

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2017

Thèse N°2017-TOU3-3008

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Chloé GARCIA

Le 6 janvier 2017

ÉTUDE ET PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE
CHEZ UNE POPULATION AUTOCHTONE COLOMBIENNE :
« LES U'WAS »

Directeur de thèse : Pr Philippe POMAR
Co-directeur de thèse : Dr Rémi ESCLASSAN

JURY

Président :
Assesseur :
Assesseur :
Assesseur :

Professeur POMAR Philippe
Docteur ESCLASSAN Rémi
Docteur DESTRUHAUT Florent
Docteur RAPP Lucie



Faculté de Chirurgie Dentaire



➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Marie-Christine MORICE

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mme VALERA

Mme DARIES, Mr MARTY

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Assistant Associé :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Mr BOYADZHEV

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistant :

Adjoints d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle BARON,

Mr DURAND, Mr PARAYRE, Mr ROSENSWEIG

57.01 PARODONTOLOGIE***Chef de la sous-section :*** **Mr BARTHET**

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr RIMBERT, Mr ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION***Chef de la sous-section :*** **Mr COURTOIS**

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme CROS,

Adjoints d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE)***Chef de la sous-section :*** **Mr POULET**

Professeur d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE,

Assistant Associé : Mme FURIGA-CHUSSEAU

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT,

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE***Chef de la sous-section :*** **Mr DIEMER**

Professeur d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DUEYMES, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR

Adjoints d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)***Chef de la sous-section :*** **Mr CHAMPION**

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants : Mr. CHABRERON, Mr. EMONET-DENAND, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGEANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE***Chef de la sous-section :*** **Mme JONOT**

Maîtres de Conférences : Mme JONOT, Mr NASR

Assistants : Mr. CANCEILL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI

Adjoints d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr VERGÉ

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1991).

Mise à jour au 22 novembre 2016

REMERCIEMENTS

Je dédie cette thèse à mon **père** Raymundo.

Ce travail m'a permis de passer des moments privilégiés et inoubliables à tes côtés, à découvrir et redécouvrir d'où tu viens, d'où je viens.

Gracias por todo, te quiero mucho !

À ma **maman**, Florence, pour ton soutien inconditionnel, je sais que tu es présente tous les jours à mes côtés et ce malgré les 8811 km qui nous séparent.

Merci d'allier avec douceur le grand coup de pouce au petit coup de pied au derrière...Je t'aime fort Ma!

À **Julien**, mon amour, parce que je suis fière d'avancer dans la vie avec toi. Je t'aime.

À ma famille française d'être toujours là, prête à tendre la main : à **mamie Zette** et **papi Albert**, aux **Falguières** et aux **Roques**.

À mes cousines **Maelle** et **Justine**, entre disputes de chipies et témoins de mariage nous en avons fait du chemin ensemble !

A mi familia Colombiana: **Garcias, Ramones, Navarros y Velandias** por el apoyo amisto y desinteresado que me dieron durante mis días de observación! Particularmente para **Sofia**, todo mi agradecimiento por su preciosa ayuda sobre el terreno.

À mon petit binôme **Clémence**, ma complice : pour nos fermetures de clinique (parce qu'on était souvent les dernières à partir), pour nos mini-disputes (mon côté retardataire et ton côté hypocondriaque peut-être ?) et nos maxi fous rires, pour nos pas de danse fétiches et nos soirées croque-monsieur... Bref si c'était à refaire je repasserais sans hésiter ces 3 années de clinique avec toi !

À mes Moches, cette bande de copains que j'aime tant depuis la P2:

Ma fouine reine des olives (**Céline**), ma princesse Assad émotive (**Chloé**), ma Nanaey (**Nathalie**), mon Elisou (**Elise**), mon compagnon de Faro Lucien (**Lucie**), mon attachante (**Carole**), ma habibitch (**Neila**), mon portuguesh (**Enzo**), mon Toto (**Thomas**), mon Jackie (**Mathieu**) et l'ariegeois (**Jules**).

Pour ces années inoubliables à vos côtés et pour toutes celles à venir ! J'espère qu'on sera encore ensemble pour les 25 ans de Loulou !

À ma bande de copines : **Karine, Pauline, Noémie, Julie** et **Alizée**. Cette team pleine de caractères différents que la danse a réuni (*#babtou*). Parce qu'on se booste au quotidien : « il faut sortir de sa zone de confort ! ».

A todos mis **amigos caraqueños** del Colegio Francia, siempre en mi corazoncito (*A llora' pa la 53*).

Aux docteurs **Isabelle Rotier** et **Kafia Guemari**, ainsi qu'à **Brigitte** et **Marie-Luce** pour leur confiance et leur gentillesse lors de mes débuts.

Aux docteurs **Anne-Lise Gerhardt** et **Jean-Michel Gabriel-Robez**, **Estelle** et **Vanessa**, pour leur confiance, je suis honorée d'intégrer prochainement votre cabinet.

Aux docteurs **Luc Raynaldy**, **Jacques Azuelos** et **Elena Rosca** pour les vendredis en clinique sud à Rangueil où nous avons tant appris.

À **Aline Lecomte** pour les brosses à dents et dentifrices que j'ai pu donner aux indiens lors de ce travail.

A **las maestras** de la escuela de la Laguna.

A **Viviana** del Instituto Caro y Cuervo de Bogotá.

Enfin, je souhaite aussi dédier cette thèse à mon oncle **Luis**, à mon parrain le **Dr. José Aguillón**, ainsi qu'à toute la communauté **U'wa de la Tamarana**.

A notre président du jury et directeur de thèse,

Monsieur le professeur POMAR Philippe

- Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Lauréat de l'Institut de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de la Salpêtrière,
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie de l'honneur et de la confiance que vous m'avez accordés en acceptant de diriger ainsi que de présider cette thèse.

Veillez trouver en ce travail ma plus vive reconnaissance et l'expression de mes chaleureux remerciements.

A notre co-directeur de thèse,

Monsieur le docteur ESCLASSAN Rémi

-Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier
d'Odontologie,

-Docteur en Chirurgie Dentaire,

-Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),

-D.E.A. d'Anthropobiologie

-Ancien Interne des Hôpitaux,

-Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan,
Toulouse-Rangueil et Pharmacie (L1),

-Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et
Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR

5288 – CNRS,

- Praticien qualifié en Médecine Bucco-Dentaire (MBD)

*Nous vous remercions sincèrement de nous avoir fait l'honneur
de bien vouloir co-diriger cette thèse.*

*Merci pour votre disponibilité et vos conseils, vous avez su nous guider
tout au long de ce travail avec intérêt et bonne humeur.*

*Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude
et de notre profonde considération.*

A notre jury de thèse,

Monsieur le docteur DESTRUHAUT Florent

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales en Anthropologie sociale et historique,
- Certificat d'Études Supérieures en Prothèse Maxillo-Faciale,
- Certificat d'Études Supérieures en Prothèse Conjointe,
- Diplôme Universitaire de Prothèse Complète Clinique de Paris V,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Vous avez accepté avec spontanéité de faire partie de notre jury de thèse et nous vous en remercions.

Pour votre bienveillance durant ces années d'études, veuillez croire, Monsieur, en nos respectueux remerciements.

A notre jury de thèse,

Madame le docteur RAPP Lucie

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 Santé Publique

*Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie
de ce jury.*

*Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité
lors de notre stage hospitalier à l'Hôtel Dieu.*

*Veuillez trouver dans ce travail, l'assurance de nos
sentiments les meilleurs et de notre vive reconnaissance.*

SOMMAIRE

<u>AVANT PROPOS.</u>	12
<u>INTRODUCTION.</u>	13
<u>1. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE L'AMÉRIQUE LATINE.</u>	15
1.1. Particularités de l'Amérique Latine.	15
1.2. La Colombie	17
1.2.1. Un pays avec 50 ans de guerre	17
1.2.2. Une économie en pleine croissance	18
1.2.3. Culturel : Une panoplie de cultures	19
1.2.4. Social : Les diverses ethnies colombiennes	20
<u>2. CHOIX D'UNE POPULATION POUR MON ÉTUDE : LES « U'WAS »</u>	21
2.1. Les U'was : Géographie et histoire	21
2. 2 Les « U'was Tamaranes » ou « Tunebos » :	29
2.2.1. Mode de vie: entre tradition et occidentalisation	29
2.2.2. Une vie en communauté	30
2.2.3. Habitudes alimentaires	33
2.2.4. Hygiène, apparence physique et vestimentaire.	37
2.2.5. L'Etat et les services de santé chez les U'was	38
<u>3. MISE EN PLACE ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.</u>	39
3.1. Objectifs de l'étude	39
3.2. Population cible	39
3.3. Matériels et méthode	40
3.4. Présentation des modalités d'évaluation et questionnaire	43
3.5. Résultats	46

4. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE	48
4.1. Discussion :	48
4.1.2. A propos de l'état parodontal.....	49
4.1.3. A propos de l'état carieux.....	54
4.1.4. A propos de la perte dentaire.....	58
4.1.5. Problèmes articulaires et occlusaux.....	59
4.1.6. Situation par rapport à la prothèse.....	59
4.2. Conclusions : Corrélations avec le mode de vie	60
5.2.1. Vieillesse dentaire prématurée ou bon état bucco-dentaire ?	60
5.2.2. Habitudes alimentaires et mode de vie.....	60
 5. PRÉVENTION ADAPTÉE À CETTE POPULATION.....	67
5.1. L'aide humanitaire dans le monde.....	67
5.1.1. Les acteurs de cette aide.....	67
5.1.2. Les actions menées	68
5.2. Le système de santé colombien.....	72
5.3. Pistes de réflexion : comprendre les inégalités.....	81
5.4. Quels changements d'habitudes réalisables ?.....	83
5.5. Une aide du gouvernement ?.....	87
5.5.1. Aide essentielle à une meilleure qualité de vie et intégration	87
5.5.2. Exemple du système de bus médical.....	89
 CONCLUSION	90
 BIBLIOGRAPHIE.....	94
 ANNEXES ET PHOTOGRAPHIES.....	99

0. AVANT PROPOS.

Le choix de ce sujet de thèse me tenait à cœur. En effet, ma mère et mon père ont travaillé auprès des U'was pour leur thèses respectives : ma mère sur un projet linguistique de description de leur langue à tradition orale et mon père une thèse en psychologie du travail.

« ... la santé bucco-dentaire renvoie à la santé de notre bouche mais, surtout, elle conditionne la santé de notre corps dans sa globalité et elle en est le reflet. »

Regina Benjamin, ancienne Surgeon General des Etats-Unis, 2010.

INTRODUCTION.

La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général mais aussi pour la qualité de vie, pour le bien-être de chacun. Une dentition saine à chaque étape de la vie est nécessaire à toutes les fonctions humaines essentielles comme se nourrir, parler, sourire. Les dents contribuent à rendre le visage unique.

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la santé, la santé bucco-dentaire se caractérise par « *l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial* ». [1]

La bouche est aussi le miroir du corps, révélatrice de maladies systémiques et de mauvaises habitudes de vie. Des soins bucco-dentaires adaptés, qu'ils soient préventifs ou curatifs, permettent de réduire la mortalité prématurée.

Mais la santé buccodentaire demeure bien souvent un « luxe » pour la plupart de la population mondiale.

La Colombie est un pays plein de contradictions, avec une asymétrie profonde entre les classes sociales : il existe une brèche énorme qui sépare une minorité qui a concentré la richesse du pays et une population majoritaire qui s'est appauvrie (seuls 2% des colombiens possèdent 80% des terres). Ceci a mis la société colombienne dans une agitation sociale permanente, sur le plan politique, économique et éthique. [2][3][4]

Dans ce contexte, les populations indigènes dont fait partie la population U'wa, ont un statut et une position à part, et sont encore à l'heure actuelle trop laissées pour compte. Il n'existe que très peu d'études consacrées à ce peuple indigène colombien.

Ce travail de thèse a pour vocation l'ouverture et l'élargissement de notre art dans un domaine qui relève d'habitude de l'ordre des sciences humaines.

Comment est vue la dentisterie dans une région isolée du monde ? Quelle importance a-t-elle dans la vie quotidienne d'une population autochtone ? Comment est-elle perçue, au niveau médical comme au niveau esthétique ? Quel est l'état bucco-dentaire d'une population ayant un mode de vie traditionnel, non occidentalisé ?

Quels sont les systèmes mis en place et est-il nécessaire d'apporter une aide extérieure, préventive ou curative ?

Autant de questions qui sont suscitées au fur et à mesure de ce travail et auxquelles nous nous sommes efforcés de trouver des réponses.

Dans une **première partie** nous présentons la Colombie, avec son histoire, ainsi que ses particularités économiques et sociales.

Puis nous nous intéressons dans une **deuxième partie** à la population U'wa, en évoquant tout d'abord la civilisation précolombienne Chibcha, ancêtre des U'was, puis leurs particularités et leur mode de vie.

Dans la **troisième partie** nous présentons notre étude avec les résultats obtenus et nos observations sur le terrain en comparaison avec des données européennes et du reste de la population colombienne.

Nous terminons dans une **quatrième partie** sur la dentisterie humanitaire, par les actions mises en place et par des propositions pour améliorer leur prise en charge au niveau dentaire mais aussi au niveau global.

1. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE L'AMÉRIQUE LATINE.

1.1. Particularités de l'Amérique Latine.

Tous les pays d'Amérique Latine ont des racines communes : ils ont été façonnés par la colonisation et sont ainsi les héritiers d'un socle hispanique et catholique.

L'indépendance de nombreux États du continent et leur émancipation ont été rendues possibles non pas par des révoltes populaires (à l'exception du Mexique), mais par des élites créoles, des descendants de « blancs » inspirés par des modèles politiques français. Ceci va entraîner par la suite de grandes inégalités entre un peuple exclu et un pouvoir détenu par des oligarques créoles. [3][5]

Le vénézuélien Simon Bolivar, figure emblématique de l'époque, inspiré par les idées du mouvement des Lumières français, eut l'ambition en 1819 de créer une république de Grande Colombie. La *Gran Colombia* comprenait le Venezuela, l'Équateur et la Colombie, dont faisait partie le Panama. Les tensions interrégionales des peuples qui intégraient cette république et les conflits frontaliers vont rapidement anéantir les projets d'unification de la région (*Figure 1*).



Figure 1 : Les territoires compris dans la Gran Colombia (J.Leclerc, 2010)

« Nous ne sommes ni indiens, ni espagnols: nous sommes quelques chose d'intermédiaire entre les légitimes maîtres du pays et les usurpateurs espagnols »

Simon Bolivar

Entre latinité et métissage, l'Amérique Latine possède une identité culturelle forte qui va au delà des différences nationales. On assiste à un réveil identitaire, notamment avec l'apparition du mouvement de l'indianisme, qui va à l'encontre d'une mondialisation et donc vise entre autre à s'émanciper des Etats-Unis. [3][6]

Depuis plus d'une décennie, en Amérique Latine et tout particulièrement pour la Colombie, on observe une réduction de la pauvreté, portée par certains éléments favorables :

Le premier est le développement économique qui affiche un taux de croissance maintenu autour de 5 % et s'accompagne de progrès indéniables dans le domaine social. Loin de l'image d'une région en proie à la violence, au trafic de drogue, à la corruption et à la misère, le sous-continent affiche désormais globalement dans le domaine social des caractéristiques propres aux pays émergents : ascension des classes moyennes, réduction de la pauvreté, transition démographique, attractivité économique, voire même une inversion des flux migratoires.

Le deuxième est une démographie qui se rapproche désormais de celle des pays développés. C'est en effet la première région du monde en développement à avoir entamé sa transition démographique et elle se voit ainsi confrontée à la nécessité de prendre en charge un nombre croissant de personnes âgées, alors même que le nombre de jeunes reste élevé. On assiste donc à une réduction des taux de croissance qui facilite la redistribution tout en posant à moyen terme le problème du vieillissement de la population. [7]

1.2. La Colombie

La Colombie est le quatrième pays le plus grand et le plus peuplé d'Amérique Latine avec plus de 48 millions d'habitants. C'est le pays d'Amérique du sud qui a le plus de pays frontaliers : l'Equateur, le Pérou, le Brésil, le Venezuela et le Panama ; c'est le seul pays d'Amérique du sud pourvu d'une côte pacifique et d'une côte caraïbe.

La majorité des centres urbains est située dans les hauts plateaux de la cordillère des Andes, mais le territoire colombien englobe également la forêt amazonienne, les llanos et les côtes caraïbe et pacifique. [8]

1.2.1. Un pays avec 50 ans de guerre.

La Colombie est larvée par un conflit armé qui est né en 1964 à la suite d'une insurrection paysanne influencée par l'émergence du communisme. A partir de 1966, ce mouvement va être relayé par une guérilla organisée : la rébellion marxiste des Forces Armées Révolutionnaires Colombiennes (FARC), qui lance une campagne d'attentats. Le mouvement M-19, dans le sillage de la FARC, lance dans les années 1970 une guérilla urbaine. Au fil des années, la FARC qui compte encore 5765 combattants, a impliqué guérillas d'extrême gauche, paramilitaires d'extrême droite et forces de l'ordre, faisant plus de 260000 morts, 45000 disparus et 6,9 millions de déplacés. [9][10]

Les négociations entre la FARC et le gouvernement colombien se tiennent depuis quatre ans. Le 2 octobre dernier, le plébiscite de paix a été rejeté par une courte majorité (50,2%) de votants en contre. Cependant, le cessez-le-feu bilatéral, entré en vigueur le 29 août, n'est pas remis en question.

