. Sa pratique ne suit pas de règles prédéfinies connues.

3.2.5.2.2.5/ Le personnel médical et paramédical (40) (23)

En Afrique, les tentatives visant à améliorer la situation par augmentation démographique en formant plus de personnel médical n'ont pas eu pour conséquence une plus grande équité des services de santé.

En effet, le personnel médical nouvellement formé se concentre dans les zones urbaines, alors qu'il en manque en milieu rural. C'est le phénomène de « la loi des soins inversés » : les communautés dont les besoins sont plus importants ont le moins de services et de ressources.

De plus les professionnels migrent vers des marchés plus lucratifs à l'étranger. On appelle cela le phénomène de la « fuite des cerveaux ».

Le personnel médical, en Mauritanie, manque généralement de motivation car il dispose d'une capacité technique et administrative limitée, et d'un faible salaire.

3.2.5.2.2.6/ L'accessibilité financière (40)

3.2.5.2.2.6.1/ Le financement du secteur de la santé

Le financement du secteur de la santé est assuré en grande partie par l'Etat.

L'introduction du paiement des soins par les usagers s'est généralement accompagnée d'une amélioration de la qualité des soins.

Cependant le paiement direct des soins par les usagers n'est pas équitable. Il existe des systèmes de paiement, mais ils ne tiennent pas compte du pouvoir d'achat des familles bénéficiaires de ces tarifs.

Depuis l'Initiative de Bamako, un système de recouvrement des coûts et de gestion participative des communautés a été mis en place. Il a permis de générer des fonds pour permettre un soutien financier important aux structures sanitaires.

Une politique de promotion des médicaments et matériels essentiels a aussi été instaurée.

Les systèmes de prépaiement et d'assurance maladie, que l'on observe dans les pays industrialisés n'existent quasiment pas en Mauritanie. On n'observe aucune expérience structurée correctement documentée et évaluée.

3.2.5.2.2.6.2/ Les contraintes dans le domaine de l'accessibilité financière :

- l'insuffisance de financement de la part de l'Etat ;
- Une mauvaise allocation des ressources avec une tendance à privilégier les villes ;
- La promotion des activités curatives au détriment des activités préventives ;
- Une mauvaise planification et une gestion déficiente du système ;
- Une répartition des prestations de service inégale ;
- Une disponibilité déficiente en ressources (notamment en médicaments et matériels essentiels).

3.2.5.2.2.7/ L'accessibilité socioculturelle par la participation communautaire (40)

L'implication des communautés dans l'identification des objectifs en matière de santé, et l'engagement des communautés à payer les prestations de soins et les médicaments essentiels a permis une meilleure accessibilité sociale.

Cependant les communautés manquent encore d'engagement dans les activités de santé et gèrent mal la répartition des bénéfices et l'utilisation des fonds.

3.2.5.2.2.8/ L'approvisionnement en médicaments (40)

Le secteur pharmaceutique connaît des difficultés importantes qui se manifestent dans le secteur public par des ruptures fréquentes en approvisionnement et des insuffisances dans les fonctions de contrôle et de supervision.

Dans les secteurs privés, plus soucieux du but lucratif que de la qualité, les médicaments ne subissent que trop rarement un contrôle qualité.

3.2.5.2.2.9/ Le système nationale d'information, le suivi et l'évaluation (40)

Le système national d'Information Sanitaire manque d'efficacité et de performance. Il n'existe pas de structure nationale de recherche opérationnelle en matière de santé publique.

3.3/ Pourquoi l'association a choisi d'agir en Mauritanie

3.3.1/ Un contact sur place

Mme Geneviève Courbois, est d'origine française et vit 6 mois par an à Atar en Mauritanie. Elle est présidente de l'association « Enfants du Désert » grâce à laquelle des dispensaires ont été construits dans la ville d'Atar et sa périphérie pour y accueillir des mères et enfants en difficulté et faire de la prévention sanitaire.

L'étudiante à l'origine de l'association OUED, Chloé Plassart, a décidé de monter ce projet à la suite d'un voyage en Mauritanie avec Mme Geneviève COURBOIS.

L'association OUED fait désormais appel à Geneviève COURBOIS chaque année, pour l'organisation de la mission car celle-ci connaît de près les besoins de la population.

3.3.2/ Etat de santé bucco-dentaire de la population

3.3.2.1/ Les observations d'une étudiante lors de son premier passage en Mauritanie avant la création de l'association OUED

Lors de son passage dans les centres « Enfants du désert », l'étudiante à l'origine de l'association a pu observer la gravité de l'état de santé bucco-dentaire chez les enfants. En effet, la prévalence de la carie dentaire est forte. Nombreux sont les enfants qui dès 7 ans ont leurs dents de 6 ans fortement cariées, nécessitant l'extraction.

Chez l'adulte aussi, la prévalence de la carie est importante ; on observe également beaucoup de parodontopathies aboutissant à une perte prématurée des dents.

Les lésions liées au VIH/SIDA sont assez peu nombreuses car la prévalence du VIH/SIDA en Mauritanie est assez faible par rapport aux autres pays d'Afrique.

On observe des lésions cancéreuses de la cavité buccale, quelques cas de NOMA, des anomalies congénitales, et quelques cas de fluorose dentaire assez rares.

On observe aussi des lésions bucco-dentaires liées à des pratiques dangereuses.

3.3.2.2/ Les raisons d'une santé bucco-dentaire déplorable en Mauritanie (23)

La pauvreté et le sous-développement confrontent le pays à tous les déterminants des maladies bucco-dentaires :

Les habitudes alimentaires : l'alimentation est très riche en sucres, les mauritaniens se nourrissent beaucoup de dattes produites par les nombreux palmiers dattiers du pays, et boivent beaucoup de thé sucré.

Dans ce pays, la cérémonie du thé est un véritable rituel. Elle a lieu plusieurs fois dans la journée, et se réalise toujours de la même façon : on boit consécutivement trois tasses de thé qui sont de plus en plus sucrées : le premier thé est "amer comme la vie", le deuxième un peu plus sucré, "doux comme l'amour", le dernier, franchement sirupeux, "suave comme la mort".

De plus, la mondialisation a entraîné le passage des féculents traditionnels à une grande consommation de sucres raffinés.

Le Tabagisme : Le tabac est très consommé par les mauritaniens dès leur jeune âge, et les cigarettes sont disponibles partout. Les campagnes de prévention anti-tabac sont trop rares.

L'hygiène bucco-dentaire : Le matériel nécessaire à l'hygiène bucco-dentaire (brosses à dent et dentifrices fluorés) coûte trop cher pour la population. La pratique locale de l'hygiène dentaire est réalisée par la population grâce à un bâtonné tiré d'un arbre du désert nommé « Atil » dont ils mâchent l'extrémité et la frottent contre la face vestibulaire des dents.