Les opposants à l'accord jugeaient le texte trop laxiste sur certains points : il permettait à la plupart des ex-guérilleros d'être amnistiés ou de bénéficier de peines alternatives s'ils passaient aux aveux. Il accordait un minimum de cinq sièges à la chambre des députés et cinq sièges au Sénat pour les FARC, ainsi elles devaient pouvoir en emporter davantage dès les prochaines élections en 2018. [11]

Ces accords ont été négociés à La Havane, mais le document avait été signé six jours plus tôt à Carthagène, par le président Juan Manuel Santos et le chef des FARC, Rodrigo Londoño, alias « Timochenko ».

Le prix Nobel de la paix a été décerné au président Santos, même si le gouvernement a perdu le plébiscite de paix. Tout cela a déclenché un vrai sentiment de « besoin de paix », mais d'une paix avec justice, pour tout le monde, surtout pour les victimes. Le 2 octobre 2016 pourrait donc marquer une date historique pour un démarrage de la Colombie dans un développement global.

1.2.2. Une économie en pleine croissance.

La Colombie est à l'heure actuelle la troisième puissance économique d'Amérique Latine en terme de PIB. Ce pays affiche une croissance constante depuis une dizaine d'année, croissance qui est la plus importante du continent avec celle du Pérou. [5]

La principale source d'économie du pays est la production de café, de fleurs, d'émeraudes, de charbon, de pétrole, d'or et de fruits. Les recettes d'exportation et revenus fiscaux sont largement dépendants des cours des matières premières énergétiques et de la conjoncture internationale. La situation chaotique du Venezuela a beaucoup impacté le marché colombien.

Le potentiel agricole agroalimentaire de la Colombie est très important et sous-exploité, faute d'investissement. Par ailleurs, le développement de certaines productions à vocation commerciale (café, cacao, canne à sucre) passe bien souvent au dépend de culture vivrière. [8]

Actuellement, et grâce à la grande diminution de l'insécurité, on assiste à un développement important du tourisme en Colombie, qui a un potentiel énorme.

Le principal atout du pays est sa façade pacifique et caribéenne, mais la géographie du pays, traversé par trois cordillères complique les échanges entre les régions. [12]

Le pourcentage de la population sous le seuil de pauvreté est passé de 49,70% en 2002 à 28,5% en 2014 selon les données de la Banque Mondiale.

La pauvreté touche inégalement les groupes sociaux et les territoires. Les taux sont dans l'ensemble plus élevés pour les groupes indigènes et dans les territoires ruraux, ce qui alimente encore l'exode rural. Cependant, c'est dans les villes que les pauvres sont les plus nombreux, les inégalités de revenus se combinent avec des risques environnementaux et industriels plus importants, des conditions de logement précaires, des problèmes de transport et l'absence de services et d'espaces verts. De plus, l'accès difficile à l'éducation et à la santé, rend la sortie de la pauvreté très difficile. [7]

1.2.3. Culturel : Une panoplie de cultures

L'arrivée de Christophe Colomb, le 12 octobre 1492 sur le continent Américain marque l'ouverture à des transformations culturelles les plus grandes de l'Histoire. Porte d'entrée de l'Amérique du Sud, la Colombie a été un des pays les plus influencés par ces mélanges culturels.

Plus de 500 ans après, le pays est reconnu comme pluriculturel et multilingue, avec l'existence de 87 ethnies indigènes, avec 64 langues amérindiennes et 13 familles linguistiques. [13]

On ne connaît pas exactement le nombre de natifs amérindiens avant l'arrivée de Colomb, les chiffres fluctuent entre 3,5 et 100 millions d'habitants. Ce qui est certain, c'est que la Colombie était peuplée par une variété de cultures, de symboles, de traditions, de coutumes, d'arts et de savoirs qui ont été ignorés, méprisés et détruits dans leur majeure partie par les colons européens. [13]

La population native a été disséminée à plus de 90%, du fait du travail forcé dans les mines, des maladies méconnues apportées par les européens et enfin par l'initiative de « civilisation » des conquistadors d'un côté et l'urgence de la christianisation de l'autre, par l'Eglise de Rome. Dès le XVIème siècle, l'institution de l' « encomienda » donnait le droit à un conquérant espagnol d'utiliser le travail d'un groupe d'indien, qu'il devait en échange évangéliser. Il s'agissait en fait de relations « maître-esclave », où l'encomendero était propriétaire de l'indien qui pouvait être vendu, enfermé la nuit, mal nourri et brutalisé.[14][15]

Durant la Conquista, il y avait une séparation entre les territoires soumis aux lois de la métropole espagnole et ceux soumis aux lois indigènes ou indiennes, pourtant le métissage a commencé dès cette époque. A l'origine le terme « métisse » désignait l'enfant d'un blanc et d'une indienne, mais il s'est agrandi à tous les sang-mêlé. Notons par exemple que le conquistador Hernan Cortes, célèbre conquistador du Mexique avait une maitresse indienne, « *la Malinche* », avec laquelle il eut un fils. Le métissage opère dans tous les domaines, culturels comme religieux. [3]

Les rébellions qui surviennent en Amérique Latine ont de plus en plus de fortes bases culturelles et identitaires et s'accompagnent de la résurgence de mouvements tels que l'indianisme, qui marque la volonté d'expression et de politisation de certaines populations locales. [3]

1.2.4. Social : Les diverses ethnies colombiennes

La Colombie est très diverse ethniquement, avec un patrimoine culturel très varié, né d'une interaction entre les descendants des colons espagnols, des esclaves africains, de l'immigration du XXème siècle venue d'Europe et du Moyen-Orient avec les premiers habitants indigènes.

A la fin du XIXème siècle la population indigène représentait 25% de la population colombienne, à la fin du XXème, elle ne représentait plus que 1,6% des colombiens.

Jusqu'en 1991, les indiens colombiens étaient soumis à la loi 089 du 25 novembre 1890 qui déterminait « *la manière selon laquelle doivent être gouvernés les sauvages en cours de civilisation* » : « *Le gouvernement, selon l'autorité ecclésiastique, permettra de déterminer comment ces sociétés émergentes devraient être régies. (Art 1er). Les indigènes sont assimilés par la présente loi à la condition des mineurs, pour la gestion de leurs biens, ... (Art 40e)...* »

Cette loi n'a cependant pas empêché les revendications de certains peuples indigènes, qui réclamaient leur droits, comme le mouvement de « Quintin Lame » pour la récupération de leur terres dans la région du Cauca, mouvement qui sera suivi par de nombreux peuples indiens du territoire. En 1970 ces mouvements indigènes initient une lutte organisée pour la défense de leur culture, de leur terre, de leur connaissance et savoir qui porta ses fruits lors de la Constitution de 1991, où ils furent reconnus comme ayant des spécificités et des organisations sociales particulières. [13]

Les premiers principaux peuples autochtones colombiens étaient les Muisca, les Quimbayas et les Tayronas.

2. CHOIX D'UNE POPULATION POUR MON ÉTUDE : LES « U'WAS »

2.1. Les U'was : Géographie, histoire

Les tunebos s'appellent entre eux les *U'was*, qui signifie dans leur langage « personnes intelligentes qui savent parler ». Ils nomment les non indiens «*Rioa*».

Les U'was sont les descendants des Chibchas (ou Muiscas comme ils se dénommaient eux-mêmes, qui veut dire « Homme » en langue Chibcha) qui vécurent de 600 à 1600 après JC.

Au début du XVI^e siècle ils étaient l'un des groupes indigènes les plus importants de l'actuel territoire de la république de Colombie. Quand en 1537 les troupes espagnoles arrivèrent sur les hauts plateaux de la Cordillère orientale, elles trouvèrent un peuple qui était parvenu à développer une culture plus avancée, par certains de ses aspects, que celle de leurs voisins des basses terres tropicales et subtropicales. L'économie chibcha reposait essentiellement sur la culture intensive de diverses plantes propres au climat froid ou tempéré, que sont la pomme de terre, le maïs, le manioc et différentes racines comestibles. [13]

Les muiscas ont développé une importante industrie métallurgique au service notamment des gouvernants qui l'utilisaient pour renforcer leur prestige et faire savoir leur autorité. Les représentations scénographiques en orfèvrerie ont été très fréquentes chez les muiscas, dans leur mythologie, l'or était considéré comme un dieu et une force de création. [16]

L'activité des orfèvres ne s'est interrompue qu'au XVI^e siècle, lorsque leur travail, qu'ils accomplissaient auparavant comme une fonction magique et religieuse, s'est limité à l'exploitation des gisements aurifères pour les ressources fiscales de la couronne espagnole.

Art et technique de cire perdue :

Le coulage en moule avec un noyau, également connu sous le nom de procédé à la « cire perdue », a été très fréquemment employé pour réaliser des objets aux formes compliquées, comprenant parfois des pièces mobiles complémentaires. [17]

Le procédé était le suivant :

- La pièce était modelée avec de l'argile mélangée à du charbon.
- L'objet obtenu était recouvert d'une couche de cire sur laquelle on plaçait des petits cylindres en cire pour permettre le passage de l'or fondu, ainsi que quelques supports pour maintenir le noyau en bonne position.
- Sur cette préparation on plaçait une grosse couche d'argile qui formait une sorte de cuirasse extérieure.
- Une fois la cire éliminée par chauffage, le métal était coulé et allait occuper l'espace libre laissée par la cire. En brisant le moule d'argile, on obtenait l'objet d'orfèvrerie qui était la fidèle reproduction du modèle initial (*Figure2*).

Lorsque l'on voulait réaliser un récipient, on extrayait le noyau d'argile et de charbon afin de le rendre creux. Cette technique permettait de faire une grande économie de métal précieux et l'on pouvait par la suite ajouter à la pièce principale des éléments supplémentaires. Pour l'élaboration de pièces plates comme les bijoux, le procédé était identique sauf que l'on réalisait le modèle en cire et non en argile mélangée au charbon. Ce système est toujours de nos jours l'une des techniques classiquement utilisée pour la réalisation de prothèse fixée ou coulée par les laboratoires de prothèses dentaires.



Figure 2 : Exemple de statuettes réalisées par la technique de la cire perdue, conservées au Musée de l'or de Bogota (Garcia 2016)

La cérémonie de la lagune de Guatavita : [17]

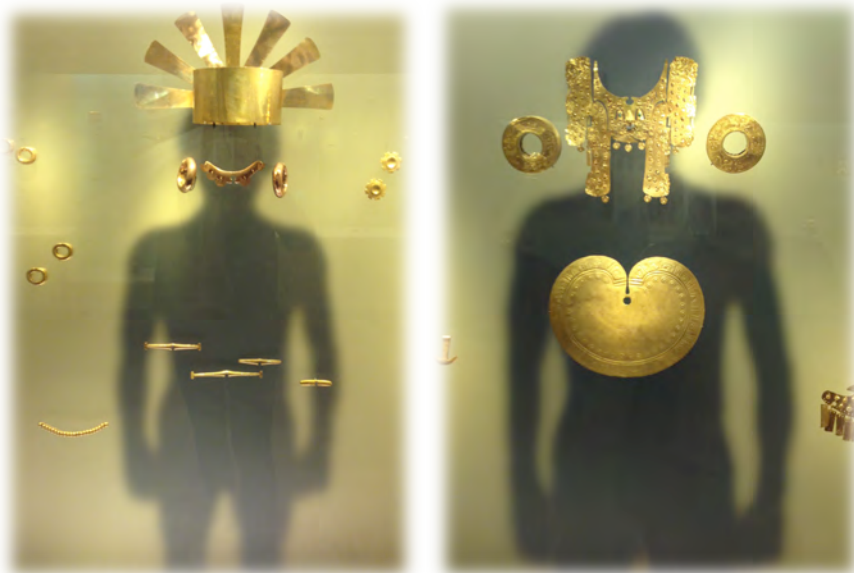
C'est cette cérémonie politico-religieuse qui a donné naissance à la fameuse légende de l'El Dorado.

Lors de son intronisation, l'héritier d'une seigneurie avait le devoir de consacrer sa première journée à la lagune sacrée, pour faire des offrandes aux dieux de la tribu qui étaient jetées au milieu de la lagune et ainsi rétablir l'équilibre de l'univers. Ces offrandes consistaient en or en poudre, *tunjos* (figurines anthropomorphes) et bijoux de toutes sortes en or. De nombreux objets en or furent découverts par la suite dans cette lagune et sont actuellement conservés au Musée de l'or de Bogota.

Le futur cacique ainsi que les puissants seigneurs qui l'accompagnaient étaient vêtus de riches atours, parés de couronnes d'or, d'ornements pectoraux, de pendants d'oreilles, de plumes de toutes les couleurs (*Figures 4 a et b*). Cette cérémonie avait pour but de célébrer le culte des divinités de la tribu qui résidaient au fond de la lagune. Selon la légende, l'épouse principale du cacique de Guatavita, ayant été accusée d'adultère, aurait été obligée de manger en public les parties viriles de son amant. Accablée par la honte et le chagrin, l'épouse se serait alors jetée avec sa fille dans la lagune et toutes deux auraient disparu. Lorsque le cacique, plein de remord aurait tenté de retrouver sa fille et sa femme, il aurait découvert cette dernière mariée au petit dragon de la lagune et le corps de sa fille inerte, les yeux dévorés par le dragon. Dès lors, la lagune de Guatavita est devenue un lieu sacré où se déroulèrent des rites et cérémonies pour rendre hommage à l'épouse du cacique dont la silhouette apparaissait régulièrement aux prêtres pour annoncer des événements heureux ou malheureux à la tribu (*Figure 3*).



Figure 3 : La Balsa de la ofrenda, le Radeau de l'offrande, une des pièces principales du Musée de l'or de Bogota, retrouvée dans la lagune de Guatavita. (Musée de l'or, Colombie. Banco de la Republica éditions Delroisse, 1982)
Au centre se situe le cacique, accompagné par les grands dirigeants et des rameurs.



Figures 4 a et b: Exemples de parures portées lors de cérémonies sacrées. Musée de l'or de Bogota (Garcia 2016)

Quelques chiffres :

La population indigène est estimée à environ 1 400 000, ce qui correspond à 3,4% de la population totale, avec une majorité d'hommes.

Cette population est plutôt jeune, 40% a moins de 15 ans, avec un taux élevé de natalité et de mortalité. Le groupe d'âge ayant la majeure concentration de population est celui des 0-4 ans, suivi du groupe de 5-9 ans.

La relation de dépendance démographique est la relation entre la population considérée comme dépendante (en âge cela correspond aux moins de 15 ans et aux plus de 65 ans) et la population potentiellement active (entre 15 et 64 ans). Cette relation permet d'établir le nombre de personnes en âge non productif pour 100 individus considérés comme productifs. Cette relation est de 81 chez la population indienne, contre 59 pour le reste de la population colombienne, c'est à dire que pour 100 indigènes en âge « productif », il y a 81 indiens en âge dépendant. [13]

Les indiens U'wa (ou Tunebos dans le langage courant) se situent principalement dans la région nord du département de Boyacá, à l'est de la cordillère orientale. Ils sont également présents dans les départements de Norte de Santander, Santander, Arauca et Casanare, ainsi qu'une petite partie du Venezuela. Le territoire U'wa est défini par la Sierra Nevada de Chita ou Cocuy qui est au centre (Ortiz y Pradilla 1987 ; Headland, 1976 et 1977; P.N.G 1986 ; Roques, 1988).

On dénombre environ 3000 indiens U'wa en Colombie selon le ministère du gouvernement.

COMUNIDAD	FAMILIAS	HABITANTES	HECTAREAS	POSESION
Buitrago-Tegria (2)	1	7	20	Saneada*
Cobarria (1)				
Rinconada	12	92	2440	Sin sanear
Bokotá	76	261	20000	Sin sanear
Cobarria	61	324	8000	Sin sanear
Tegria	66	401	15000	Sin sanear
Santa María Pérez (2)	8	28	100	Saneada
Mejias (2)	5	24	600	Saneada
Uncacias (2)	4	14	150	Saneada
Uncaria - Tegria (2)	3	7	50	Saneada
Chavaraquia (2)	15	64	3000	Saneada
Uncaria (2)	14	72	8000	Saneada
Angosturas (1)	15	80	3282	Sin sanear
Curipal (1)	8	47	7000	Sin sanear
Aguablanca (2)	65	384	8000	n.d.
Barrosa**	32	195	400	Con colono
Tabatinga**	12	60	49	Con colono
La Mulera-Cascajal**	15	75	645	Con colono
Segocia-Uncasia Viejo**	15	70	439	n.d.
Uncasia Nuevo**	7	35	70	n.d.
Tamarana-La laguna**	20	132	90	n.d.
Barronegro-Chaparral				
(Sácama-Casanare)	32	150	n.d.	n.d.
TOTAL	486	2882	77335	

Figure 5 : Localisation des différentes communautés U'was.

(Minorias, upme.gov.co)

Actuellement, les U'was vivent soit dans leurs terres ancestrales, comme c'est le cas pour les U'was Tamarana, soit dans des zones appelées « *resguardos* », c'est à dire des zones protégées dans lesquelles on a déplacé ces populations. Les « *resguardos* » sont des titres de propriété collective ayant les mêmes garanties que la propriété privée. La réserve territoriale des tunebos est de 47440 hectares. (Figure 5)

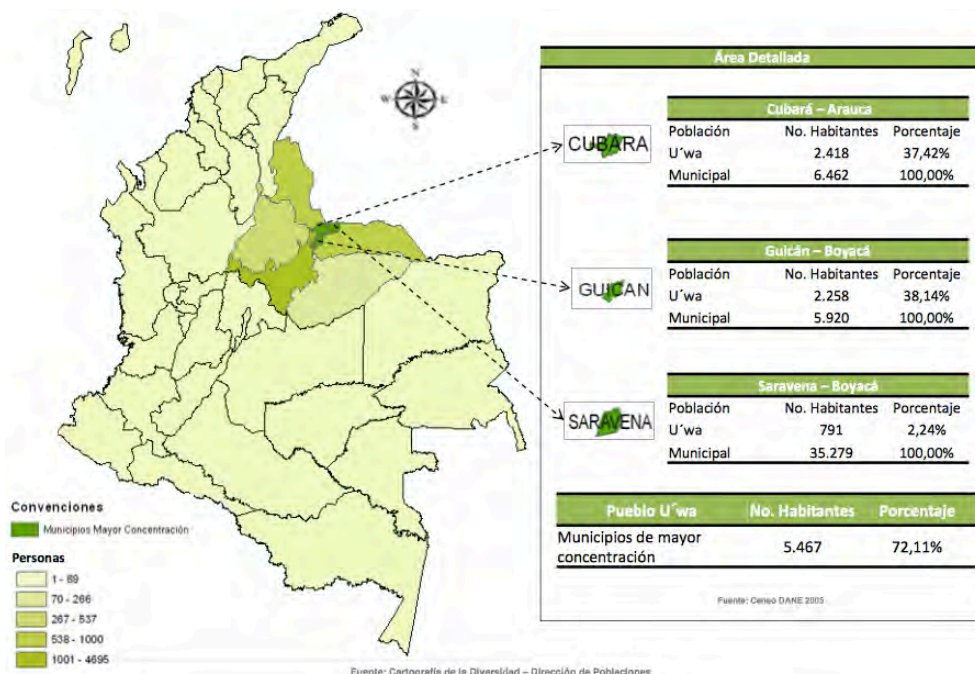
Comme l'indique le tableau ci-dessus, la tribu Tamarana est composée de 132 personnes, divisée en 20 familles. Elles habitent près de la rivière du même nom : « la quebrada Tamarana », et font partie de la tribu plus large des *Unkasias*. Leur territoire s'étend sur 90 hectares.

Le déplacement des territoires ancestraux a augmenté en raison notamment de la présence de groupes de guérilla dans toute la région de la Sierra Nevada del Cocuy. Cette zone présente des niveaux d'altitudes très variés qui vont de 5493 mètres dans la montagne « Nevado del Cocuy » jusqu'à 250 mètres dans les plaines du département d'Arauca. Il y a ainsi une grande variété de climats, allant du climat de haute montagne tropicale avec des températures inférieures à 10°C au dessus de 3100 mètres, à un climat très humide de forêt tropicale ; entre les deux il y a un climat humide des terres tempérées avec une température oscillant entre 12 et 18°C. Il y a donc dans cette région une faune et une flore extrêmement variées.

On retrouve également beaucoup de rivières comme le rio Valegre, le Cubugón et le Bojabá, affluents du fleuve Arauca : ces rivières sont très importantes dans la vie des tunebos. [15]

Le territoire du Sarare, qui correspond au nord-est de la région, est une zone qui est restée non explorée par les « Blancs » jusqu'au début du XX^{ème} siècle. C'est dans cette zone qu'ont pris refuge de nombreux indiens afin d'échapper aux colons espagnols.

En 1914, le département Norte de Santander organise une expédition au Sarare pour étudier les perspectives économiques de la région ; y participe le Père Rochereau, prêtre français de la communauté des Eudistes de Caen, théologien mais aussi et surtout anthropologue et botaniste renommé. Cette région étant l'unique porte d'entrée entre les Llanos Orientaux et le nord du pays, le gouvernement a de grands intérêts politiques à ce que les colons s'installent là, notamment pour le transit de bétail en provenance d'Arauca afin d'éviter de passer par le Venezuela. Peu à peu une route est créée, en 1959 elle arrive à Gibraltar, limite entre les départements Norte de Santander et Boyacá, ainsi que des villages comme Cubara en 1961 et la ville de Saravena en 1966. Ainsi la population tuneba a été cernée d'abord par le sud-est puis plus récemment au nord, le long de la ligne Pamplona-Saravena. [14][15]



Figures 6: carte présentant la répartition des U'was sur les différents départements Colombiens (Ministerio de la Cultura, Cartografía de la Diversidad- Dirección de Poblaciones, DANE 2006)



Figure 7 : Carte présentant la répartition des différentes populations autochtones et leur langue. (Jacques Leclercs, L'Aménagement linguistique dans le monde, CEFAN)

Cette carte simplifiée illustre une partie des langues amérindiennes parlées en Colombie, ne donnant que quelques-unes des langues autochtones. On constate que ces langues sont situées aux extrémités du territoire, surtout à l'est et au sud, généralement à l'écart des centres urbains. La zone qui nous intéresse est la zone numéro 4.

Parmi les langues amérindiennes parlées aujourd'hui en Colombie, seulement trois comptent plus de 50 000 locuteurs : le wayu, le paez et l'embara. Le u'wa fait partie de la douzaine de langues comptant entre 1000 et 5000 locuteurs. [18][19]

2. 2 Les « U'was Tamaranes » ou « Tunebos » :

2.2.1. Mode de vie: entre tradition et occidentalisation.

On ne peut appréhender la culture des tunebos sans faire référence aux relations qu'ils entretiennent avec les « blancs ». De nature plutôt discrète et distante, ces indiens sont à part dans la société colombienne. Il existe un certain racisme vis à vis des U'wa, que l'on considère comme sous-développés, attardés. Le terme « tunebo » est souvent utilisé comme insulte, pour traiter l'autre d'imbécile.

Toute la communauté des tunebos Tamarana parle leur langue et la langue espagnole. Les plus jeunes ont parfois honte de parler le u'wa en présence des « blancs », ce qui est très nocif pour la conservation de cette langue à tradition orale. [14][15]

Les tunebos ont du mal à préserver leur identité et leur langue, en effet on a assisté à un bouleversement du mode traditionnel avec une occidentalisation du mode de vie.

Cette communauté vit essentiellement de cueillette, de chasse et de pêche, d'artisanat (hamacs et *mochilas*, des sacs tissés). Ils habitent dans des cabanes vétustes à quelques kilomètres en hauteur dans la montagne et passent beaucoup de leur temps à marcher : le matin ils descendent au village de Samoré et le soir ils remontent chez eux. On peut les croiser tout au long de la journée au bord de la route.

Certains travaillent comme main-d'œuvre agricole pour les « blancs », à la tâche ou à la journée, ils sont alors rétribués en espèces mais aussi en nature avec des vêtements, des médicaments, des outils de chasse et de pêche ainsi que du matériel de cuisine. [14]



Figures 8 a et b: maison U'wa de la Tamarana (Garcia 2016)

3.2.2. Une vie en communauté

Les U'wa ne vivent pas au sein de la communauté « blanche », mais regroupés dans des villages en hauteur dans les montagnes. Les habitations sont en bois avec un toit en tôle récupérée chez les « Blancs », avec en général une pièce principale et une chambre, ce qui entraîne une grande promiscuité. (*Figures 8 et 9*)

Ils se regroupent en général la journée, ne se déplacent que rarement seuls.

L'organisation du peuple U'wa se fait à travers des *cabildos*, qui sont des entités publiques, des conseils, dont les membres font partie d'une communauté autochtone. Le rôle des *cabildos* est de représenter légalement la communauté en gardant une organisation socio-culturelle traditionnelle. L'autorité se fait donc selon les lois, les usages et les coutumes propres à chaque communauté. Ces autorités cherchent également à créer des stratégies de défense des droits de ces peuples en dehors de leurs terres, leur identité sociale et territoriale, à fortifier le multiculturalisme et la lutte pour la récupération des terres. Citons parmi les principaux *cabildos* la ASOUWA (Association du peuple U'wa) ou encore la ASCATIDAR (Association de Cabildos et autorités Indigènes du département d'Arauca). [20][21]



Figure 9: Exemple de maison U'wa où se regroupent plusieurs familles (Garcia 2016)

Les différentes tribus U'wa sont chacune dirigées par un *Sira uwa* ou *Kareka*, c'est à dire un chef spirituel et politique. Le cacique assure l'organisation mais règle également les conflits entre habitants et représente l'autorité religieuse. Il tient aussi le rôle de guérisseur. [14][15]

Jusqu'à il y a peu de temps, pour les U'wa tout tournait autour du dieu *Sira* et de ses divinités servantes. Ces dieux représentaient l'autorité suprême et les représentants de ces dieux sur terre étaient les plus anciens du groupe: *Uejena*, l'autorité masculine et *Mansena* ou *Chauka* l'autorité féminine. Ces représentants avaient plusieurs rôles dans l'organisation de la tribu et notamment dans les cérémonies de passage à l'âge adulte ou

dans la médecine. Les Uejana devaient connaître des prières pour soigner les maladies les plus courantes (fièvre, maux de têtes, diarrhées) mais également aider aux accouchements difficiles et juger de la gravité d'un mal (épidémies, morsures de serpents, attaques d'animaux sauvages...). Ils s'occupaient aussi de la purification du *Yopo* ou *Akw'a*, un élément sacré de la culture U'wa, un intermédiaire permettant la communication avec leurs dieux mais aussi un médicament pour tous les maux. [22] [23] Le yopo est un puissant hallucinogène extrait de l'arbre *Anadenanthera*, c'est une poudre que l'on inhale avec un *soplador*, une cuillère ou un os d'oiseau à deux extrémités : le cacique souffle dans la première extrémité pour que le patient inhale la substance de l'autre côté (*Figure10*).

Ce rite ancestral permet la transformation expérimentale, un voyage vers les dieux protecteurs de l'humanité.



Figure 10: Exemple de soplador de yopo Guahibo en fibres végétales, os d'oiseau et graines (Expédition de Gerardo Reichel- Dolmatoff (1943) conservé à l'Institut Colombien d'Anthropologie et d'Histoire de Bogota)

Le système agricole traditionnel u'wa est une agriculture itinérante entre les différentes altitudes de la Sierra, le plus souvent chaque famille possède plusieurs petites maisons sur des aires climatiques différentes.

Le concept de propriété individuelle n'existe pas, la propriété est collective, l'usufruit de la terre est familial. Par ailleurs, la vente de terres n'est pas de coutume aussi par le fait que les héritages sont faits sans traditions juridiques. [22]

2.2.3. Habitudes alimentaires

Les U'wa se nourrissent essentiellement de plantes crues ou bouillies comme l'ortie géante (*Figure 11*). Ils exploitent deux types d'aliments : des produits sauvages et des produits cultivés. Les produits sauvages sont surtout collectés par les femmes et représentent une importante ressource alimentaire et permettent de remplacer la viande par des fruits, des graines, des racines (*rinoa*) et bourgeons suivant les périodes de l'année.

Certains fruits comme le *Kusara* sont consommés cuits ou crus, le *Rutona* est consommé rôti et récolté en avril. Un autre fruit important est la *Bagala* (*Figure 13*), c'est une sorte de grain rouge qui peut être consommé cuit ou rôti et est récolté entre mai et septembre. Ils cultivent le maïs, le manioc, l'ocumo, l'igname et autres racines, ainsi que la banane plantain (*Figure 12*), le café, les haricots rouges (6 classes différentes), mais aussi certains fruits comme l'orange, le citron, la goyave, le lulo, la mangue et la papaye.

Ils consomment également beaucoup de poissons qu'ils pêchent grâce à des pièges, des nasses ou des feuilles et racines venimeuses de « barbasco » qu'ils font macérer dans l'eau de la rivière pour tuer les poissons.

La chasse traditionnelle à l'aide de pièges, d'arcs et de flèches est en déclin, au profit de la chasse avec fusils obtenus par les « Blancs ». Ils chassent l'agouti, le lapin, le cochon des montagnes, le paresseux et plus rarement le tapir et le jaguar. [14][15]

Ils préparent un alcool à base de maïs ou de *chontaduro* (*Figure 14*) que l'on appelle *chicha*. Après avoir mâché le fruit, les U'was laissent fermenter la masse ainsi obtenue. Tous ces produits sont échangés entre les diverses familles. Généralement les hommes préparent la terre et les femmes et les enfants s'occupent de la récolte.

L'époque d'« hiver » ou *Ba'ra* qui correspond à la saison des pluies s'étend d'avril à août ; la saison sèche ou *Dita* s'étend de septembre à mars. [21][22]



*Figure 11: Feuille d'ortie
géante
(Garcia 2016)*



*Figure 12: Banane
plantain
(Garcia 2016)*



*Figure 13: Plante de
bagala
(Garcia 2016)*

*Figure 14: Chontaduro
(Michael Hermann, 2005)*



La coca :

Le cocaier (*Eruthroxylum coca*) ou arbre à coca est un petit arbre originaire des régions tropicales de l'Amérique du sud qui peut atteindre à l'état sauvage 5 à 6 mètres, mais qui est en général taillé pour rester plus court et permettre la récolte de feuilles. La coca est principalement cultivée dans la zone équatoriale et tropicale humide, entre 300 et 2000 mètres, au niveau des premières pentes des Andes et sur la plaine amazonienne. C'est une importante plante rituelle cultivée par de nombreux peuples indiens des Andes et de l'Amazonie. Dans les Andes c'est la variété *novogranatense* qui est cultivée, autrement appelée « coca colombienne ». (Figure 15) [24][25]



Figure 15: plante de coca (Delphine Vincent 2009)

Les feuilles de coca contiennent une douzaine d'alcaloïdes dont le principal est la cocaïne (méthylbenzoilecgonine).

La feuille de coca est consommée crue, directement cueillie de l'arbuste, séchée ou fermentée, et ce tout au long de la journée : elle est un coupe-faim efficace. En effet, la feuille mâchée provoque une légère anesthésie des muqueuses de la bouche et de l'estomac. L'effet sur le système nerveux est beaucoup moins fort que celui de la cocaïne pure. Les indiens mâchent les feuilles pour les broyer puis les conservent sous forme d'une chique sur le côté de la bouche entre les joues et les gencives, la salive s'imprègne alors du jus de la chique qui contient la cocaïne. L'alcaloïde pénètre à travers la muqueuse buccale et passe directement dans la circulation sanguine. [25]

« Chiquer » la coca est une tradition très ancrée dans les populations indiennes des Andes, elle est également consommée sous forme d'infusion de coca (maté de coca).

Pour extraire l'alcalin actif de la feuille, les indiens réduisent des coquillages marins ou des cendres végétales en fine poudre de chaux, la « *cal* », qu'ils mettent dans un « *poporo* », une sorte de gourde, souvent une coque de courge, fermée par un bâtonnet : cela permet la libération chimique de la cocaïne. [15][24]



Figure 16: Poporo quimbaya, pièce de l'époque classique Quimbaya. (-300 avant JC)

Cet objet est principalement composé d'or selon la méthode de la cire perdue.

Il fut à l'origine des collections du Musée de l'or de Bogota (Turista Perene, 2007)

Les indiens tout en mâchant la coca, aspirent la poudre alcaline sur le long du bâtonnet enduit de la poudre du poporo. Avec le temps, l'orifice du poporo se couvre d'une fine couche de calcium durcie par le frottement répété du bâtonnet. Selon la pensée indienne, les récipients sont comme des femmes, ils contiennent des substances qui se transforment pour créer la vie. [24]

Les Tunebos pensent que consommer la feuille de coca les rend plus lucides et plus résistants à la faim et à la fatigue. De la même façon que le café, le tabac ou l'alcool sont plus que de simples substances stimulantes, la coca est au centre des relations sociales indigènes. Par exemple, le marchandage du prix d'un animal se fait après que l'éventuel acheteur ait offert quelques feuilles de coca au vendeur et ce, de même pour demander un service ou simplement rendre visite à une autorité locale.