Quand on observe l'hygiène dentaire de nombreux adultes, on remarque que les incisives antérieures sont très propres mais que passé les canines, l'état dentaire se dégrade. En effet, la carie dentaire et la perte prématurée des dents sont considérées par la population comme normales, et pour les mauritaniens, il n'y a que les dents visibles qu'il faut nettoyer.

Le dentifrice fluoré est peu accessible s'il on s'éloigne des villes et il n'existe pas de contrôle qualité dans les entreprises.

Le manque de systèmes d'assainissement de l'eau : la population n'a quasiment pas accès à l'eau potable.

L'accès aux soins : les soins dentaires sont surtout réalisés dans les villes et très peu en milieu rural ; leur coût est élevé pour la population. Un soin dentaire coûte pour certains un salaire mensuel.

La hiérarchisation des besoins de la population : la santé bucco-dentaire n'est pas considérée par la population comme un besoin prédominant. Avoir des caries, des douleurs dentaires et perdre ses dents est considéré comme un phénomène normal.

Le diabète : le diabète est une maladie fréquente en Mauritanie, liée à l'alimentation sucrée, entre autre. Or le diabète s'accompagne souvent d'une parodontite avec perte des dents si la maladie n'est pas stabilisée. De plus, la santé n'étant pas considérée

comme besoin prioritaire et coûtant cher, la plupart des diabétiques ne se traitent pas et présentent donc les nombreuses complications de la maladie.

3.4/ Fonctionnement de l'association

3.4.1/ Les membres du bureau

Ce sont les étudiants en dentaire de Nantes qui gèrent entièrement l'association et qui organisent les missions. La faculté dentaire, elle, apporte une aide financière et autorise les étudiants à partir en mission pendant deux semaines situées hors vacances scolaires.

Le bureau est constitué de 6 membres actifs renouvelés chaque année, par vote, au mois de Mars: Un président, un vice président interne, un vice présidente externe, un trésorier, un secrétaire, un chargé de communication.

Ces étudiants sont aidés par les anciens membres de l'association, déjà partis en mission les années précédentes.

3.4.2/ Les ressources

Les apports financiers et matériels sont variés :

L'association obtient chaque année des subventions de la part de nombreux organismes :

UFSBD, BMW, FSDIE, UFR odontologie Nantes, Conseil de l'Ordre de Loire Atlantique, CNSD 44, conseil général, Mairie de Nantes, Lions club de Nogent le Rotrou ...

Elle reçoit aussi des dons financiers ainsi que matériels (de la part de dentistes libéraux et de laboratoires).

3.4.3/ Le financement par l'association

L'association finance l'achat de matériel pour les soins dentaires et la prévention ainsi que l'organisation de la mission sur place (l'hébergement des acteurs de la mission, la location de voitures et le paiement de guides traducteurs, la nourriture...).

En ce qui concerne les billets d'avion, les acteurs de la mission partent du principe qu'ils financent eux même leur billet. A la fin de l'année, si la trésorerie le permet, ils sont remboursés d'une partie de la somme totale du billet. A titre d'exemples, en 2005

et 2006 les membres ont financé entièrement le billet d'avion et pour la mission 2007, ils ont reçu 200 euros chacun grâce aux nombreuses subventions accordées cette année.

3.5/ Action sur place

3.5.1/ Deux axes stratégiques

3.5.1.1/ La prévention

3.5.1.1.1/ La population visée par la prévention

Les campagnes de prévention ont pour but de toucher un public jeune, et sont donc réalisées dans les lieux suivants :

- les centres « enfants du désert » ;
- les écoles de la ville d'Atar et des alentours, ainsi que dans les villages du désert ;
- le lycée d'Atar.

3.5.1.1.2/ Les stratégies de prévention employées

Les stratégies adoptées par les membres de l'association sont variables selon la population concernée (l'âge des enfants, la localisation de l'école en ville ou dans le désert...).

Les stratégies utilisées sont les suivantes :

- L'association a réalisé elle-même des panneaux de prévention sur de grands draps pour expliquer l'importance du brossage quotidien, et elle les laisse ensuite au maître d'école
- Elle utilise des modèles prêtés par l' UFSBD : Une grande mâchoire avec brosse à dent pour expliquer les techniques de brossage.
- La population n'ayant pas toujours accès aux techniques de brossage des pays industrialisés (brosse à dent et dentifrice), l'association explique comment utiliser la technique locale, « l'atil », de manière efficace, sans blesser les gencives. On conseille également aux gens, s'ils le peuvent, d'associer le dentifrice fluoré au nettoyage avec l'atil.
- Les étudiants expliquent par des dessins à la craie, le remplacement d'une dent lactéale par une dent définitive en insistant sur le fait qu'une dent définitive n'est plus remplacée après extraction.

- Ils vérifient, avec un petit jeu de question réponse, si les enfants ont bien assimilé ce qui a été dit. C'est en général très interactif.
- Pour les plus jeunes, les étudiants jouent un sketch dans lequel ils miment une scène chez le dentiste.
- Ils distribuent une brosse à dent et un tube de dentifrice fluoré aux élèves.

3.5.1.1.3/ Les contraintes rencontrées

L'association n'a pas assez de brosses et dentifrices pour couvrir l'année entière et on ne sait malheureusement pas toujours s'il est possible de faire confiance à l'instituteur en lui donnant un stock à distribuer tout au long de l'année...

En donnant une brosse à dent à chaque élève, on n'est jamais certain qu'elle ne va être utilisée que par lui et qu'elle ne va pas être utilisée par plusieurs membres de sa famille ou échangée avec d'autres enfants.

Il est impossible à l'échelle de l'association, de connaître l'impact de ses campagnes de prévention. Pour cela, il faudrait concentrer la prévention sur une petite zone et faire une étude épidémiologique sur le long terme pour observer s'il y a amélioration de la santé bucco-dentaire chez la population visée, et cela est très difficile à mettre en place.

3.5.1.2/ Les soins curatifs

3.5.1.2.1/ Les extractions dentaires

3.5.1.2.1.1/ Le soin le plus courant

La plupart des caries n'étant jamais traitées par des soins conservateurs, elles sont généralement profondes et imposent l'extraction de la dent.

Certaines pourraient être conservées en les couronnant chez les dentistes locaux mais ces soins sont beaucoup trop onéreux pour la population.

Pour la plupart des mauritaniens, une dent douloureuse est automatiquement à extraire.

3.5.1.2.1.2/ L'organisation des soins d'extraction

En dehors du cabinet dentaire de la ville d'Atar, prêté par le Dr Mangane, dentiste d'Atar, où l'association a un fauteuil dentaire à disposition, les étudiants travaillent à même le sol, les patients étant allongés sur des matelas.

Un soin d'extraction se fait généralement en binôme car celui qui n'opère pas éclaire la cavité buccale à l'aide d'une lampe frontale et passe les instruments.

Il n'y a ni eau, ni électricité, donc pas de crachoirs, pas d'aspiration, pas de moteur. Des crachoirs sont confectionnés grâce à des sacs poubelles dans des seaux en plastique et de nombreuses compresses sont utilisées.