La coca a longtemps été utilisée par les chamans pour penser, renouveler et transmettre les connaissances sacrées grâce à ses effets activateurs de la concentration, de la mémoire et de la parole.

En fait « *el coqueo* », c'est à dire le rituel de la coca, est un des derniers vestiges de la culture autochtone des indiens, autant andins qu'amazoniens et une forme de résistance aborigène face à l'éradication des cultures de coca par le gouvernement. [15][21][22][23]

2.2.4. Hygiène, apparence physique et vestimentaire.

Les U'was n'ont plus de tradition vestimentaire mais sont habillés comme les occidentaux. L'apparence physique n'a pour eux aucune importance, les vêtements servent uniquement à couvrir le corps.

L'accès à l'eau étant relativement facile, les indiens ont une assez bonne hygiène corporelle : dans cette région il existe de nombreux ruisseaux et cascades d'eau douce et potable. Par ailleurs, le bain dans la rivière fait partie des rites traditionnels sacrés : une ancienne tradition, la *Kokora*, voulait que les jeunes filles durant leur puberté se lavent tous les jours à quatre heures du matin. Lors de la cérémonie de la fin de la puberté, les filles devaient avoir de beaux cheveux lisses et longs et le visage « rosé et élégant ». La notion de bonne santé est donc ancrée dans la mentalité tuneba. [21]

Le climat montagneux relativement doux, avec des nuits fraîches, empêche la prolifération de moustiques porteurs de maladies comme le zika, le chikungunya, la dengue ou le paludisme. (*Figures 17 et 18*)



Figure 17 : Toilette d'un enfant U'wa (Garcia 2016)



Figure 18: Paysage de la Tamarana (Garcia 2016)

2.2.5. L'Etat et les services de santé chez les U'was.

Les U'wa n'ont aucun moyen de transport. Ils marchent des heures durant, entre leurs maisons dans la montagne et les villages plus bas dans la vallée en suivant des sentiers boueux puis le bord de la route. Peu d'entre eux ont l'électricité.

Le cacique de la tribu joue le rôle de guérisseur, il reconnaît les différents maux ainsi que les remèdes et les prières pour les soigner. Notons que la feuille de coca est très utilisée pour ses effets analgésiques et consommée notamment en tisane.

Les centres médicaux les plus proches sont situés à Samoré à près de 3h de marche des villages les plus proches. Ils n'ont recours à ces centres que très rarement, lorsque le problème de santé est grave et ne guérit pas.

3. MISE EN PLACE ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.

3.1. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude étaient de mettre en évidence l'état bucco-dentaire de la tribu en réalisant l'examen bucco-dentaire d'une partie représentative de cette population.

Leur état de santé bucco-dentaire est assez mal connu en raison de la rareté des enquêtes réalisées dans ce domaine.

3.2. Population cible

Lors de cette étude nous avons réalisé l'examen clinique sur un échantillon de 51 personnes. Les individus devaient être des indiens U'was Tamarana vivant dans les villages aux alentours de la Tamarana, les métisses étant exclus de l'étude.

La répartition des sujets en fonction des classes d'âge est la suivante (*Figure19*):

- 24 enfants de moins de 15 ans, soit 48%
- 12 adolescents entre 15 et 20 ans, soit 21%
- 15 adultes de plus de 20 ans, soit 31%, dont 12% ont plus de 60 ans.

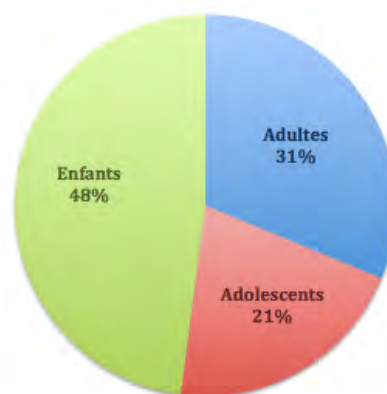


Figure 19: Répartition des sujets de l'échantillon en fonction de l'âge

Notons cependant que les tunebos ne savent pas leur âge, ils se demandent entre eux qui est né le premier mais ne savent pas faire d'estimation. Par exemple une femme âgée d'environ 70 ans m'a dit qu'elle devait en avoir 40.

Nous avons donc fait des approximations d'âge en nous aidant pour les enfants de l'âge dentaire.

La répartition des sujets en fonction du genre est la suivante (*Figure 20*):

- 28 femmes, soit 55%
- 23 hommes, soit 45%

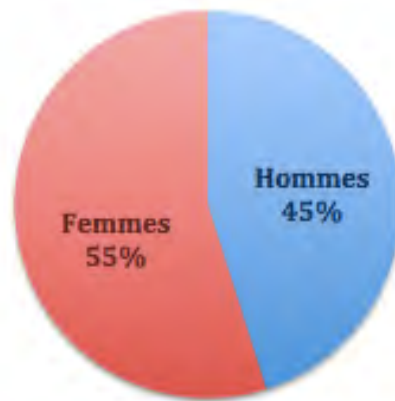


Figure 20: Répartition des sujets de l'échantillon en fonction du genre.

3.3. Matériels et méthode

Pour réaliser les différents examens cliniques, nous avons apporté des sets de consultation jetables à usage unique comprenant une sonde, un miroir ainsi qu'une précelle (*Figure 21*). Cela nous permettait d'avoir toujours les mêmes instruments dans un milieu où la stérilisation était impossible.

Donner le miroir en fin d'examen était aussi une manière de remercier la personne et de susciter la curiosité des autres.

La méthode utilisée pour cette étude a été celle enseignée en cours de pédodontie de la faculté d'Odontologie de Toulouse à savoir l'examen endobuccal par cadran, dent par dent.

J'ai été l'unique observateur durant ce travail.

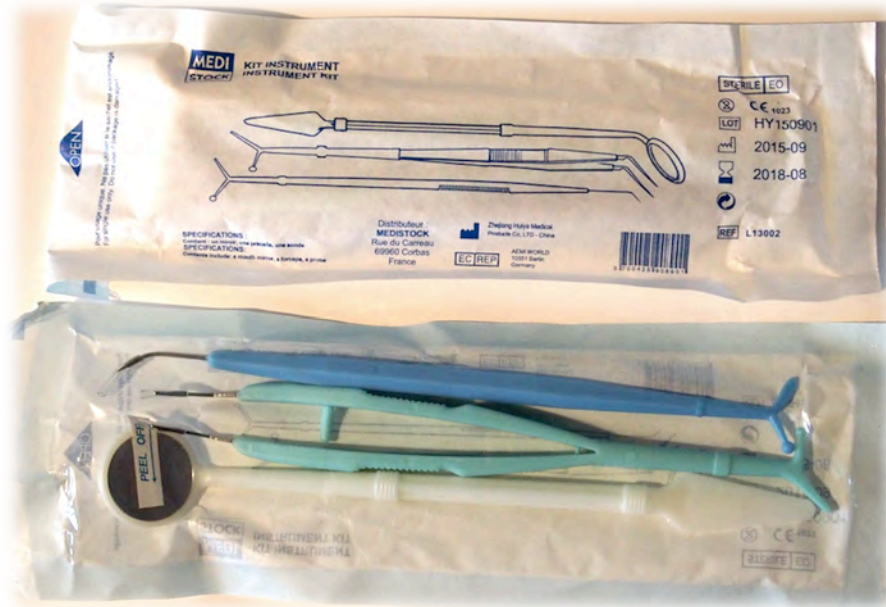


Figure 21: Set jetable utilisé pour l'examen endobuccal (Garcia 2016)

Comme nous n'avions pas de lieu de consultation, nous sommes allés à la rencontre des personnes au bord de la route, dans les différents villages et sur les chemins entre les maisons dans la campagne (Figures 22 a et b). L'examen se déroulait alors sur le lieu de rencontre, assis ou debout pour ne pas troubler la personne et de façon à favoriser la coopération. Les lieux de vie étant vétustes, nous avons veillé à ne pas bousculer leur environnement, que l'examen soit le plus rapide possible afin que le temps de l'ouverture buccale et donc de situation inconfortable soit le plus court possible.

Nous allions donc à la recherche des indiens car d'eux mêmes ils ne seraient pas venus à notre rencontre, même en sachant qu'une étudiante s'intéressait à leur santé bucco-dentaire.

À la fin de chaque entretien nous avons donné au participant une brosse à dent et un dentifrice fournis par Aline Lecomte de COLGATE®.



Figures 22 a et b: Conditions d'examen clinique (Garcia 2016)

3.4. Présentation des modalités d'évaluation et questionnaire

Nous nous sommes inspirés de diverses études sur l'état bucco-dentaire d'une population donnée, en particulier sur des études marocaines. [27][28][29]

Nous avons ainsi réalisé une fiche d'évaluation, que nous avons rempli au fur et à mesure de l'examen buccal de chaque individu.

Ce recueil de données était agencé de la façon suivante :

Âge :

Sexe :

Adresse :

MALOCCLUSIONS

- ☐ Aucunes
- ☐ Légères
- ☐ Modérées à sévères

Remarque :

ÉTAT PARODONTAL

- ☐ Sain
- ☐ Plaque
- ☐ Tartre
- ☐ Saignement
- ☐ Poche moyenne
- ☐ Poche profonde

Remarques :

CARIES

❖ Taux de prévalence :

Indice CAO

Dents cariées :

Dents absentes :

Dents obturées :

❖ Besoin en traitement dentaire :

Obturation simple :

Avulsion :

Traitement canalaire/pulpaire :

Remarques :

FLUOROSE**SITUATION À L'ÉGARD DE LA PROTHÈSE FIXE :**

Dents nécessitant d'être couronnée :

Dents couronnées :

Remarques :

SITUATION A L'ÉGARD DE LA PROTHÈSE AMOVIBLE :

➔ Prothèse partielle

Port et besoins au maxillaire :

à la mandibule :

➔ Prothèse totale

Port et besoins :

Remarques :

LÉSION BUCCO-DENTAIRE**HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE**

Accès à l'eau courante :

Brosse à dent et dentifrice :

Nombre de brossage par jour :

A quel moment de la journée :

Combien de temps par brossage :

Consultation chez un dentiste :

- ☐ Au moins 2x/an
- ☐ 1x/an
- ☐ Si douleur
- ☐ Autre

Dernière consultation dentaire datant de :

Proximité et difficulté d'aller chez un dentiste :

HABITUDES ALIMENTAIRES :

Consommation de sodas/bonbons/aliments sucrés :

- ☐ Peu ou pas
- ☐ Modérée
- ☐ Important : à chaque repas et en dehors.
- ☐ Grignotage

Quels sont aliments sont consommés régulièrement :

Remarques :

INFORMATION BUCCO-DENTAIRE :

- ☐ A l'école :
- ☐ Prévention, dépistage organisé par le gouvernement
- ☐ A la maison, éducation familiale
- ☐ A la télévision
- ☐ Dans les journaux
- ☐ Visite régulière chez le dentiste

Maîtrise du brossage

- ☐ Oui
- ☐ Peu
- ☐ Pas du tout

Remarques :

Connaissance des risques liés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire :

Importance du sourire :

- ☐ Faible
- ☐ Modérée
- ☐ Très importante

Emploi :

Fumeur :

Maladies :

En cas de maladie, de douleur, quels remèdes utilisez-vous ?

3.5. Résultats

Etat carieux :

Sur les 51 personnes examinées, seule une enfant de 10 ans présentait deux amalgames occlusaux sur deux molaires (une dent temporaire et une dent définitive) ainsi qu'une femme de 42 ans présentant deux amalgames occlusaux sur 26 et 36. Les autres participants à l'étude n'avaient aucun soin conservateur en bouche.

Endodontie :

Aucun des indiens n'a eu de traitement canalaire, ils ne savent pas ce que cela signifie.

Parodontopathies :

On remarque la présence de plaque dentaire mais pas de tartre. Une seule personne présentait des signes de parodontite sévère généralisée. Nous avons également pu observer une légère gingivite gravidique chez une femme de 20 ans.

Pour le reste de la population nous n'avons pas décelé de signes cliniques de parodontopathies, avec des sondages entre 2 et 3 mm sans saignements spontanés ou déclenchés.

Présence d'une coloration noire chez 39 individus, soit 76,5% de l'échantillon.

Perte dentaire :

35% des participants ont entre 1 et 7 dents manquantes pour les plus de 26 ans.

Situation par rapport à la prothèse :

Aucun des indiens examinés ne présentait de prothèse (fixe ou amovible).

Problèmes occlusaux et articulaires :

Présence de malpositions chez 23 individus adultes, soit 45% de l'échantillon.

Des facettes d'usure dentaire occlusale sont retrouvées chez 60% des adultes de l'échantillon : on retrouve de nombreux cas de bruxisme.

Informations et brossage :

Tous ont accès à l'eau car les villages sont situés proches de courants d'eau et de rivières.

Aucun tunebo n'a de brosse à dents et ne sait donc l'utiliser. Les connaissances des risques liés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire ne sont pas acquises, aucune information n'a été apportée et ils ne savent pas me dire à quel moment remonte leur dernière visite chez un dentiste.

En ce qui concerne l'alimentation, les U'was ne consomment pas d'aliments ou de boissons ayant du sucre ajouté type sodas, bonbons, gâteaux industriels.

4. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE.

4.1. Discussion :

4.1.1. Particularités anatomiques

Lors des différents examens buccaux, nous avons pu mettre en évidence certaines particularités anatomiques.

Tout d'abord, les U'wa présentent en général des arcades très larges, avec des dents larges et carrées. Mais malgré des arcades larges, on peut noter la présence de malpositions et d'encombrements dentaires.

Le Shovel shape incisor :

Les incisives latérales maxillaires présentent souvent un cingulum très profond et très marqué, « en pelle » : c'est ce que l'on appelle le *Shovel shape incisor*, c'est à dire une hypertrophie des crêtes marginales et du cingulum des face linguales et palatine, la fosse linguale étant alors très concave [30] (*Figures 23 a, b et c*).



*Figures 23 a, b et c: Exemples de shovel shape incisor retrouvés chez les U'was
(Garcia 2016)*

Ce caractère, est très présent dans la population U'wa, chez 74,5% des individus de notre étude. Il est plus souvent retrouvé chez les populations asiatiques (80% des chinois), les Amérindiens ainsi que chez les populations anciennes alors qu'il est rare en Europe et en Afrique. [31]

À retenir :

- **Particularité anatomique largement retrouvée : le Shovel Shape Incisor, ou incisive « en pelle »**

4.1.2. A propos de l'état parodontal

Nous avons décidé d'exclure de l'étude une personne de 80 ans qui présentait une parodontite agressive généralisée, dont les dents restantes étaient les 12,11, 44, 32, 33 et 34. En effet c'était la seule personne qui présentait des signes de maladie parodontale sévère. En fait cette dame a travaillé toute sa vie chez des « blancs » et a donc été nourrie avec une cuisine occidentale par ses employeurs ; elle n'a donc pas eu le même régime alimentaire que le reste des membres de la tribu. (*Figure 24*)



*Figure 24: Seule indienne U'wa rencontrée présentant une parodontopathie sévère
(Garcia 2016)*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on relève chez 15 à 20% des adultes d'âge moyen (entre 35 et 44 ans) des parodontopathies sévères, pouvant entraîner une perte de dents. En ce qui concerne les colombiens, la prévalence de maladies parodontales a augmenté ces dernières années de 50 à 73% de la population. [32]

Les U'was semblent donc largement en dessous des moyennes mondiales.

La coloration noire:

Nous avons pu observer chez 39 sujets, soit 76,5% des individus de l'étude, adultes et enfants confondus, la présence d'une coloration noire sous forme de ligne ou bande fine de quelques millimètres au niveau des surfaces vestibulaires et linguales, qui suit le feston gingival des parties coronaires. Cette coloration se retrouve aussi en points ou taches sombres. (*Figures 25 a, b, c et d*) [33]



*Figures 25 a, b, c et d: Exemples de Black Stains retrouvés chez des enfants U'was
(Garcia 2016)*

Cette coloration est extrinsèque, c'est à dire en dehors de la surface dentaire. Parmi les colorations extrinsèques, on différencie les colorations d'origine métallique, appelées taches indirectes, des colorations directes n'ayant pas d'origine métallique.

Les taches non métalliques sont absorbées sur la surface dentaire au niveau de la plaque ou de la pellicule acquise. Elles peuvent provenir de l'alimentation, des boissons comme le café ou le thé mais aussi de bactéries appelées bactérie chromogènes qui libèrent des toxines colorées. Il existe trois types de colorations possibles par ces bactéries : les colorations vertes et orange qui sont signes de mauvaise hygiène bucco-dentaire et la coloration noire qui est associée à une bonne hygiène ; elle est bénigne et n'a aucune incidence sur la vitalité de la dent. [34][35]

Cette coloration noire, appelée « Mesenteric line » par SHOURIE en 1947, porte aujourd'hui le nom de « Black Stains ». Elle peut toucher les dents temporaires comme les dents définitives et est plus fréquemment rencontrée en odontologie pédiatrique que chez l'adulte. Les Black Stains sont considérées comme une forme particulière de la plaque dentaire, avec une tendance à la calcification. [36]

Au cours du dernier siècle, l'étiologie de la tache noire a fait l'objet de nombreux débats. Selon les études réalisées entre 2001 et 2014, pour la plupart menées dans la population pédiatrique, la prévalence des Black Stains varie entre 2,4% et 18% avec une répartition égale entre les deux sexes. [35][37][38]

Le diagnostic différentiel se fait avec le tartre sérique, qui peut être signe de diabète chez le jeune enfant.