Les positions de travail ne sont pas vraiment ergonomiques car l'étudiant travaille à genoux à même le sol.

3.5.1.2.1.3/ La médication

3.5.1.2.1.3.1/ Les médicaments utilisés

L'association importe chaque année des médicaments de France : des antibiotiques (AMOXICILLINE, BIRODOGYL), des antalgiques (PARACETAMOL, DIANTALVIC), des anti-inflammatoires (CORTANCYL) et les médicaments d'urgence (ADRENALINE, VENTOLINE, CORTISOL).

3.5.1.2.1.3.2/ La médication lors des extractions dentaires

- Chez des patients à risque infectieux, une antibioprofilaxie est réalisée avec 2 grammes d'Amoxicilline une heure avant.
- Dans le cas d'une extraction difficile, d'une infection importante, ou lorsque l'hygiène est mauvaise, une antibiothérapie curative est prescrite. Le patient repart avec des antibiotiques à prendre pour 6 jours.
- Des antalgiques sont donnés si l'extraction a été compliquée ou en cas d'infection.

3.5.1.2.1.4/ Le matériel d'extraction

Tout le matériel d'extraction est importé de France et est ensuite laissé sur place en fin de mission pour l'année suivante.

L'association possède des daviers de toute sorte, des élévateurs, des syndesmotomes, des pinces gouge, des pinces porte-aiguille, des curettes, des ciseaux, des précelles, des écarteurs, des miroirs, des sondes, des seringues...

Chaque année, sont importés de nombreux consommables : gants, masques, compresses, anesthésiques, fils de suture, bistouris, collecteurs coupants tranchants, aiguilles, plateaux jetables...

3.5.1.2.1.5/ L'hygiène

Avant chaque soin, l'opérateur se lave les mains au savon et les sèche avec un linge propre.

Il met ensuite des gants à usage unique et porte un masque.

Ne pouvant pas être stérilisés, les instruments souillés sont désinfectés à l'aide de produits de décontamination importés de France.

La désinfection du matériel souillé est réalisée suivant les étapes suivantes :

- Une fois l'extraction terminée, l'opérateur retire le sang, le tissu de granulation et les débris dentaires et osseux collés à l'instrument avec une compresse ;

- Puis il frotte l'instrument à l'aide d'une brosse dans du produit de décontamination ;

- l'instrument est rincé dans de l'eau claire ;

- Ensuite l'instrument trempe dans un bain de décontamination pendant le temps nécessaire conseillé par le fabricant du décontaminant (exemple : 20 minutes pour l'ATOSTERIL). Il doit être immergé complètement dans la solution pour que la désinfection soit efficace.

- L'instrument est ensuite rincé dans de l'eau ;

- il est enfin séché avec un torchon propre et rangé dans un plateau, prêts à être réutilisé.

Les bâches posées sur les matelas sur lesquels s'allongent les patients, sont décontaminées entre chaque patient avec un décontaminant en spray (comme le SURFANIOS).

3.5.1.2.1.6/ Les contraintes rencontrées

L'absence de radios préopératoires : On ne peut connaître la morphologie radiculaire de la dent à extraire, ni la proximité avec les structures anatomiques voisines. On observe donc, parfois des communications bucco sinusiennes suite à des extractions.

Il n'y a pas de moteur : En cas d'extraction difficile, on ne peut pas faire de séparation de racine ou d'ostéotomie. Quelques dents n'ont pas pu être extraites (elles restent quand même peu nombreuses) et certaines extractions sont plus traumatisantes pour le patient avec des suites plus douloureuses et une perte osseuse plus importante. Dans certains cas qui nécessitaient obligatoirement une séparation de racine, celle-ci a pu être réalisée manuellement, avec force, à l'aide d'un davier aux mors pointus.

La position de travail de l'opérateur : L'opérateur travaille à même le sol, sur les genoux le plus souvent, penché vers la tête du patient qui repose sur un matelas au sol. Cette position, non ergonomique a souvent occasionnée des douleurs au niveau des genoux et du dos.

Le manque de visibilité : L'éclairage de la cavité buccale n'est réalisé qu'avec des lampes frontales. La nuit tombe assez tôt en Décembre, lors des missions, et il n'y a pas souvent de l'électricité dans les salles de travail.

La difficulté de dialogue : Des guides traducteurs sont présents et assistent les étudiants mais ils ne sont pas toujours disponibles quand plusieurs extractions ont lieu en même temps. Il est parfois difficile d'expliquer à un patient pourquoi on va extraire sa dent, ou de savoir s'il ressent une douleur ou plutôt de la peur. Les étudiants apprennent quelques phrases en Hassania, la langue officielle, qui leur permettent déjà de rassurer les patients.

La difficulté de recueillir des informations sur les antécédents médicaux des patients : Outre la barrière de la langue, les patients ne connaissent pas leurs antécédents médicaux car ils consultent peu les médecins. Il n'est pas possible de connaître, par exemple, les patients à risque oslerien ou les allergies aux médicaments. Les acteurs de l'association, en trois missions, n'ont jamais assisté à un choc allergique suite à la prise de médicament mais le risque est présent.

3.5.1.2.2/ Les soins conservateurs : la technique de l'ART

Les missions en 2005 et 2006 se sont cantonnées aux soins d'extraction uniquement. En 2007, l'association s'est renseignée sur la techniques de soins conservateurs proposées dans le PMA : l'ART (Atraumatic Restorative Treatment).

Cette technique est intéressante car elle peut être appliquée en dehors des murs d'un cabinet dentaire, ne nécessitant ni eau, ni électricité.

3.5.1.2.2.1/ Le matériel nécessaire

Des excavateurs,

Des ciseaux à émail,

Des rouleaux de coton,

Le matériau d'obturation : le Ciment Verre Ionomere Fluoré conditionné en flacons (poudre et liquide),

Des blocs à spatuler et des spatules,

Des fouloirs.

3.5.1.2.2.2/ Les indications de l'ART

L'association a décidé de limiter l'utilisation de cette technique à de petites lésions carieuses de classe I.

3.5.1.2.2.3/ La technique

- La lésion est débridée à l'aide des ciseaux à émail qui permettent de supprimer l'émail non soutenu ;
- La dentine carieuse est éliminée en partie avec des excavateurs. C'est généralement non douloureux et cela ne nécessite pas d'anesthésie ;
- Quand le fond de la lésion est assez dur (on a retiré la dentine carieuse molle), on isole la dent avec des rouleaux de cotons salivaires et on nettoie la cavité avec un peu de coton imbibé d'eau.
- On prépare le CVI sur un bloc à spatuler selon les indications du fabricant.
- On le foule dans la cavité avec des fouloirs en évitant les excès.
- On attend qu'il durcisse suffisamment, puis on retire les cotons salivaires et on vérifie qu'il n'y a pas de suroccclusion.