Classification des Black Stains :

Il existe plusieurs classifications concernant les colorations noires extrinsèques d'origine bactérienne, avec des critères différents pour chacune.

❖ La classification de Shourie : [36][40]

Elle propose trois critères :

- Absence de ligne (A sur la figure 26)
- Coalescence incomplète des taches sombres (B sur la figure 26)
- Présence d'une ligne continue formée par les points noirs (C sur la figure 26)

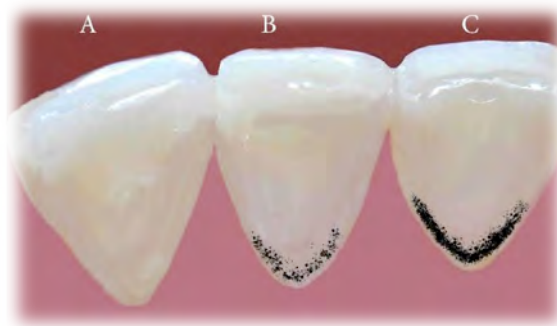


Figure 26: Classification des colorations noires extrinsèques d'origine bactérienne de Shourie

❖ La classification de Koch et al (2001) [40]

Cette classification ajoute à celle de Shourie la notion de grandeur : ces points noirs sont de diamètre inférieur à 0,5 mm, formant des liserés cervicaux



Figure 27: Classification de Koch et al (2001)

❖ La classification de Gasparetto et al. (2003)

Elle est basée sur le critère d'extension de cette coloration sur la surface dentaire. [41]

Elle décrit trois formes :

- Stade 1 : Présence de points pigmentés sous forme d'une fine ligne continue ou non parallèle au bord marginal de la gencive (*G sur la figure 28*)
- Stade 2 : Présence de lignes continues pigmentées facilement identifiables et limitées au tiers cervical de la couronne (*H sur la figure 28*)
- Stade 3 : Présence de taches pigmentées au niveau du collet dentaire dépassant la moitié du tiers cervical de la dent (*I sur la figure 28*)



Figure 28: Classification de Gasparetto et al. (2003)

Cependant, aucune des classifications n'est réellement utilisée dans la littérature, on parle plutôt de « présence » ou d' « absence » de Black Stains dans les publications.

Ces colorations noires sont souvent considérées comme un problème d'ordre esthétique, souvent mal vécu par les parents et l'enfant. Les personnes ayant ce type de coloration peuvent être moquées et subir des réflexions sur leur hygiène bucco-dentaire. Mais ce problème n'est pas retrouvé chez les U'was, qui n'y prêtent absolument aucune attention.

À retenir :

- **Pas de signes de parodontopathies**
- **Présence d'une coloration noire extrinsèque de type « Black Stains » chez 76,6% des individus, adultes et enfants confondus**

4.1.3. A propos de l'état carieux

La carie dentaire est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'un des plus grands problèmes de santé, le quatrième fléau mondial derrière les cancers, les maladies cardiovasculaires et le SIDA.

C'est l'une des infections les plus répandues chez l'être humain, près de 98% de la population mondiale présente au moins une carie avant l'âge de 18 ans, 60 à 90% des enfants scolarisés dans le monde et près de 100% des adultes ont des caries. [32]

C'est une lésion de l'émail et de la dentine suite à la formation d'acides provenant de la fermentation d'hydrates de carbone par des bactéries de la bouche.

Bien que le processus carieux concerne tous les individus, la fréquence de la carie varie entre populations, entre individus et chez un même individu au cours du temps. Parmi les facteurs de risque d'affections bucco-dentaires figurent une mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et une hygiène insuffisante de la bouche, sans oublier les déterminants sociaux. En effet les résultats de prévalence de la carie sont toujours associés à des variables socio-économiques, ces variables sont différentes selon les études : niveau d'études des parents ou leurs revenus et leur catégorie professionnelle, zone géographique scolaire, etc.. La situation socio-économique défavorisée au sens large est généralement associée à des scores d'indices carieux élevés. [42]

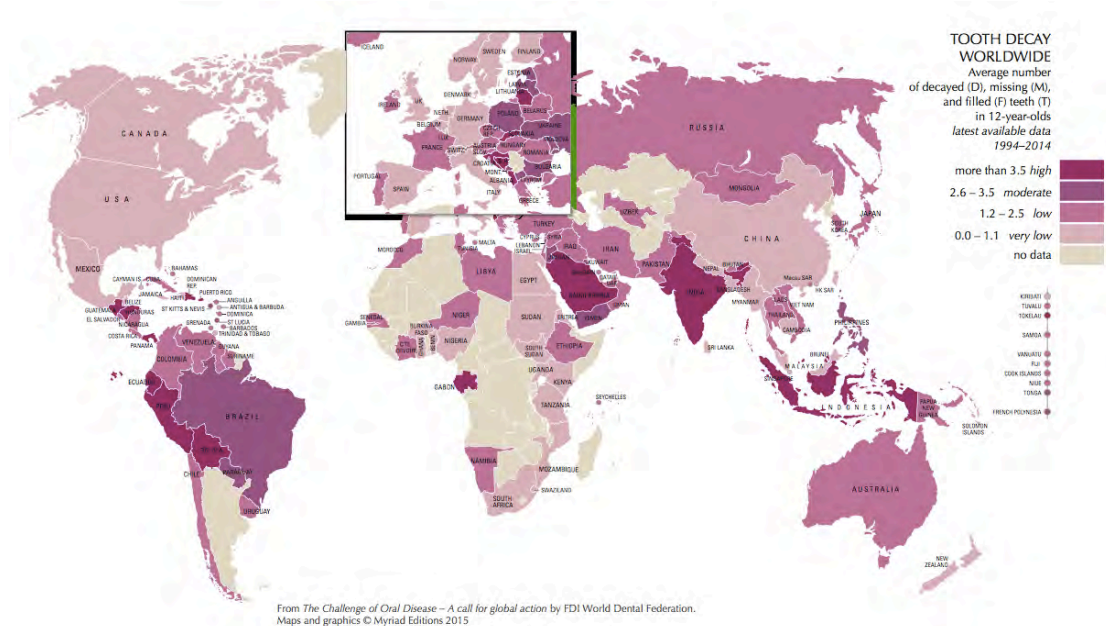


Figure 29: Répartition mondiale de la prévalence carieuse (The Challenge of Oral Disease, a call for global action, Atlas de la FDI, 2015)

Quelques chiffres européens :

Selon un rapport sur la santé dentaire en Europe par l'Eurobaromètre Spécial 330 datant de 2009 :

- 41% des européens ont toutes leurs dents naturelles
- 88% considèrent qu'il leur est possible d'aller chez un dentiste à moins de 30 minutes de leur domicile ou lieu de travail
- 57% sont allés consulté il y a moins d'un an

Quelques chiffres en France :

- 30% des enfants de moins de 12 ans présentent au moins une carie à soigner, 50% des 12-15 ans, 40% des adultes et 37% des personnes âgées. Donc en moyenne 39,2% des français ont au moins une carie non traitée.
- Le pourcentage des enfants indemnes de carie est passé de 12% en 1987 à 56% en 2006 (DREES 2013)

En terme de disparités socio-économiques, 67% des enfants de cadres sont indemnes de carie contre 50% chez les enfants d'ouvriers (DREES 2013).

Il ressort également que ce sont les enfants qui sont plus touchés par la carie, surtout les enfants en bas âges : on parle ainsi de carie de la petite enfance. [32]

Quelques chiffres en Colombie : [43]

Il existe de graves lacunes dans les données épidémiologiques récentes sur les maladies bucco-dentaires majeures en Colombie.

Selon une étude menée entre 2012 et 2014 par le ministère de la santé avec la participation de l'Université Javeriana, 56% de la population colombienne présente des caries non traitées. Cette étude n'avait pas été réalisée depuis seize ans. Elle a été réalisée auprès de 20 534 colombiens de 32 départements du pays, dont 80% faisait partie d'une zone urbaine. L'évaluation de la santé bucco-dentaire s'est faite en prenant en compte la prévalence de caries, la maladie parodontale, la fluorose, la présence de prothèses dentaires (majoritairement utilisées par les femmes).

L'étude a révélé une différence significative entre les diverses zones du pays sur la prévalence de caries : dans les départements comme Antioquia, Risaralda, Caldas ou Quindío, cette prévalence a diminué avec un pourcentage inférieur à 50% ; alors que dans les départements de Santander, Boyacá, Meta et Norte de Santander il y a une augmentation de la prévalence carieuse avec un pourcentage supérieur à 60% (départements dans lesquels habitent les U'was).

Cependant le faible nombre d'études nationales de santé bucco-dentaire (une en 1977, 1980 et 1997 par l'ENSAB), ne permet pas de mises à jours régulières des données statistiques de santé en Colombie et ne promeut pas la formation des politiques et programmes en matière de santé ainsi que l'évaluation de l'impact des stratégies de promotion de la santé bucco-dentaire.

En moyenne sur 32 dents, 5 sont perdues à causes de caries, 5 sont traitées et 2 sont cariées.

La prévalence de carie chez les enfants moins de 5 ans augmente, comme le souligne Fernando Ruiz Gomez, le vice ministre de la santé. Il a également affirmé que les colombiens commencent à perdre leurs dents très tôt, dès 15 ans avec une augmentation progressive de cette perte à 20 ans, la tendance étant la plus importante entre 35 et 79 ans.

U'was :

31,3% des participants présentent au plus 3 caries. Notons cependant que la prévalence carieuse au sein de la population n'est pas également répartie, par exemple, nous avons trouvé 10 caries dans la bouche d'une fillette de 9 ans, alors que la majorité des enfants ne présentait pas de caries.

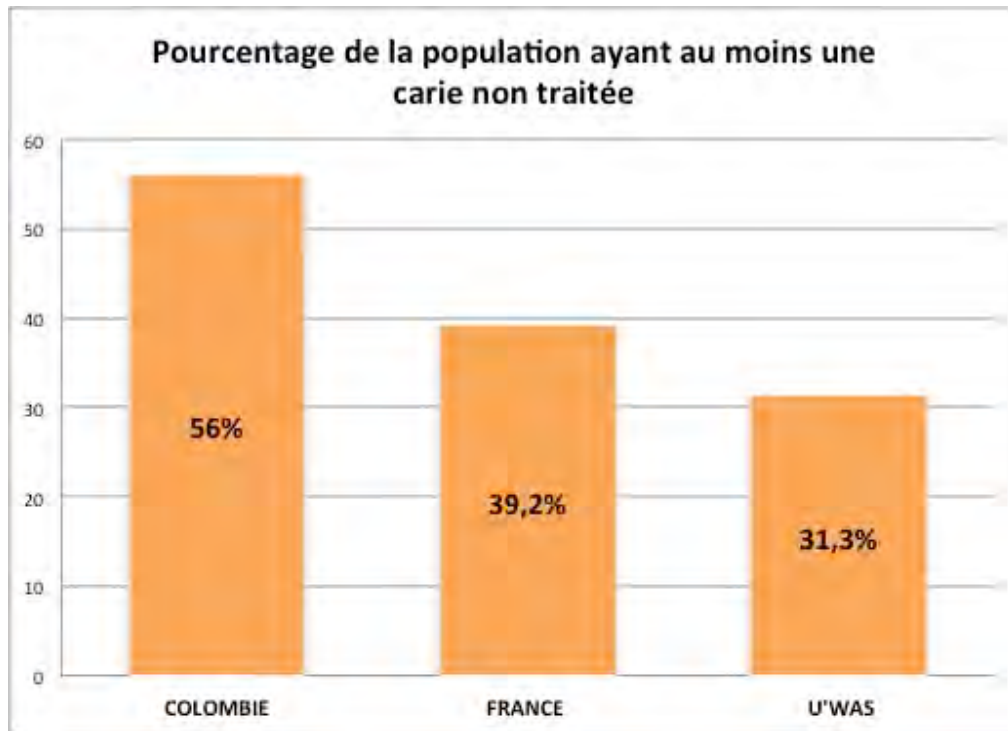


Figure 30 : Répartition de la prévalence carieuse entre la France, la Colombie et la tribu U'wa Tamaran.

À retenir :

- La prévalence carieuse chez les U'was s'apparente d'avantage à celle retrouvée en France qu'en Colombie.
- La majorité des caries est concentrée chez un petit nombre de U'was.

4.1.4. A propos de la perte dentaire

Les principales causes de la perte des dents sont des caries et les parodontopathies. La perte complète des dents naturelles est répandue et touche particulièrement les personnes âgées. Au total, près de 30% des personnes dans le monde, de 65 à 74 ans, n'ont plus de dents naturelles. [32]

Nous avons pu observer chez de nombreux adultes U'was la perte d'une des deux incisives latérales suite à un certain traumatisme. Cela est dû à leur manière de casser la coque du noyau du *chontaduro* pour le manger ; ce fruit étant très dur, l'action répétée de croquer avec l'incisive latérale finit par casser la dent. Les dents sont aussi un outil pour couper, casser des cordes, des branches ou des petits bouts de bois, au delà de la mastication. La perte d'une incisive pour cause traumatique est retrouvée chez 7 individus âgés, soit chez 28% des adultes de notre étude.



*Figure 31: Absence de l'incisive latérale droite (N°12) chez une femme U'wa
(Garcia 2016)*

4.1.5. Problèmes articulaires et occlusaux

On retrouve beaucoup de cas de bruxisme, de nombreuses facettes d'usure occlusale. Il y a de nombreux cas d'articulé inversé antérieur ou de bout à bout.

Les tunebos sont de grands consommateurs de feuilles de coca qui est mâchée telle quelle ou souvent mélangée à la « *cal* », une poudre de chaux ou de coquilles.

La mastication de la *cal* tout au long de la journée avec un fort pouvoir abrasif pourrait expliquer cette forte usure occlusale, avec des cuspidés creusées et des expositions dentinaires. La dentine exposée peut être évidée car elle est beaucoup moins résistante que l'émail. Bien souvent les cuspidés palatines des molaires maxillaires et les cuspidés vestibulaires des molaires mandibulaires s'usent plus vite. [44]

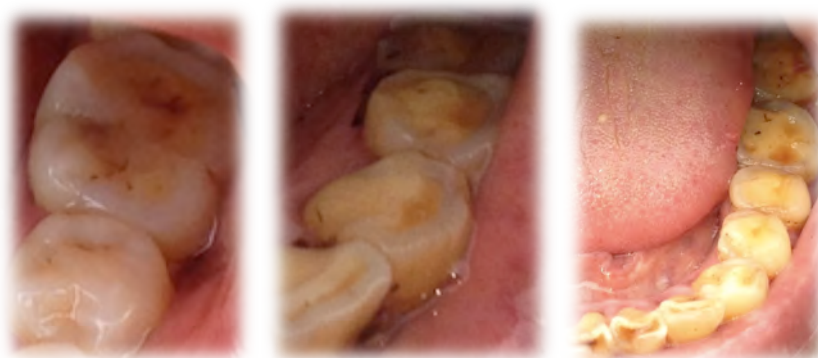


Figure 32 a, b et c: Exemples de facettes d'usures (Garcia 2016)

4.1.6. Situation par rapport à la prothèse

Lors de l'étude nous n'avons pu observer aucune prothèse en bouche, qu'elle soit fixe, amovible complète ou partielle.

Les U'was vont très rarement chez le dentiste, uniquement lorsque la douleur est importante et qu'ils ne peuvent enlever la dent eux-mêmes. Mais les dents manquantes ne sont pas remplacées, faute de moyens ou de besoin esthétique (cela n'est pas vu par eux comme étant une priorité).

On compare avec la France, 55% des plus de 65 ans sont porteurs d'une prothèse amovible selon un rapport de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire de 2004 et près d'un tiers des européens qui n'ont pas toutes leurs dents naturelles portent une prothèse dentaire amovible. [32]

4.2. Conclusions : Corrélations avec le mode de vie

Cette étude ne révèle que des tendances, basées sur un faible échantillon d'une population indigène donnée. C'est pourquoi, dans une prochaine étude, les travaux devraient être poursuivis sur des échantillons plus larges et des populations différentes afin de pouvoir comparer les résultats et mieux comprendre l'influence des différents facteurs environnementaux et socio-économiques.

Néanmoins, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses quant aux résultats obtenus lors de notre étude ci-dessus.

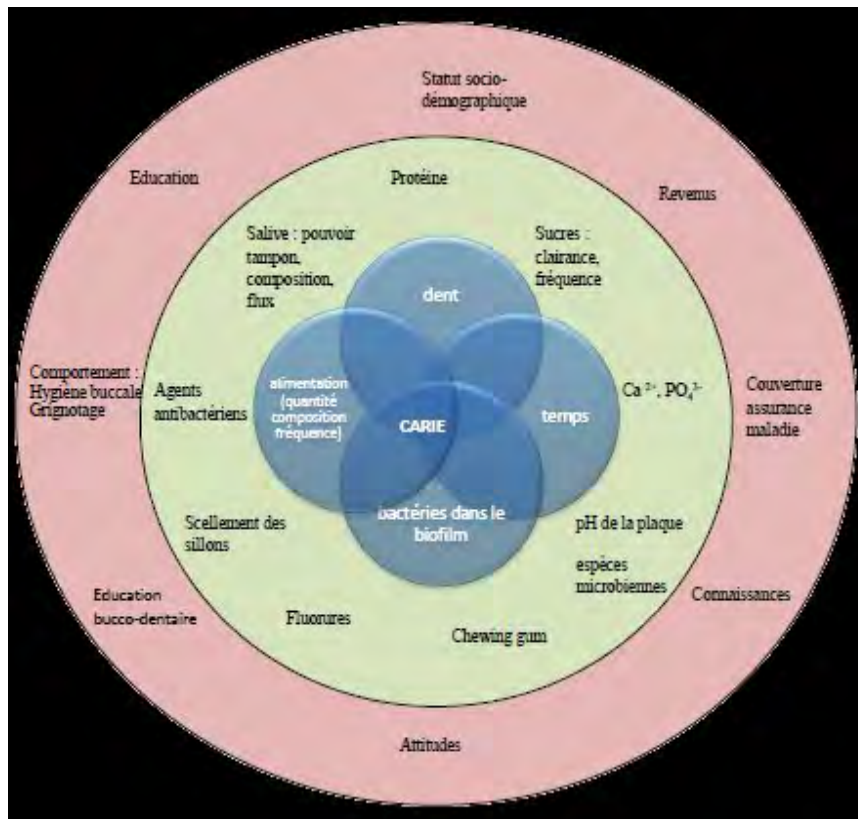
4.2.1. Vieillesse dentaire prématurée ou bon état bucco-dentaire ?

Les U'was présentent un état bucco-dentaire relativement bon, pour une population qui ne se brosse pas les dents et qui a un suivi bucco-dentaire quasi inexistant. Nous avons expliqué précédemment que les tunebos ont un accès assez difficile aux soins médicaux et qu'ils ne consultent que lorsque la situation est grave. Le suivi médical n'est donc pas un facteur expliquant cet état plutôt bon.

Rappelons que c'est une communauté qui a accès à l'eau potable venant des nombreux ruisseaux descendants de la montagne. Ils peuvent donc avoir une bonne hygiène corporelle.

4.2.2. Habitudes alimentaires et mode de vie

La maladie carieuse est multifactorielle, elle dépend des caractéristiques propres de l'individu, ses prédispositions et faiblesses ou au contraire sa résistance génétique ; mais elle dépend aussi de facteurs extérieurs comme les conditions socio-économiques et le mode de vie (*Figure 33*).



*Figure 33: Schéma récapitulatif de l'origine multifactorielle de la carie dentaire
(Selvitz, 2007 et Esclassan, 2012)*

La coloration noire :

La présence de Black Stains évoquée dans la partie précédente est peut-être un facteur favorisant la faible prévalence carieuse chez les U'was.

Dans sa thèse sur les colorations extrinsèques dues aux bactéries chromogènes, le docteur Benjamin Renaud a compilé les résultats de différentes études sur les Black Stain ainsi que leur éventuelle corrélation avec l'état carieux en un tableau (Figure 34).
[45]

REF	Auteur	Pays	Dates (publication)	Population	Age (ans)	Prévalence de BS (%)	Associé à un faible taux de carie sur dents définitives	Associé à un faible taux de carie sur dents temporaires	Commentaires
[16]	Sutcliffe	NR	NR	NR	12	21			
[16]	Koch et coll.	Suisse	NR	NR	7 à 15	19,9			
[16]		Allemagne	NR	NR	6 à 10	4,6			
[16]		Brésil	NR	NR	6 à 13	9,3			
[16]		Brésil	NR	NR	3 à 5	2,5			
[12]	Koch et coll.	Italie	2001	1086	6 à 12	6,3	Oui (P<0,007)	Non (p+/- 0,05)	Pas de preuve entre BS et âge
[17]	Gallardo et coll.	Espagne	2005	1100	4 à 11	7,54	Non évalué		Pas de différence entre les sexes, entre dents antérieures et postérieures
[18]	Gasparetto et coll.	Brésil	2003	263	6 à 12	15	Oui (p<0,01)		Corrélation négative entre sévérité carie et BS
[19]	Hernich-Weltzieu et coll.	Philippines	2009	1748	11,7 +/- 1,1	16	Oui (P < 0,05)		

REF	Auteur	Pays	Dates	Population	Age (ans)	Prévalence de BS	Associé à un faible taux de carie sur dents définitives	Associé à un faible taux de carie sur dents temporaires	Commentaires
[11]	Hernich-Weltzieu et coll.	Allemagne	2014	7624	3 à 10	1,5	Non	Oui	
[16]	Chabane-Lemboub et coll.	Algérie	2009	NR	2 à 13	9,6			
[9]	França-Pinto et coll.	Brésil	2012	1120	5	3,5		Non (P nr)	Conclu qu'il y a une différence
[20]	Martin et coll.	Espagne	2013	3272	6	3,1		Pas de différences significatives	Pas de différence entre migrants ou non, Pas de différence entre les sexes
[13]	Shmuly et coll.		2014	280	18 à 29		Oui (p<0,001)		
[21]	Chen et coll.	Chine	2014	1397	4,55	9,9		Oui (p<0,01)	
[8]	Bircher		2008	433	3 à 10	4,16		Hypothèse oui mais pas de test	
[10]	Boka et coll.	Grèce	2013	804	3 à 5,5	2,4		Oui (p<0,001) [23]	
[22]	Bhat et coll.	Inde	2010	1472	9,3 +/- 1,9	18	Oui (p<0,001)		
[23]	Panagidis et coll.	Chypre	2012	951	12		Non		Plus une étude sur les caries que BS

Figure 35: Tableau récapitulatif des résultats de différentes études sur les Black Stains.

(Dr. Benjamin Renaud, 2016)

La majorité des auteurs confirment la corrélation entre la présence de taches noires et la moindre présence de carie, mais les facteurs étiologiques ne sont pas pleinement compris et on ne sait pas comment leur présence sur la surface dentaire réduit la sensibilité à la carie. Elles sont retrouvées le plus souvent chez des personnes ayant une alimentation saine.

Ces taches noires sont un biofilm bactérien calcifié, formé par des bactéries chromogènes anaérobies, en réaction avec le fer présent dans la salive : les actinomyces produisent de l'hydrogène qui va réagir avec le fer contenu dans la salive et ainsi former des dépôts ferreux à la surface de la dent. Ces dépôts contiennent un sel insoluble de fer, le sulfure de fer responsable de la couleur noire, avec une teneur élevée en calcium et en phosphore inorganique, ce qui permet une capacité tampon supérieure de la salive avec un pH salivaire plus élevé, et donc une meilleure résistance à la carie dentaire. [35][37][46][47]

En effet, ces différents éléments participent à maintenir de bonnes conditions environnementales et donc un équilibre dans la cavité buccale afin de réduire la dissolution de l'émail lors de l'activité carieuse. Ces bactéries chromogènes se développent mieux dans un environnement « peu sucré », contrairement aux bactéries responsables de la carie comme *l'actinomyce viscosus* et le *streptocoque mitis* qui sont synthétisés à partir d'éléments glucidiques de type dextrane. [35][40][48]

L'alimentation :

La carie est un phénomène multifactoriel, dont l'apport de l'alimentation est un facteur clé dans son développement : la forte consommation de sucre rapide ou lent et ce tout au long de la journée augmente de façon très importante la prévalence de la carie. En effet, la consommation de sucres modifie l'équilibre sain des bactéries présentes dans la bouche, et favorise celles qui transforment les sucres en acides déminéralisant l'émail des dents. La consommation répétée de sucre au cours de la journée augmente la fréquence des attaques acides et le risque de carie dentaire. [42]

Les U'was, de par leur grande précarité, n'ont pas les moyens de s'acheter de la nourriture occidentale. Ils n'ont donc pas accès aux farines industrielles, aux gâteaux ou encore aux bonbons. Ils ne peuvent pas non plus se permettre de manger tout au long de la journée et ont donc des horaires de repas fixes. Les aliments contenant du sucre consommés chez les tunebos sont essentiellement des fruits et du miel où le sucre est présent de façon naturelle et non ajouté (*Figure 36*). Les colombiens sont en général de grands consommateurs de sucre, le pays étant d'ailleurs un grand producteur de canne à sucre, ce produit est assez accessible à la majorité de la population. Les jus de fruits sont très consommés à toute heure, et souvent très sucrés, tout comme le café, ce qui est aussi considéré comme une marque de politesse pour les invités. Selon une étude réalisée par l'Université de Washington à San Luis et l'Université de Sao Paulo, la consommation journalière de sucre par les colombiens dépasse celle recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La consommation quotidienne de sucres ajoutés devrait être équivalente selon l'OMS à moins de 5% de l'apport énergétique total, ce qui équivaut à 25 g ou 5 cuillères à café de sucre par jour. [42]

On peut également supposer que la consommation de feuille de coca dès l'enfance, accompagné de « *cal* », c'est à dire de chaux riche en calcium, permettrait d'augmenter la concentration de calcium salivaire et ainsi de lutter contre la déminéralisation de l'émail.



Figure 36: Plat à base de poisson cuit dans des feuilles de bananier (Garcia 2016)

Salive et flux salivaire :

Le débit salivaire, réduit lors du sommeil, varie selon les sujets et peut diminuer avec l'âge. Sa valeur moyenne est de 0.25 à 0.35ml/minute, mais atteint 1 à 2 ml/minute lors de la stimulation par la mastication. Cependant, ces constantes ne sont valables que pour une population donnée (ALLEAU et BARON, 2007; BLIQUE, 1997b).

La flore bucco-dentaire renferme plus de 50 milliards de bactéries, réparties sur plus de 500 espèces différentes, soit 20 genres distincts (AFSSAPS, 2001; GENDRON et al., 2000), cela représente environ 20 grammes dans la bouche de l'homme (KENER, 2005). Les différents groupes de bactéries dans la salive varient dans le temps et d'un site à l'autre chez un même individu (AFSSAPS 2001) : le système immunitaire, la composition de la salive, le régime alimentaire sont autant de facteurs influençant la croissance et la composition de l'écosystème buccal. [49]

Les U'was ne « grignotent » pas entre les repas, cependant ils mâchent souvent des feuilles et surtout la feuille de coca enduite de *cal* tout au long de la journée. Ceci induit une stimulation de la salivation et donc un écoulement salivaire plus important permettant un auto-nettoyage des dents.

Tabac et alcool :

Les tunebos sont peu consommateurs de tabac, toujours pour les mêmes raisons économiques mais aussi par le fait qu'ils n'apprécient pas vraiment le tabac.

Cependant, on observe une importante consommation chez certains adultes plus vieux d'alcool de *chicha* ou *guarapo* fabriqué par les indiens à partir de la fermentation de maïs ou de *chondaturo*, mais aussi de bière à l'imitation des « blancs », qu'il paient avec le peu d'argent récolté de leur travail. Nous n'avons toutefois pas trouvé de signes de cancer buccal ou de maladie parodontale comme le soulignent les résultats plus haut.

L'activité physique :

Notons que les tunebos sont des individus ayant une activité physique très importante par jour. Vivant dans des lieux reculés, accessibles seulement par de petits sentiers de terres abruptes, ils doivent parcourir plusieurs kilomètres à pied pour atteindre la route et les villages les plus proches. Par ailleurs, en plus des déplacements à pieds, beaucoup d'entre eux travaillent dans l'agriculture et sont donc en constante activité physique.

Une activité physique régulière permet de diminuer les risques de maladies cardiovasculaires, de surpoids, de diabète qui ont un impact sur la santé bucco-dentaire. [42]

Le rapport à la douleur :

La douleur est un sentiment très subjectif, elle varie intensément d'une personne à l'autre. Elle varie également selon les cultures : il existe une éducation, une accoutumance à la douleur et il est possible d'abaisser son seuil.

Les U'was sont un peuple très tolérant vis à vis de la douleur. Ils ne se plaignent jamais. La douleur est la conséquence de la maladie qui est une fatalité : il faut donc l'accepter car cela fait partie du courant normal de la vie et du vieillissement. Par ailleurs, la consommation de feuilles de coca ne permet pas d'augmenter les capacités physiques mais permet en revanche d'augmenter la tolérance à l'effort physique avec une stimulation du système respiratoire. [50]

Ainsi un peuple qui est plus résistant à la douleur est donc moins amené à se faire soigner.

5. PRÉVENTION ADAPTÉE À CETTE POPULATION.

5.1. L'aide humanitaire dans le monde

5.1.1. Les acteurs de cette aide

Selon la définition du Larousse, le terme « humanitaire » désigne « ce qui s'intéresse au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'homme ». **L'humanitaire est ce qui aide les plus défavorisés** au nom de la solidarité humaine.

L'aide humanitaire a pour mission d'assurer la survie, la reconstruction, la réhabilitation sociale ainsi que la prévention.

❖ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

L'OMS est une organisation créée en 1948 par l'Organisation des Nations Unies dont le siège se situe à Genève. Elle a pour objectif d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible. L'OMS promeut des actions de mesures sanitaires, d'assistance aux pays les plus démunis, de recherche, de programmes de lutte contre certaines maladies graves comme le SIDA, l'accès à des médicaments de qualité, de codification et classement des maladies, de renforcer les systèmes de santé et de recueillir et diffuser des données sanitaires des 193 États membres. [51]

❖ La Fédération Dentaire Internationale (FDI) :

C'est l'une des plus anciennes organisations internationales de professionnels de santé du monde, fondée le 15 août 1900 à Paris (d'où la déclinaison française de son sigle).

Cette organisation non gouvernementale représente plus d'un million de dentistes dans le monde (environ 200 associations membres) et est chargée « d'élaborer des politiques de santé et des programmes d'éducation continue, de s'exprimer au nom de la profession dentaire dans les efforts de promotion et de défense internationaux et d'apporter un soutien à ses associations membres lors des activités mondiales de promotion de la santé bucco-dentaire. ». [42]

La FDI contribue également à l'harmonisation des filières de formation dentaire, notamment par le biais du *Comité de développement dentaire mondial et de la promotion de la santé*.

5.1.2. Les actions menées

La santé buccale n'est pas souvent décrite ni perçue comme une priorité dans la santé générale, que ce soit dans les études qui souvent minimisent les impacts dentaires de maladies systémiques ou dans l'inconscient commun.

L'attention internationale accordée aux maladies bucco-dentaires ne reflète pas le nombre élevé de cas, ni l'impact de ces maladies sur les personnes, sur les populations et sur la société civile. [42] Le domaine d'action de l'odontologie reste encore en marge des programmes des grandes ONG humanitaires. Par ailleurs, l'ONG Aide Odontologique Internationale (AOI) souligne le fait que même avec des soins conciliants, l'aide dispensée n'est pas toujours adaptée.

Le professeur Jean-François MATTEI ancien président de la Croix Rouge française affirme : *«réduite à elle-même, l'action humanitaire d'urgence ressemble parfois moins à une entreprise de sauvetage à grande échelle qu'à un éternel recommencement (...), l'action d'urgence n'a pas et ne saurait avoir le monopole de l'humanitaire légitime »*. [52]

L'aide humanitaire d'urgence est donc nécessaire, mais ne peut être considérée comme une fin en soi. Les interventions curatives ne sont ni réalistes ni durables pour alléger la charge de morbidité de la maladie carieuse et peuvent même aller jusqu'à desservir l'aide en traitant seulement les symptômes et non les causes des problèmes.

Dès 1981, L'OMS et la FDI ont établi les premiers objectifs mondiaux en matière de santé bucco-dentaire à atteindre avant les années 2000. [53]

L'OMS propose dans le cadre de son Programme Mondial de santé bucco-dentaire (ORH) et dans la continuité de la Charte d'Ottawa de 1986, d'intégrer les affections bucco-dentaires dans la lutte contre d'autres maladies chroniques non transmissibles et dans des programmes nationaux de santé publique : elle met l'accent sur la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire. [54]

Ce programme cible contrôle des comportements à risques modifiables comme l'alimentation, la nutrition, l'hygiène, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Il appuie les efforts des autorités sanitaires de différents pays pour assurer un environnement sain comme l'accès à l'eau potable et l'assainissement, ainsi que les

campagnes de fluorisation par le biais de fluoration de l'eau ou du sel et l'utilisation de dentifrices fluorés abordables.