3.5.2.2.4/ Les contraintes rencontrées

Seule la mission de 2007 a utilisé la technique de l'ART. Ne s'étant pas assez documenté, il manquait certains instruments indispensables comme les ciseaux à émail par exemple pour supprimer l'émail non soutenu et avoir un bon accès à la cavité.

De plus les étudiants ne s'étaient pas suffisamment formés avant de partir. Heureusement, lors de l'ADF, ils ont rencontré juste avant le départ le PR Christopher Holmgren, qui travaille pour le centre collaborateur de Nimègue, qui a pu leur expliquer la technique un peu plus en détail. Mais une séance de travaux pratiques avant le départ aurait été nécessaire.

3.5.2/ Deux localisations différentes

Les trois premières missions réalisées en Décembre 2005,2006 et 2007 se sont déroulées de la même façon : la première semaine s'est déroulée dans la ville d'Atar et la deuxième dans le désert de l'Adrar.

3.5.2.1/ En ville a ATAR

3.5.2.1.1/ Hébergement et organisation

Pendant la semaine, les acteurs de la mission sont hébergés dans la « maison des bénévoles » qui appartient à l'association « enfants du désert » de Geneviève Courbois, et permet l'accueil des bénévoles venant travailler dans les centres de cette association.

Durant la semaine, l'association est accompagnée chaque jour par un guide qu'elle rémunère. Celui ci s'occupe de la logistique : les transports des différents groupes en voiture et les chauffeurs, les repas...il est aussi présent, avec certains des chauffeurs, lors des soins et des séances de prévention pour jouer le rôle de traducteur, et prévenir la population de l'arrivée des équipes.

Chaque demi-journée, plusieurs groupes sont formés pour aller faire de la prévention ou des soins.

3.5.2.1.2/ Les séances de prévention

Les séances de prévention sont réalisées :

- Au lycée d'Atar ;
- Dans les écoles en banlieue d'Atar ;
- Dans les centres « enfants du désert ».

3.5.2.1.3/ Les soins

Les soins sont effectués :

- A l'hôpital d'Atar, dans le cabinet du Dr Mangane, dentiste, qui prête son cabinet à l'association. Dans le cabinet, il y a un fauteuil dentaire, un scialytique, un évier avec de l'eau courante.
- A la PMI d'Atar : une pièce de la PMI est prêtée pour la semaine. Les étudiants disposent de deux matelas posés par terre sur une grande bâche, séparés par un paravent pour obtenir deux postes de travail dans la pièce.

Les séances de soins se déroulent de la façon suivante :

Une file de patients attend à l'extérieur. Un étudiant réalise un diagnostic rapide des soins à réaliser (extractions et soins conservateurs) qu'il note sur une feuille qu'il remet au patient, avec son ordre de passage.

Deux patients sont soignés en même temps au niveau des deux postes de soins. L'opérateur travaille avec un binôme qui éclaire la cavité buccale avec une lampe frontale et apporte le matériel nécessaire.

Une autre personne ou les binômes s'occupent en même temps de la désinfection du matériel pour pouvoir réutiliser les instruments plusieurs fois dans une demi-journée.

3.5.2.2/ Dans le désert de l'ADRAR

La deuxième semaine se déroule dans le désert de l'Adrar. Les membres de l'association partent en itinérant dans plusieurs villages du désert en quatre-quatre, avec des chauffeurs, un cuisinier et le guide qui s'est occupé de toute l'organisation.

L'itinéraire change chaque année mais l'on reste dans le désert de l'Adrar à la périphérie d'Atar. Les villages dans lesquels s'arrête l'association sont choisis par Geneviève Courbois qui connaît bien les besoins des populations.

En moyenne, l'association passe dans 4 à 5 endroits différents. A chaque endroit, deux ou trois groupes sont réalisés pour faire des soins et de la prévention dans les villages environnants.

C'est en général dans l'école du village que sont dispensés les soins. Une séance de prévention est d'abord réalisée puis on retire tables et chaises pour installer les postes de soins et soigner enfants et adultes du village.

Les groupes se retrouvent le soir et dorment sous une grande tente appelée « raima ». Selon la quantité de travail, l'association reste un ou plusieurs jours au même endroit.

3.6/ Les résultats de la dernière mission en date

La précédente mission s'est déroulée du 25/11/2007 au 09/12/2007. L'équipe était composée des 6 étudiants membres du bureau associatif, de 4 étudiants ayant déjà participé à une précédente mission et de 2 praticiens, assistants à la faculté de Nantes.

D'après les estimations des acteurs de la mission, environ 500 individus ont été soignés dont 200 enfants ; 900 dents ont été extraites au cours des deux semaines et une centaine de soins conservateurs ont été effectués en utilisant la technique de l'ART.

3.7/ Les relations sur place

3.7.1/ Les relations avec les représentants du ministère de la santé

Avant l'arrivée de l'association en Mauritanie, les représentants du ministère de la santé reçoivent un courrier demandant leur accord avant de démarrer la mission.

Une fois sur place, les membres de l'OUED se présentent auprès du Maire, du directeur de l'hôpital d'Atar, du directeur régional des affaires sanitaires et sociales d'Atar, et du dentiste de l'hôpital, le Dr Mangane.

3.7.2/ La méfiance de la population

Geneviève Courbois et le guide qui travaille régulièrement avec l'association s'occupent avant chaque mission d'avertir la population de l'arrivée des dentistes.

Mais les gens sont relativement méfiants face aux dentistes occidentaux qu'ils ne connaissent pas. Le premier jour, la salle d'attente n'est pas pleine, mais petit à petit, grâce aux locaux qui aident l'association, la population est rassurée et commence à demander des soins. Deux jours après, il y a tellement de patients que les dentistes sont obligés de repousser les soins de certains au lendemain.

3.7.3/ Les relations avec les autres associations sur place

Plusieurs associations de santé et de santé bucco-dentaire agissent en Mauritanie. Dans la ville d'Atar, par exemple, une association espagnole « Casa de la Luce », possède un dispensaire dans lequel des dentistes espagnols prodiguent des soins dentaires une fois par an.

L'OUED a tenté régulièrement de les contacter via Internet ou en laissant une lettre sur place dans leur dispensaire, mais l'association n'a jamais répondu. Un échange avec une telle organisation pourrait aboutir à un partage des locaux et du matériel qui serait bénéfique pour les deux associations ; mais une alliance entre différentes associations est difficile à obtenir.

3.8/ La mission 2008 annulée pour cause d'insécurité

Suite à la vague de terrorisme et au coup d'Etat d'Août 2008, le quai d'Orsay a déconseillé aux touristes et volontaires de partir en Mauritanie.

Les compagnies aériennes ont annulé leurs vols pendant une durée indéterminée.

4^{ème} PARTIE :

DISCUSSION

4.1/ Critiques générales des ONG du secteur dentaire

4.1.1/ Un secteur réduit (9) (10)

Comparé au secteur médical, le secteur de l'aide au développement en santé bucco-dentaire est relativement réduit. On observe au maximum 500 ONG dentaires dans le monde entier. (9)

Ce phénomène reflète bien les niveaux de priorité en santé au plan international. En effet, le secteur dentaire est souvent considéré comme mineur par rapport aux nombreuses priorités de santé auxquelles doivent faire face les plus démunis.

Proportionnellement à la taille et au nombre de ces ONG, les ressources financières sont assez limitées.

4.1.2/ Le manque de professionnalisme et de connaissances en santé publique et gestion (8) (9) (10)

Une action s'organise, après réalisation d'un diagnostic communautaire, ses résultats doivent être évalués, et la qualité de l'action doit être en permanence contrôlée. Cela ne s'invente pas et nécessite au préalable une formation en santé publique. Mais beaucoup de personnes, avec la meilleure volonté, se lancent dans « l'humanitaire » sans penser à tout cela.

On observe que plus de 66% des ONG n'ont ni stratégie, ni plan opérationnel, que seules 34% des ONG réalisent une enquête préliminaire, que seules 15% évaluent leur action, que 12% des ONG établissent un cycle de planification et que 3% seulement subissent des contrôles externes. (8)

4.1.3/ La prédominance de l'approche occidentale de la dentisterie (9) (10)

Beaucoup d'ONG conservent une approche occidentale basée sur l'exportation de technologies complexes pour effectuer des soins curatifs. Ces ONG sont en retard par rapport aux tendances actuelles car elles n'ont pas bénéficié des expériences et des

acquis d'autres secteurs. Selon le système de Korten et Al. , elles appartiennent pour la plupart aux ONG de première et deuxième génération.

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

Figure 17: Classification des ONG selon le système de Korten et Al, 2000. (10)

L'approche traditionnelle curative est trop coûteuse pour être utilisée ensuite par les systèmes de santé locaux et cette approche ne répond pas aux besoins de la majorité de la population démunie.

4.1.4/ Le manque d'intégration des actions dans les structures communautaires (9) (10)

Les ONG dentaires opèrent généralement seules. Elles coopèrent peu avec les ministères, les autorités locales et les communautés des pays concernés. Par conséquent, elles ont du mal à s'intégrer au sein des communautés locales car elles manquent d'informations primordiales sur les besoins et les demandes de la population, et parce que les populations ont du mal à leur accorder leur confiance.

4.1.5/ Le manque d'alliances et de réseaux avec les autres ONG (10)

Il existe très peu de réseaux d'échanges d'informations et d'alliances stratégiques entre les différentes ONG ce qui entraîne parfois des duplications d'activités dans un même endroit et des compétitions entre associations.

4.1.6/ Un secteur peu tourné vers la recherche dans le domaine de l'aide au développement (10)

Très peu de recherches existent dans le domaine des ONG dentaires, contrairement aux ONG médicales.

4.2/ Les conséquences d'une action d'aide au développement inappropriée (9) (10) (21)

L'exemple le plus fréquent d'actions inappropriées est la mission de courte durée (quelques semaines), organisée par des volontaires motivés mais qui manquent d'expérience et qui exportent la forme de dentisterie qu'ils ont apprise, basée sur des technologies complexes pour effectuer des soins curatifs.

4.2.1/ Qui bénéficie de l'effort des volontaires ?

Les patients qui reçoivent les soins : ils ne représentent qu'une part insignifiante de la population globale. Au long court, la population globale n'en bénéficie pas car ces services de santé offerts sont temporaires et structurellement non remarquables.

Les volontaires : les bénévoles retirent généralement de ces actions un sentiment de satisfaction et d'estime de soi.

4.2.2/ Quels sont les effets indésirables pour la population ?

Les projets basés sur les approches occidentales de soins et qui ne s'intègrent pas au niveau communautaire sont dangereux :

Le transfert de techniques et de technologies vers les PED entraîne de nouvelles attentes irréalistes de la part de la population locale. Le volontaire risque de créer, malgré lui, de nouveaux besoins que les confrères locaux ne peuvent satisfaire après son départ.

Les praticiens locaux sont tentés d'adopter les procédures des pays développés utilisée par les ONG ; procédures qu'ils ne peuvent s'offrir faute de moyens de tout ordre ; ce

qui entraîne automatiquement malheurs et frustrations. Les confrères locaux se sentent dévalués et démotivés, tant l'écart entre ce qu'ils peuvent offrir et ce qu'offrent les volontaires est immense.

Les communautés finissent par croire que la qualité de leur propre système de santé, déjà en place, est inférieure. Elles perdent alors toute motivation à trouver leurs propres solutions pour améliorer leur système de santé.

4.3/ Quelques exemples d'actions inappropriées (21)

4.3.1/ L'exemple classique

Un volontaire part deux semaines dans un PED et pratique 700 avulsions et 700 sealents. Il s'estime satisfait de ce qu'il a accompli en terminant son séjour, tandis que la population, abandonnée après son départ et sans ressources se pose des questions. Malgré la bonne volonté du volontaire, son action s'avère injuste pour la population.

4.3.2/ Un autre exemple

Un confrère français désire être « charitable » et charge un ami d'apporter les produits et le matériel qu'il n'utilise plus au Mozambique. Le confrère local reçoit entre autre un autoclave, mais il est incapable de l'utiliser car le voltage n'est pas le bon (il faut du 110 Volts alors qu'il a dans son cabinet du 220 Volts). On se demande pourquoi avoir dépensé tant d'énergie et d'argent pour rien. De plus, cette action a créé une attente déçue de la part des locaux (praticiens et patients).

4.4/ La notion de Pérennité (8) (26)

Une action d'aide au développement, pour être efficace, doit être pérenne, c'est-à-dire apporter un changement sur le long terme, une fois que les volontaires se sont retirés.

Pour cela, les organisations de solidarité internationale doivent porter une attention particulière à la phase de préparation du projet, et cela en :

- Veillant à l'ancrage institutionnel du projet, à savoir son intégration au sein du système national : dans notre cas, le système de santé ;
- Discutant des droits et des devoirs de chacun pendant et après l'action ;
- Planifiant la montée en puissance du partenaire local au cours du projet ;
- Programmant le « phasing out », c'est-à-dire le moment où les volontaires se retirent.

Tous ces éléments doivent être considérés en amont et non à la fin de l'action comme on le voit trop souvent.

Mais la notion de pérennité est un concept multidimensionnel. Certaines dimensions peuvent aboutir (par exemple, l'activité du personnel local formé et compétent, une fois les volontaires partis) et d'autres, être inatteignable (par exemple, la viabilité financière).

Le problème du financement revient souvent, car si les partenaires locaux (l'Etat, les ONG locales,...), n'ont pas les moyens de financer le projet par la suite, alors le financement revient « ad vitam eternam » aux bailleurs de fonds internationaux.

4.5/ La notion de Partenariat (8)

Il n'existe pas de projet pérenne sans un bon partenariat avec ceux qui seront directement responsables du maintien des activités après l'arrêt de l'appui technique par l'ONG étrangère.