La réorientation des systèmes de santé bucco-dentaire vers la prévention et la promotion de la santé est recommandée à la lumière de la Charte d'Ottawa, du concept de soins de santé primaires et de la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. En outre, les objectifs mondiaux pour la santé bucco-dentaire d'ici 2020 sont spécifiés pour le développement de la qualité des systèmes de santé bucco-dentaire.

Le *Basic Package of Oral Care* (BPOC) ou paquet basique de soins de santé bucco-dentaire développé par l'OMS a été conçu pour mieux correspondre aux réalités des pays à faible revenu : il est basé sur des composantes modulables qui peuvent être adaptées aux ressources et aux besoins des communautés bénéficiaires (*Figure 37*). [55]

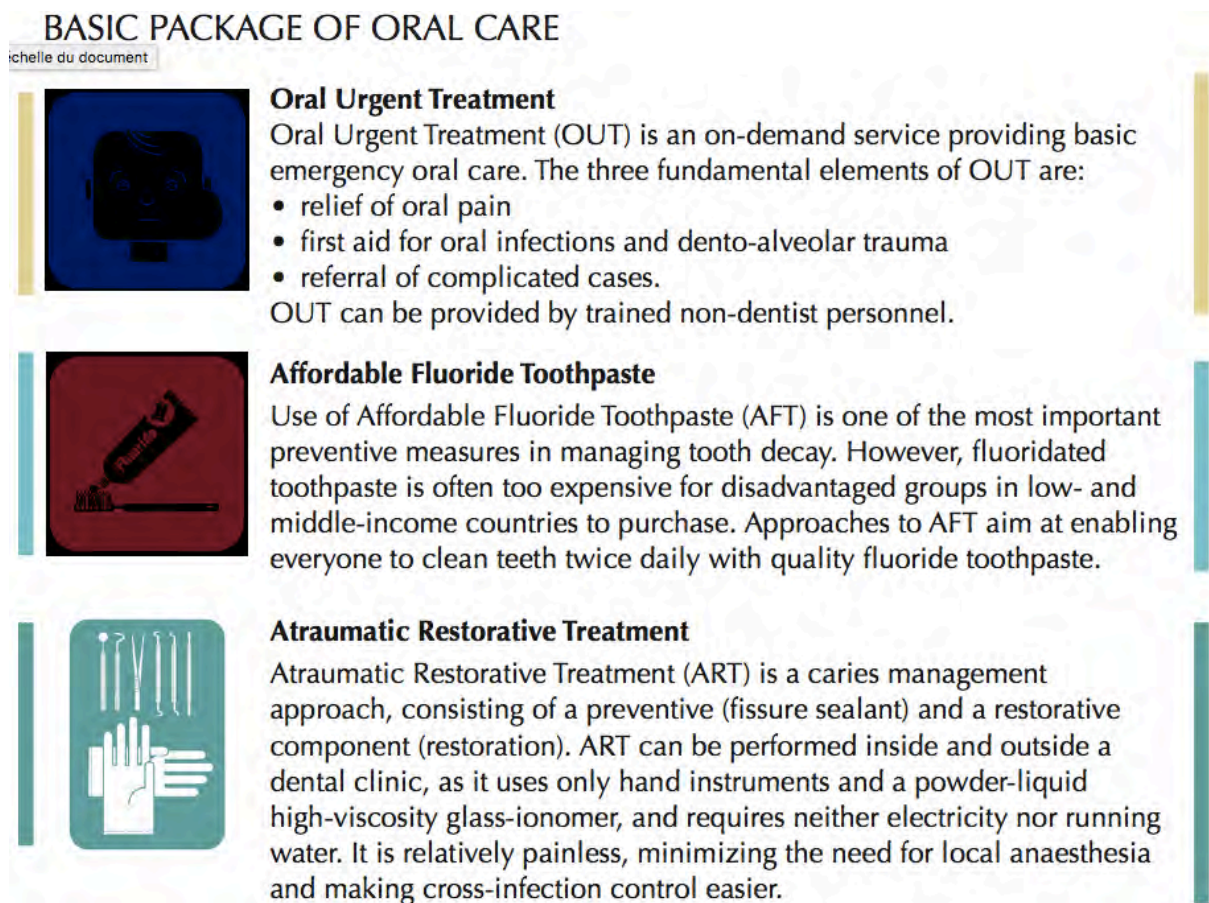


Figure 37: Paquet de soins santé bucco-dentaire basiques de l'OMS (The Challenge of Oral Disease- A call for global action by FDI, 2015)

Les déterminants sociaux de la santé :

Selon la définition de l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont l'ensemble des conditions dans lesquelles les gens « *naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent* » mais aussi l'ensemble plus vaste des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne : les politiques et les systèmes économiques, les programmes de développement, les normes et les politiques sociales. (*Figure 38*)

L'OMS a constitué en 2005 la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, dont le rapport propose un programme mondial de promotion de l'équité en santé et a vocation de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action. La Commission permet la collaboration entre responsables du choix des politiques, chercheurs et sociétés civile et son champ d'investigation regroupe les pays émergents comme les pays « développés ». La répartition inégale de ces déterminants n'est pas un phénomène naturel, mais la conséquence de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques non adaptées. [56]

Lors de la dernière Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé qui s'est tenue à Rio de Janeiro en octobre 2011, les États membres ont adopté la Déclaration politique de Rio. Cette dernière a vocation entre autre de promouvoir la promotion de la santé à travers une gouvernance plus adaptée en terme de développement, de renforcer la collaboration mondiale de suivre les progrès et d'accroître la responsabilité de chaque pays. [57]

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Adapté de Whitehead & Dahlgren, 1991

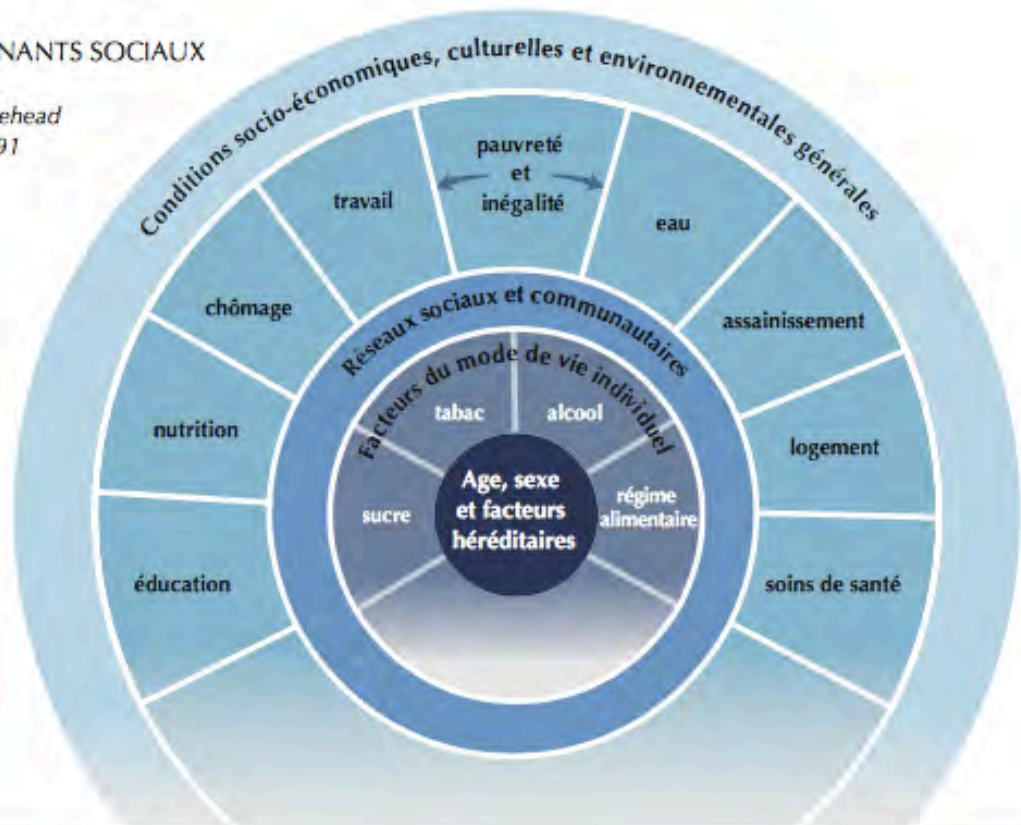


Figure 38: Les déterminants sociaux de la santé (Adapté de Whitehead et Dahlgren, 1991, The Challenge of Oral Disease- A call for global action by FDI, 2015)

« Réduire les inégalités en santé est un impératif éthique.

L'injustice sociale tue à grande échelle »

Commission des Déterminants sociaux de la Santé, OMS

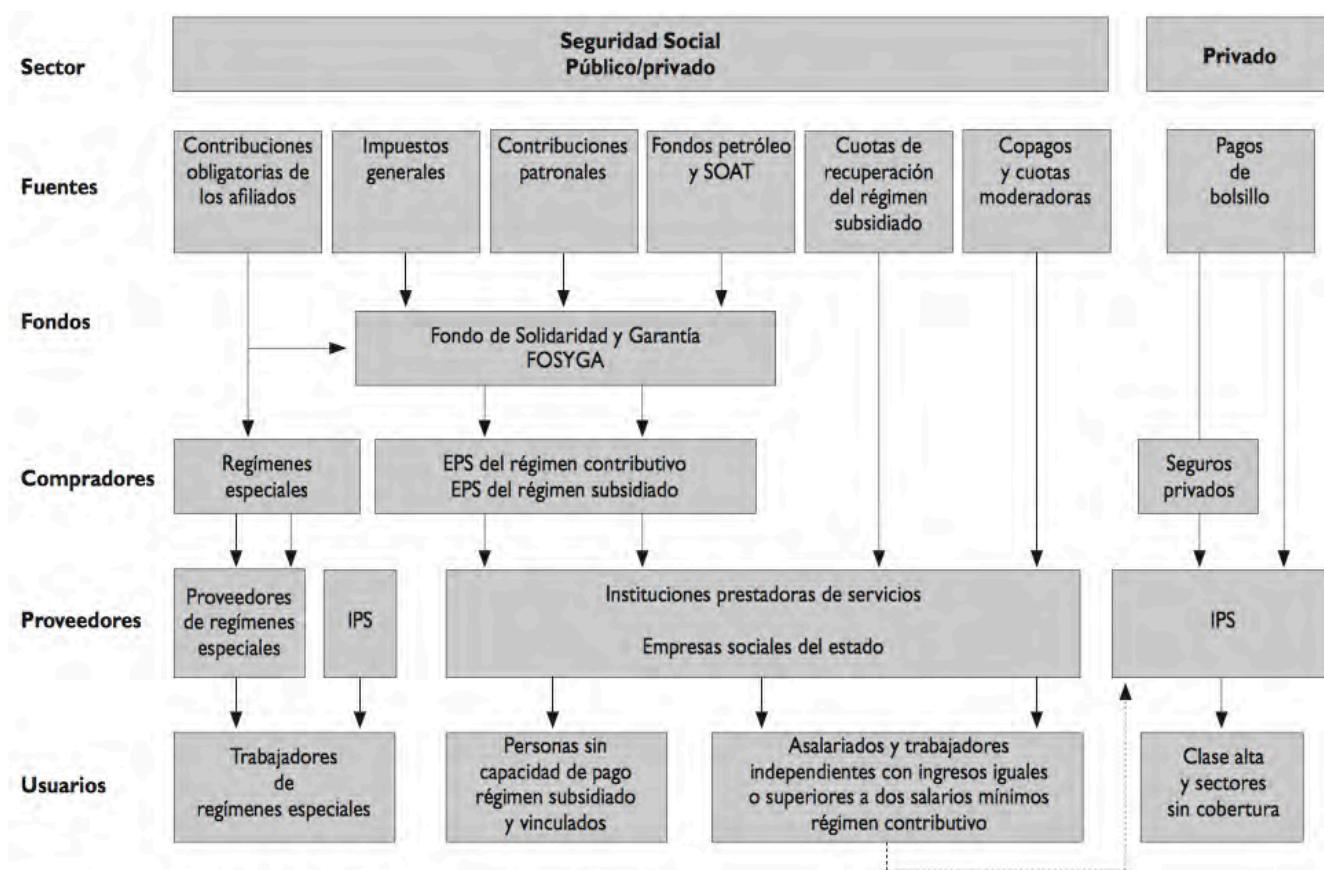
5.2. Le système de santé colombien [58][59]

La santé est à charge du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, mais est aussi déléguée en partie au secteur privé.

Avant 1993, seul un quart de la population colombienne possédait une assurance maladie. Le système de santé était caractérisé par une faible efficacité, par l'incapacité des subventions publiques à toucher les pauvres, par des dépenses personnelles importantes et une inégalité significative. Le système reposait sur les recettes fiscales générales, les cotisations salariales et les dépenses directes, sans regroupement des trois sources de financement. Non seulement les dépenses du gouvernement avant la réforme de 1993 étaient faibles, mais il n'y avait pas non plus de mécanisme de ciblage effectif des subventions publiques. En 1991, la Colombie a consacré 1,4% de son produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé (Molina et al., 1993) et de nombreux hôpitaux publics ont connu une crise financière en milieu d'année et ont compté sur le sauvetage du gouvernement pour survivre.

Loi 100 de 1993 :

En 1993 la Colombie a approuvé un régime d'assurance maladie universelle obligatoire (loi 100) afin d'améliorer l'équité et la performance des dépenses publiques de santé. Cette réforme doit permettre à tous les citoyens, indépendamment de leur capacité de payer, de bénéficier d'un paquet santé complet. En adoptant le modèle du « pluralisme structuré » (Londoño et Frenk, 1997), cette réforme unit les sous-systèmes de sécurité sociale, publics et privés dans le cadre du Système Général de Sécurité Sociale dans la Santé (SGSSS).



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades

EPS: entidades promotoras de salud

IPS: instituciones prestadoras de servicios

Figure 39: Schéma explicatif sur l'organisation du système de santé colombien
(sielosp.org)

Les bénéficiaires s'inscrivent auprès d'assureurs publics ou privés (fonds de santé), et ont ainsi accès à des droits sur un paquet explicite de prestations de santé, ils reçoivent des soins de la part d'organismes publics et privés. Le « Fond de Solidarité et de Garantie » (FOSYGA, *Fondo de Solidaridad y Garantía*) a été introduit par cette même réforme afin de fournir des subventions « croisées » entre les riches et les pauvres, les malades et les non-malades, les jeunes et les personnes âgées pour stabiliser le financement de la santé en période de crise économique.

Structure du système de santé : (Figure 39)

Il est composé de trois entités :

- **L'Etat**, qui coordonne, contrôle et dirige l'ensemble, à travers le Ministère de la santé et de la Protection sociale. Le ministère définit les lignes directrices du Plan Obligatoire de Santé (POS). La surintendance Nationale de la Santé surveille et contrôle les opérateurs du système.
- Les assureurs : **les Entreprises de Promotion de la Santé (EPS)**. Ce sont des entités publiques ou privées qui assurent la population en agissant comme intermédiaires et en administrant les ressources qui proviennent de l'Etat et des prestataires de services de santé.
- Les prestataires : **Institutions Prestataires de Service (IPS)** qui offrent les services de santé. Ce sont les hôpitaux, les cliniques, laboratoires, personnels soignants, etc.

L'affiliation au SGSSS est obligatoire et se fait à travers des entités de promotion de la santé (EPS) publiques ou privées, qui reçoivent des contributions, et à travers les institutions prestataires de services (IPS) qui offrent le Plan Obligatoire de Santé (POS).

Il existe deux régimes d'assurance pour couvrir l'ensemble de la population : le régime contributif (RC) et le régime subventionné (RS) pour les personnes les plus modestes, les deux étant véhiculés à travers le Fond de Solidarité et de Garantie (FOSYGA,). [60]

- Tous les employés ainsi que les travailleurs indépendants ayant un revenu supérieur ou égal au salaire minimum (environ 223 dollars) ont l'obligation de participer au Régime Contributif. Pour se faire ils peuvent choisir librement une EPS publique ou privée qui se charge d'enregistrer les usagés, collecter leurs cotisations et organiser et garantir la prestation du POS. Chaque EPS offre un réseau d'IPS publiques ou privées: bureaux, laboratoires, hôpitaux et tous les professionnels qui, individuellement ou regroupés, offrent leurs services aux soins de santé.

La contribution obligatoire équivaut à 12,5% du revenu, mais pour les employés ou les retraités elle ne s'élève qu'à 4% du salaire et les 8,5% restants sont pris en charge par l'employeur ou l'entité qui reverse la pension. Les travailleurs indépendants doivent payer la totalité de la contribution.

- Le Régime Subventionné est chargé de veiller à ce que toutes les personnes les plus démunies non couvertes par le RC puissent être prise en charges. L'identification de cette tranche de la population se fait à travers l'enquête du Système d'Identification et de Classification de Potentiels Bénéficiaires pour les Programmes Sociaux (SISBEN) : les niveaux 1 et 2 correspondent aux plus pauvres, le niveau 3 est couvert par des subventions partielles. Les ressources pour le financement du RS proviennent du PSYGA. Les bénéficiaires du RS ont recours aux EPS propres à ce régime.