Le partenariat est défini de façon trop large dans le monde de l'aide au développement. Cette définition va de la simple validation d'un document de projet par les autorités locales à la véritable co-élaboration du projet avec les acteurs locaux. Il est indispensable de poser les fondements de projets, véritablement co-construits et ancrés dans les institutions du pays concerné, qu'il s'agisse des institutions étatiques ou de la société civile.

4.6/ Les notions « d'aide » et de « charité » (26)

- Plutôt que « d'aide », il faut parler « d'assistance ». En effet, la notion d'aide est dangereuse, car elle conduit à une relation non équilibrée entre le donateur et les bénéficiaires. La notion d'aide se rapporte plus à la « substitution » qu'à l'accompagnement des acteurs locaux, qu'il faut effectuer pour qu'une action soit pérenne.

- La notion de « charité » sous toutes ses formes (temps, argent, matériel, connaissances...) est elle aussi dangereuse, car elle transforme le donateur en celui qui sait ce qui est bon pour l'autre et ce qui fonctionne, et elle place l'autre en situation d'infériorité et de dépendance permanente.

4.7/ Ce que l'on attend de volontaires (10) (21)

La santé bucco-dentaire doit être reconnue comme un droit fondamental pour l'Homme, et le principe guidant les volontaires doit être celui d'atteindre un niveau de santé dentaire optimal pour tous. (10)

On attend donc des volontaires et des projets : (21)

- Qu'ils prennent le temps d'écouter et de comprendre les attentes et les besoins du pays concerné avant d'agir et qu'ils sachent s'adapter aux réalités;
- Qu'ils respectent la diversité et qu'ils croient en l'équité et la justice afin d'éviter de créer des disparités criantes entre ceux qui bénéficient de certains soins et les autres qui ne reçoivent rien ;
- Qu'ils travaillent avec compassion, respect et douceur ;
- Qu'ils soient capables d'ouverture et de changements d'attitude ;
- Qu'ils soient ouverts à la discussion et à l'échange d'informations et d'expériences ;

4.8/ Discussion à propos de l'OUED

4.8.1/ Les aspects positifs

4.8.1.1/ Tentative de partenariat

4.8.1.1.1/ Une alliance avec Geneviève Courbois

Geneviève Courbois est française, elle vit 6 mois de l'année en Mauritanie, dans le cadre de son association « enfants du désert ». En vivant sur place à Atar et en fréquentant les centres « enfants du désert » qui accueillent les plus démunis, elle est consciente des problèmes de santé bucco-dentaire de la population et du fonctionnement du système de santé en Mauritanie. On ne peut évidemment pas parler de véritable diagnostic communautaire, mais on réalise que l'association reçoit quand même quelques informations importantes sur la population ciblée et le système de santé.

4.8.1.1.2/ Une alliance avec le confrère local d'Atar

L'association travaille en partenariat avec le Dr Mangane, le dentiste de la ville d'Atar. Celui-ci prête son cabinet chaque après midi à l'Oued. L'association, elle, tente de l'aider en lui amenant le matériel dont il a besoin et en lui laissant les consommables et médicaments en fin de mission.

Avant chaque mission, l'association contacte le Dr Mangane pour organiser ce partenariat.

4.8.1.1.3/ Une alliance avec la PMI

Depuis deux ans, la PMI d'Atar prête ses locaux à l'OUED. En remerciement, l'association lui laisse aussi des consommables et médicaments.

4.8.1.1.4/ Un contact avec les autorités locales et les responsables de la santé

Avant l'arrivée des volontaires, des demandes d'autorisation expliquant le projet de la mission sont envoyées à Geneviève Courbois qui les transmet aux autorités locales, au Maire, au ministère de la santé, au directeur régional de la promotion sociale et sanitaire, au directeur de l'hôpital d'Atar, au Wali d'Atar et au Hakem.

Au début de chaque mission, les volontaires viennent se présenter auprès des autorités locales et demandent leur autorisation pour soigner la population.

4.8.1.2/ La volonté de ne pas créer de concurrence avec les confrères locaux

Les volontaires ont décidé de ne faire que des soins d'extractions et de petits soins conservateurs limités à des cavités de classe 1. Ainsi, ils ne concurrencent pas le dentiste et ne font pas des soins compliqués que lui-même ne pourrait pas effectuer.

4.8.1.3/ Une action préventive

Refusant de ne faire que des soins curatifs, les membres de l'association ont tenté de développer une action préventive qui s'est traduite par des séances d'apprentissage et de motivation au brossage des dents dans les écoles, des distributions de brosses à dents et de dentifrices fluorés.

4.8.2/ Les aspects négatifs

4.8.2.1/ L'absence de méthodologie

Les étudiants faisant partie de l'association n'ont aucune expérience en santé publique et en gestion de projet. Avant d'intervenir, ils n'effectuent pas de diagnostic communautaire auprès de la population, et après intervention, ils n'évaluent pas leur action.

Ce manque de méthodologie dans la construction de projet a un retentissement négatif sur la qualité et la pérennité de l'action.

4.8.2.2/ Des missions de courte durée

La durée des missions est de deux semaines. Si l'on reprend le tableau de Kortén et ses collaborateurs, on peut considérer que l'OUED appartient aux organisations de première génération, c'est-à-dire celles qui n'ont aucun impact sur le long terme.

4.8.2.3/ L'efficacité de la prévention non démontrée

L'action de prévention voulue par les étudiants, s'est faite à l'échelle de l'association. En effet, seules des séances de motivation à l'hygiène dentaire ont été réalisées dans les écoles. L'impact de ces interventions est difficile à évaluer et on ne sait pas si elles apportent un bénéfice en terme de santé bucco-dentaire. L'association n'a pas vraiment de stratégie en matière de prévention.

Le fait de distribuer une brosse à dent et un petit tube de dentifrice à chaque élève n'a aucun impact réel sur le long terme.

Il semblerait plus intéressant d'agir au niveau des communautés et de l'Etat mauritanien pour favoriser l'accès à un dentifrice fluoré de qualité et financièrement accessible par exemple. Mais est-ce possible à l'échelle d'une petite association d'étudiants ?

4.8.2.4/ L'absence de suivi après les soins

A Atar, l'association reste une semaine entière, et dans le désert elle passe de village en village. Par conséquent, il est impossible de réaliser un suivi post-opératoire des patients.

On ne sait donc pas s'il y a des accidents infectieux après extraction, des allergies liées aux médicaments, ou des reprises carieuses sous les CVI. La qualité des soins n'est donc pas évaluée.

4.8.2.5/ L'absence d'alliance avec les autres ONG dentaires

Plusieurs Organisation de solidarité internationale en dentaire interviennent en Mauritanie. Par exemple, à Atar, une association espagnole possède un dispensaire à l'intérieur duquel elle effectue des soins dentaires sur un fauteuil dentaire. L'Oued a essayé de les contacter par mail, en leur laissant une lettre sur place... mais le contact n'a jamais été établi. La communication et les échanges entre les différentes associations dentaires sont compliqués.

CONCLUSION

La critique est aisée mais l'art de l'aide au développement est difficile.

En effet, il faut se poser la question suivante : A l'échelle d'une association étudiante, renouvelée chaque année par de nouveaux jeunes promus, disposant d'un budget peu élevé, qui ne peut partir en mission que deux semaines par an, est-il possible de faire beaucoup mieux ?

L'OUED reste une organisation « humanitaire » et non une organisation « d'aide au développement » car ses membres n'ont pas les connaissances et les moyens nécessaires pour gérer de véritables projets d'aide au développement en Mauritanie.

Mais son action répond déjà à la première composante du PMA proposé par l'OMS : le traitement de l'urgence et le soulagement de la douleur.

Certes, son impact sur la population mauritanienne n'est pas large et est loin d'être pérenne, mais l'OUED peut au moins se prévaloir de soulager la douleur et de limiter le risque infectieux des quelques personnes rencontrées sur sa route.

Même si l'action ne répond pas véritablement à ce que l'on attend désormais d'une mission de solidarité internationale, elle est réalisée dans un but altruiste et désintéressé. C'est une première expérience dans le domaine de « l'humanitaire » pour les étudiants en dentaire, et un moyen d'ouverture sur le monde des plus démunis.

Une telle action s'accompagne d'une réelle prise de conscience de l'importance et de la difficulté de mener à bien une mission d'aide au développement dans les PED. Elle peut amener un étudiant à vouloir évoluer dans sa démarche de solidarité en décidant de se former en santé publique et en gestion de projet. La faculté de Clermont-Ferrand, en collaboration avec l'AOI, propose un DU de santé publique intéressant pour quelqu'un qui veut continuer à travailler dans ce domaine, voire se professionnaliser.

L'OUED donne un avant goût, à l'échelle étudiante, de ce que peut être la solidarité internationale. C'est un moyen important de créer des vocations dans ce domaine, et de motiver l'étudiant à évoluer dans cette démarche en intégrant plus tard, des organisations plus professionnelles.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADYATMAKA A.

School-based Primary Preventive Programme for Children. Affordable Toothpaste as a Component in Primary Oral Health Care.

Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1998.

2. ALBANDER JM, BROWN LJ et LOE H.

Clinical features of early-onset periodontitis.

J Am Dent Assoc 1997; **128**: 1393-1399.

3. AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE.

Dossier thématique. L'AOI comment : la démarche de développement.

AOI Inf Sept 2003;28:2-4.

4. AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE.

Questions-réponses.

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

(consulté en Septembre 2008).

5. AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE.

Fiche de présentation, 21 Mai 2008.

<http://www.aoi-fr.org/index%20partie%20droite.htm>

6. ATLAS DU MONDE.

Mauritanie.

<http://www.atlas-monde.net/Afrique/La-Mauritanie.html>

(consulté en Avril 2009).

7. BALIQUE H.

Les programmes de santé.

Actual Dossier Sante Publique 2000; **30**:43-50.

8. BENZIAN H.

Cours DU « les ONG dentaires : idéal et réalités ».

Clermont-Ferrand : Université de Clermont-Ferrand, 2006.

9. BENZIAN H et VAN PALENSTEIN HELDERMAN W.

Implementation of a Basic Package of Oral Care: towards a reorientation of dental NGOs and their volunteers.

Int Dent J 2006; **56**:44-48.

10. BENZIAN H et VAN PALENSTEIN HELDERMAN W.

Les ONG dentaires: leur réalité, leur impact et les challenges pour l'avenir.

Inf Dent 2007a;89(10):6-8.

11. BENZIAN H et VAN PALENSTEIN HELDERMAN W.

Améliorer l'accès aux soins dentaires dans les pays en développement, le rôle des différents personnels.

Inf Dent 2007b;89(10):20-22.

12. BONIFACE P.

Atlas des relations internationales.

Paris : Hatier, 2003.

13. BRUCKER G et CANESTRI A.

Epidémiologie des priorités de santé dans les pays pauvres.

Actual Dossier Sante Publique 2000;30:20-25.

14. CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY.

The world factbook. Mauritania.

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mr.html#people>
(consulté en Avril 2009).

15. CODES YVELINES.

La santé Publique. Approche thématique.

http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/sante_publique.php
(consulté en Novembre 2008).

16. CODES YVELINES.

Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au 21eme siècle.

http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/declaration_jakarta.php
(consulté en Novembre 2008).

17. COORDINATION SUD.

Qui sommes nous ?

<http://www.coordinationsud.org/spip.php?rubrique11>
(consulté en Septembre 2008).

18. COORDINATION SUD.

Cours DU « Les ONG françaises dans la solidarité internationale et le développement. Panorama des acteurs et de leurs partenariats ».

Clermont-Ferrand : Université de Clermont-Ferrand, 2006.

19. COORDINATION SUD.

Présentation du secteur des ONG françaises.

<http://www.coordinationsud.org/spip.php?rubrique113>
(Consulté en Septembre 2008).

20. COORDINATION SUD.

Les ONG dans la tempête mondiale, nouveaux débats, nouveaux chantiers, pour un monde solidaire.

Paris : Charles Léopold Mayer, 2004:55-74.

21. DICKSON M et DICKSON G.

Volunteering: Beyond an Act of Charity.

J Can Dent Assoc 2005;71(11), 865-859.

22. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

Déclaration de principe, le rôle de l'équipe dentaire, Septembre 2006.

http://www.fdiworldental.org/federation/assets/statements/FRENCH/Prevention/Fluor_et_carie.pdf

23. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

Rapport de la conférence de planification de la santé bucco-dentaire dans la région africaine, 2004.

http://www.fdiworldental.org/public_health/assets/Activities/Nairobi/Nairobi_Report_Fr.pdf

24. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

Rapport annuel de la FDI 2007-2008.

http://www.fdiworldental.org/federation/assets/annual_report/2008AnnualReport_F.pdf

(consulté en Novembre 2008).

25. FISCHER E.

Diagnostic de santé communautaire. Synthèse méthodologique à l'usage des professionnels de santé dans les pays en voie de développement.

Clermont-Ferrand: Université de Clermont-Ferrand, 1995.

26. FLACHENBERG F.

Projets d'aide au développement : le paradoxe de la pérennité.

<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/PerenniteInjonctionParadoxale.pdf>

27. FLORI Y A.

Financement des politiques de santé.

Actual Dossier Sante Publique 2000;**30**:31-34.

28. FONTAINE D.

Cours DU: Aide mémoire, " Etude de milieu, planification et mise en oeuvre des programmes".

Clermont-Ferrand : Université de Clermont-Ferrand, 2006.

29. FONTAINE D.

Le grand huit de l'action...pour ne pas tourner en rond.

Inf Dent 2007;**89**(10):16-19.

30. FORUM MONDIAL POUR LA RECHERCHE EN SANTE.

Rapport 10/90 sur la recherche en santé, 2000-2002.

<http://www.globalforumhealth.org>

31. FRENCKEN J, HOLMGREN C et VAN PALENSTEIN HELDERMAN W.

Basic Package of Oral Care. 2002.

<http://www.whocc-nijmegen.nl/BPOC.pdf>

32. FRENCKEN J et HOLMGREN C.

Atraumatic restorative treatment for dental caries.

Nijmegen: STIbook, 1999.

33. GARERENNE M, GAKUSI E et LERY A.

La transition sanitaire en Afrique subsaharienne.
Actual Dossier Sante Publique 2000;**30**:26-30.

34. GOBBERS D et PICHARD E.

L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest.
Actual Dossier Sante Publique 2000;**30**:35-42.

35. GROSSI S et GENCO R.

Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship.
Ann Periodontol 1998; 3:51-61.

36. HARLEM BRUNDTLAND G.

Combattre la pauvreté en améliorant la santé. Un nouvel axe pour l'OMS.
Actual Dossier Sante Publique 2000; **30**:62-64.

37. INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES.

Transition sanitaire.

<http://www.ined.fr/fr/lexique/bdd/mot/Transition+sanitaire/motid/105/>
(consulté en Novembre 2008).

38. MACHAY J et ERIKSEN M.

The tobacco Atlas.

Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

39. MIKX F.

Comment réduire l'écart entre les besoins et l'offre des services dentaires ?

Université de Nimègue, Pays-Bas.

www.whocc-nijmegen.com

40. MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES. DIRECTION DE LA PROTECTION SANITAIRE.

Revue de l'Initiative de Bamako en Mauritanie. Rapport Finale, 2000.

<http://www.sante.gov.mr/NR/rdonlyres/73359060-CC7E-4EFC-BAD4-0A787DF97200/0/RH084.pdf>

41. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programm.

Community Dent Oral Epidemiol 2003; **31**(suppl.1):3-24.

42. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french
(consulté en Septembre 2008).

43. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Intégrer la prévention aux soins de santé, 2002.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/fr/>
(consulté en Septembre 2008).

44. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

A propos de l'OMS.

<http://www.who.int/about/fr/>

(consulté en Octobre 2008).

45. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Santé Bucco-dentaire, aide mémoire.

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

(consulté en Octobre 2008).

46. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Promotion de la santé : adoption de la charte de Bangkok pour répondre aux enjeux de la santé mondiale.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/index.html>

(consulté en Septembre 2008).

47. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Charte de Bangkok.

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

48. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Rapport sur la santé dans le monde 2006.

http://www.who.int/whr/2006/whr06_overview_fr.pdf

(consulté en Novembre 2008).

49. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

L'OMS et les objectifs du Millénaire pour le développement.

<http://www.who.int/mdg/fr/>

(consulté en Novembre 2008).

50. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Liste des médicaments essentiels.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs198/fr/index.html>

(consulté en Septembre 2008).

51. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Intégrer la prévention aux soins de santé. Aide mémoire 2002.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/fr/index.html>

(consulté en Septembre 2008).

52. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

La définition de la santé de l'OMS.

Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé.

<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

53. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Rapport du plan d'action pour la promotion et la prévention intégrée de la santé bucco-dentaire 2007.

http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_r5-fr.pdf

(consulté en Novembre 2008).

54. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

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

http://www.fdiworldental.org/federation/assets/statements/FRENCH/Prevention/Fluor_et_carie.pdf

55. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Global Strategies to reduce the Health Care Burden of Craniofacial Anomalies.

Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

56. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Fluorures et santé bucco-dentaire. Rapport d'un comité OMS d'experts sur la santé bucco-dentaire et l'utilisation des fluorures. Série de Rapports techniques N° 846.

Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1994.

57. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts. Série de Rapports techniques, N° 916.

Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2003.

58. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Rapport sur la santé dans le monde 2002 ; Réduire les risques et promouvoir une vie saine.

Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

59. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Rapport suRF 1 (Surveillance of Risk Factors Related to Noncommunicable Diseases).

Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2003.

60. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Mauritanie.

<http://www.who.int/countries/mrt/fr/>

(consulté en Avril 2009).

61. OPERATIONS DE PAIX.

Devoir et Droit d'ingérence.

<http://www.operationspaix.net/-Devoir-et-droit-d-ingerence->

(consulté en Octobre 2008).

62. PETERSEN E.

Stratégies OMS, pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections.

Inf Dent 2007;**89**(10):4-5.

63. SHAY K, BERKEY D, BECK J et coll.

The First Internationale Conference on rural Ageing : A Global Challenge. Proceedings of the oral health component.

Int Dent J 200;**51**:177-264.

64. STEWARD BW et KLEIHUES P.

World Cancer Report.

Lyon : Centre international de Recherche sur le Cancer de l'OMS, 2003.

65. TOMAR SL et ASMA S.

Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III.
J Periodontol 2000;**71**:743-751.

66. UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION.

Social Indicators.

<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/socind/hum-sets.htm>
(consulté en Avril 2009).

67. U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.

Oral Health in America: A report of the surgeon General. Rockville, Maryland.
National Institute of Health, 2000.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5021a1.htm>

68. WATT R.

Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion.
Bull World Health Org 2005; **83**(9):711-718.

69. WEIL H.

Rapport moral 2007 de l'AOI.

Montrouge : Aide Odontologique Internationale, 2008.

70. WIKIPEDIA.

ONG.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_non_gouvernementale
(consulté en Septembre 2008).

71. WIKIPEDIA.

Ingérence humanitaire.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Ing%C3%A9rence_humanitaire
(consulté en Octobre 2008).

72. WIKIPEDIA.

Etat en droit international.

http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tat_en_droit_international
(consulté en Octobre 2008).

73. WIKIPEDIA.

Le tabagisme.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tabagisme>
(consulté en Février 2009).

74. WIKIPEDIA.

Politique de la Mauritanie.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Politique_de_la_Mauritanie
(consulté en Avril 2008).

75. WIKIPEDIA.

Mauritanie.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Mauritanie>
(consulté en Avril 2009).

76. WIKIPEDIA.

Santé Publique.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_publique
(consulté en Novembre 2008).

RÉSUMÉ

Le concept d'aide aux pays en voie de développement a évolué dans le domaine de l'odontologie, depuis que l'OMS et ses collaborateurs ont établi de véritables stratégies de promotion de la santé bucco-dentaire. Le rôle d'une action d'aide au développement est désormais d'appuyer les missions locales et non de s'y substituer. Que penser de l'OUED, petite association d'étudiants, aux moyens limités, dont l'action en Mauritanie est plus de l'ordre de « l'Humanitaire » que de « l'aide au développement »? Cette action n'a qu'un impact restreint, notamment sur le long terme ; mais c'est pour les étudiants, une découverte intéressante du monde de la solidarité internationale, qui peut amener à créer des vocations dans ce domaine