Malgré la mise en place du régime subventionné, il existe une partie de la population à revenu intermédiaire qui n'a pas de couverture maladie, soit à cause d'un chômage temporaire, soit par l'incapacité à régler les 12,5% de leur salaire pour la cotisation au SGSSS ; ils doivent donc avoir recours au secteur privé de la santé et payer de leur poche.

- En plus des bénéficiaires du SGSSS, il existe divers groupes qui profitent d'autres schémas de sécurité sociale (4,9% de la population) et font partie de régimes spéciaux : les magistrats, l'armée, la police nationale ainsi que les personnes employées dans les universités publiques et dans l'entreprise colombienne pétrolière ECOPETROL.

Le Plan Obligatoire de Santé (POS) :

Les bénéfices inclus dans le POS et fournis par les EPS comprennent : les activités de promotion et de développement de la santé et la prévention des maladies, les premiers soins d'urgence, les soins du nouveau-né ainsi que la consultation chez le médecin généraliste et chez le chirurgien dentiste.

Sur recommandation du généraliste, les consultations médicales spécialisées, les tests de laboratoire, les médicaments, l'hospitalisation, la petite chirurgie, les traitements de réadaptation physique et diverses thérapies, prothèses et orthèses sont pris en charges. Le POS couvre également la prise en charge de certaines maladies graves à coût élevé comme le SIDA, la maladie rénale chronique et le cancer. En outre, ceux qui cotisent au régime contributif ont le droit à des prestations financières supplémentaires pour des congés maternité ou maladie. Ne sont pas pris en charge la réhabilitation prothétique (fixe ou amovible), l'orthodontie, l'implantologie, le blanchiment dentaire et tout ce qui relève du « purement esthétique ».

Le secteur privé est utilisé exclusivement par la classe très aisée et une partie de la classe moyenne haute qui souhaitent une meilleure prise en charge que celle que proposée par le POS.

De nombreuses cliniques dentaire privées proposent des « *paquetes* », c'est à dire des paniers de soins type « *diseño de sonrisa* » l'équivalent de réhabilitation globale du sourire, avec des prix très variés suivant la clinique choisie. La publicité pour ces cliniques est autorisée, contrairement au Code de Déontologie français, de ce fait chaque clinique privée a son site web avec même des promotions sur les actes dentaires, des slogans tels que « *Une pratique moderne sans douleur ni stress* », « *Nous assurons votre santé* ». Dans le journal on peut retrouver des publicités avec des « avant-après » restaurations esthétiques pour inciter les lecteurs à consulter un dentiste en particulier.

Le secteur hospitalier :

Le secteur hospitalier colombien a évolué de façon significative depuis la mise en place des réformes du secteur de la santé en 1993. Le nouveau schéma d'hospitalisation et la séparation entre le financement et la prestation de soins ont constitué un stimulant important pour les institutions privées qui ont commencé à augmenter en nombre depuis le début des réformes.

Les hôpitaux publics ont ainsi été transformés en organisations autonomes appelées « Entreprises sociales de l'Etat », qui vendent leurs services aux EPS.

Financement :

Le système de santé colombien est composé d'un vaste secteur de la sécurité sociale, financé par des ressources publiques ainsi qu'un secteur privé. Pour le gouvernement c'est le troisième secteur le plus important, avec un budget annuel de 18 milliards de pesos pour 2014 (environ 6,5 millions d'euros).

Les services de santé sont financés par les contributions des travailleurs salariés et indépendants affiliés aux EPS et des contributions du gouvernement et les employeurs : toutes ces contributions sont regroupées dans le FOSYGA et redistribuées aux EPS en fonction du nombre d'affiliés à chaque type de régime (contributif ou subventionné). Les EPS reversent ensuite des fonds aux IPS.

La part de la contribution de l'impôt sur la masse salariale revenant à l'assureur est d'environ 207 \$ US pour le régime contributif et 117 \$ US pour le régime subventionné. Tant dans le régime contributif que dans le régime subventionné, l'assuré choisit un assureur dont la propriété peut être publique, privée ou mixte et qui peut être perçue pour le bénéfice ou non.

Succès et critiques du système de santé colombien :

Grâce à l'introduction de l'assurance maladie universelle, la couverture a augmenté de 24% de la population avant les réformes (1993) à plus de 80% en 2007, selon les données publiées par l'Enquête nationale sur la santé de 2007.

La Colombie a été l'un des premiers pays du monde en développement à introduire un système d'assurance sociale assurant une couverture universelle et un accès financier égal à un ensemble de prestations de base pour tous (Panopoulou, 2001).

La couverture médicale atteint à l'heure actuelle 96% de la population colombienne selon la Ministre de la Santé. Ce taux de couverture place la Colombie parmi les rares pays en développement ayant atteint une couverture d'assurance maladie presque universelle.

L'accès et l'utilisation des soins de santé ont sensiblement augmenté pour les plus pauvres, la protection financière et les dépenses de santé publique se sont fortement améliorées. [61]

En 2012 dans un classement des meilleurs hôpitaux en région sud-américaine par la revue « América Economía » spécialisée en finance, des 40 institutions offrant une qualité de soin de santé supérieure, 16 étaient des hôpitaux colombiens. [62]

On assiste ainsi à un effet de tourisme médical des pays voisins en lien direct avec le coût relativement faible et la qualité de soin supérieure. En 2013, presque 4% des touristes s'étaient rendus en Colombie pour des raisons de santé.

Cependant si l'indicateur en matière de couvertures d'assurances santé est en augmentation, il ne reflète pas l'indicateur réel de l'accès aux services de santé, ni la qualité des soins ou les résultats en matière de soins. En effet de nombreuses organisations internationales ont mis en évidence les failles du système de santé ainsi que les problèmes d'un accès à la santé à tous les colombiens. [63]

Le rôles des Entreprises de Promotion de la Santé est de plus en plus critiqué et fait l'objet de plaintes permanentes : elle sont qualifiées de coûteuses, inefficaces et surtout de barrière entre les usagers et les médecins ou les hôpitaux.

Suite à une vague de réformes, le gouvernement colombien a signé plusieurs décrets limitant l'action du Plan Obligatoire de Santé (POS), réduisant ainsi l'offre de soin de santé de base et obligeant les colombiens à déboursier davantage pour bénéficier des

soins dont ils ont besoin. Certains patients sont rejetés des EPS car ne remplissant pas les critères financiers ou administratifs de base, le « tour de la mort » est la façon populaire d'appeler ces rejets successifs par plusieurs centres de soins.

Dernièrement de graves cas de corruption de fraudes et de sur-traitements ont éclaté.

Une analyse, publiée en 2009, intitulée « Dix ans d'expansion de l'assurance santé en Colombie », réalisée par des experts et financée par la Banque Interaméricaine de Développement – BID- montre que :

« La composition du financement du secteur de la santé en Colombie ressemble fortement à celle des pays intégrant l'OCDE ; la dépense publique, qui inclut la sécurité sociale représente plus de 70 % des dépenses totales en santé, alors que la proportion de la quote-part restant à charge des patients est une des plus basses au monde. Malgré ces importants succès, le système de la sécurité sociale en Colombie a du mal à atteindre une couverture pour la totalité de la population et financièrement durable ». En 2014, plus de 75% des frais de santé étaient couverts par l'état colombien.

« Malgré les résultats positifs, il reste pas mal de chemin à parcourir pour améliorer ce système. Dix ans après la réforme, 15 % de la population ne dispose pas encore de couverture en soins de santé. Il existe des lacunes dans la qualité des soins et tous les hôpitaux publics n'ont pas été modernisés. Il faut donc renforcer la fonction de contrôle ; la durabilité financière du système est constamment en péril. Il n'empêche que le système de santé colombien a connu des changements radicaux qui ont abouti à l'amélioration de la santé de la population ».

Formation en odontologie en Colombie : [64]

L'odontologie en Colombie a commencé à être une profession organisée le 2 janvier 1888 lors de la création du *Colegio Dental* de Bogota, la première école dentaire d'Amérique Latine. Les fondateurs de cette institution Guillermo Vargas Paredes, Alejandro Salcedo, Eduardo Gaviria et Nicolas Rocha ont voulu copier le système nord-américain où ils ont tous été formés ; ils sont considérés comme les précurseurs de la scolarisation odontologique en Amérique Latine (Pyares 1991).

L'histoire académique de l'odontologie en Colombie est assez récente : la *Escuela Dental de la Facultad de Medicina* est fondée par l'Université nationale en 1932.

Il existe en Colombie trois types d'universités : les universités d'Etat publiques, les universités catholiques et les universités privées. Les deux dernières sont très coûteuses et sont donc réservées aux étudiants dont les parents sont aisés ; pour les universités d'Etat, les frais d'inscriptions sont en calculés en fonction des revenus des parents. Pour rentrer dans les universités d'Etat il faut obtenir un très bon score (*puntaje*) à l'ICFES (*Instituto Colombiano para la Evaluacion de la Educacion*), l'équivalent du baccalauréat français. La formation en odontologie est divisée en dix semestres, ce qui correspond à 5 ans d'études et se termine par le SSO (Service Social Obligatoire), plus communément appelé « año rural », qui est une année d'exercice dans une zone où l'accès aux services de santé est difficile. Le SSO est nécessaire pour obtenir l'autorisation d'exercer.

La qualité de la formation universitaire publique est reconnue internationalement, il existe par exemple une possibilité d'échanges inter-universités entre la faculté d'Odontologie Paris Garancière et l'Université de Antioquia de Medellin. [65]

Cependant la prolifération d'écoles privées, appelées « *fondations universitaires* » permet d'esquiver l'université publique et entraine une formation à deux vitesses, les chirurgiens dentiste colombiens ne sont donc pas tous formés de la même manière.

5.3. Pistes de réflexion : comprendre les inégalités

Il est très difficile de comparer l'état bucco-dentaire entre deux populations ou plus car de nombreux paramètres entrent en jeu. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le contexte socio-culturel, la religion, les ressources économiques sont autant de biais à prendre en compte lors de certaines comparaisons. Par ailleurs, on assiste de plus en plus à un brassage ethnique avec des mœurs qui évoluent, il faudrait pouvoir mettre en place une méthodologie standardisée, mais ceci est très difficile.

Nous pouvons cependant apporter une certaine réflexion et des hypothèses face à nos résultats qui mériteraient par exemple des examens complémentaires de type radiologique : cela permettrait par exemple de pouvoir étudier les caractéristiques endodontiques, ainsi que la présence ou non de foyers infectieux.

Il faudrait pour cela faire venir les individus dans un lieu adapté type cabinet dentaire, et non aller à leur rencontre à l'extérieur.

Lorsque l'on parle de qualité de vie et de sa relation avec la santé bucco-dentaire, il faut combiner deux aspects fondamentaux. Le premier est la perception subjective, liée à un système de valeurs et à un contexte culturel, qui entraîne un degré particulier de satisfaction de sa bouche et de sa fonctionnalité. Il existe ainsi plusieurs études qui évaluent l'impact de la santé buccale sur la qualité de vie, principalement à travers des indicateurs qui mesurent indirectement la limitation fonctionnelle, la douleur, l'incapacité psychologique, physique ou sociale et le préjudice général.

Le second aspect fait référence à l'accessibilité aux soins et à la capacité des personnes à aller vers des programmes et des stratégies de prévention.

Cela nous amène à la question de la perception de l'utilité d'un suivi dentaire par cette population. Comment arriver à leur faire comprendre l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et d'un suivi régulier ? Cela semble pour le moment assez difficile voire illusoire, compte tenu de toutes les difficultés qu'ils rencontrent tous les jours : se déplacer vers les centres de soins requiert beaucoup de temps et ils sont difficiles d'accès. Lorsque leur but de tous les jours est de trouver à se nourrir, sans savoir de quoi sera fait demain, comment pouvons nous imaginer qu'ils puissent placer également leur santé bucco-dentaire parmi leurs priorités quotidiennes?

D'autre part, les U'was ne semblent pas vraiment demandeurs de soins dentaires. Le vieillissement dentaire semble faire partie des choses immuables de la vie.

Est-il donc nécessaire d'instaurer une prévention là où elle n'est pas demandée ? Obtiendrions-nous dans ces conditions une bonne compréhension et une bonne acceptation de l'aide ?

Il est effectivement primordial de proposer des solutions qui prennent en compte l'aspect psycho-social de la population cible.

Dans un premier temps, la démarche devrait s'axer autour de la communauté U'wa sur le plan socio-culturel : il faut d'abord comprendre la mentalité de la population, afin de cibler les besoins et de créer un dialogue.

L'approche centrée sur le patient :

« La tâche du praticien est double: comprendre le patient et comprendre la maladie.

Dans le processus du diagnostic différentiel, il existe une méthode éprouvée bien définie pour comprendre la maladie, mais il n'existe aucune méthode équivalente pour comprendre le patient...» J Levenstein et al, Family Practice 1986.

Cette approche consiste à comprendre le vécu du patient en regard de ses problèmes de santé en intégrant cette compréhension à l'ensemble de la démarche de soins, du recueil des données jusqu'au suivi thérapeutique. [67]

Les différences socio-culturelles constituent des obstacles avec lesquels les acteurs humanitaires composent lors des interventions à l'international.

Il est important que comprendre que les U'was ont une mentalité propre, qu'ils ont une façon de voir la vie et la mort d'une toute autre façon que les occidentaux, la maladie étant souvent une fatalité dont on ne peut échapper. [14][15]

5.4. Quels changements d'habitudes réalisables ?

Les peuples indigènes colombiens et notamment les U'was ont été pendant très longtemps dénigrés et mis de côté par le reste de la population colombienne. C'est seulement depuis 1991 que le gouvernement Colombien a reconnu officiellement leurs particularités et leurs droits. Aujourd'hui l'Etat essaye de mettre en avant la richesse culturelle du pays et donc de redonner un sentiment de fierté à ces peuples, dont les traditions et le mode de vie ancestral ont presque disparu au profit d'une occidentalisation forcée.

Cette démarche sociale de l'Etat de reconnaître sa diversité culturelle est aussi un acte politique, afin de donner une meilleure image du pays et favoriser notamment le tourisme étranger.

Dans ce contexte de revalorisation des peuples indigènes, nous pouvons proposer plusieurs approches.

Cependant il faut essayer de les intégrer au mieux sans toutefois brusquer ces populations : changer radicalement certaines habitudes peut s'avérer trop brutal et donc vouer à l'échec ce que nous aurions entrepris. Il s'agit également de respecter les croyances et les traditions.

Prévention infantile :

La première étape selon nous, et la plus facile à mettre en place, est une action de prévention chez les enfants.

Jusqu'à 12 ans les enfants sont pris en charge dans une école indienne financée par l'Etat. Il y a une classe de 17 enfants avec des âges variant entre 3 et 10 ans, les deux enseignantes sont des U'was qui font leur classe en espagnol mais aussi dans leur dialecte. Les enfants bénéficient d'un uniforme, de cahiers et de crayons, et ont un repas à midi (*Figure 40*). C'est à ce moment là que l'on pourrait instaurer une habitude qui est réalisée dans les autres écoles « blanches » de la région : un brossage des dents après le déjeuner. Les enfants laissent une brosse à dent à l'école, à la fin du repas ils se lavent les dents les uns après les autres, les enseignants distribuent le dentifrice. Cela garantit au moins un brossage par jour et permet l'acquisition précoce de bons réflexes: systématiser le brossage après chaque repas.



Figure 40 : Visite de l'école U'wa Tamarana (Garcia 2016)

Cependant, le seul brossage n'est pas suffisant, il faudrait mettre en place une éducation sanitaire en parallèle, afin que les enfants acquièrent des connaissances d'hygiène bucco-dentaires. La partie théorique permettrait de favoriser l'information, la motivation et la sensibilisation également auprès des parents, via leurs enfants.

Les niveaux de preuves et d'efficacité du brossage à l'école ont été d'ores et déjà prouvés. Notons que les stratégies d'éducation et d'instruction à l'hygiène dentaire associées à l'utilisation d'un topique fluoré (bain de bouche, gel, vernis), surtout dans des milieux défavorisés, révèlent plus l'efficacité du fluor que celle de l'éducation sanitaire, que ce soit pour une population âgée ou jeune. La période périnatale est propice pour des interventions de prévention de la carie et l'utilisation précoce du fluor dès l'apparition des dents est recommandée. En effet, le maintien en permanence d'une faible concentration de fluorure dans la cavité buccale permet de prévenir les caries. La consommation de fluor est d'ailleurs une des mesures les plus économiques pour prévenir la carie.[42] En effet, selon le Centre de Contrôle des Maladie Américain, l'utilisation de fluor serait dans le top 10 des actions efficaces de santé publique.

Comme le souligne la FDI, l'utilisation de fluor peut entraîner la diminution de 20 à 60% de la prévalence carieuse, en fonction de méthodes d'administration. Un dollar dépensé en fluor équivaldrait à une économie de 250 dollars en éventuels soins dentaires. (Figure 41) [42]

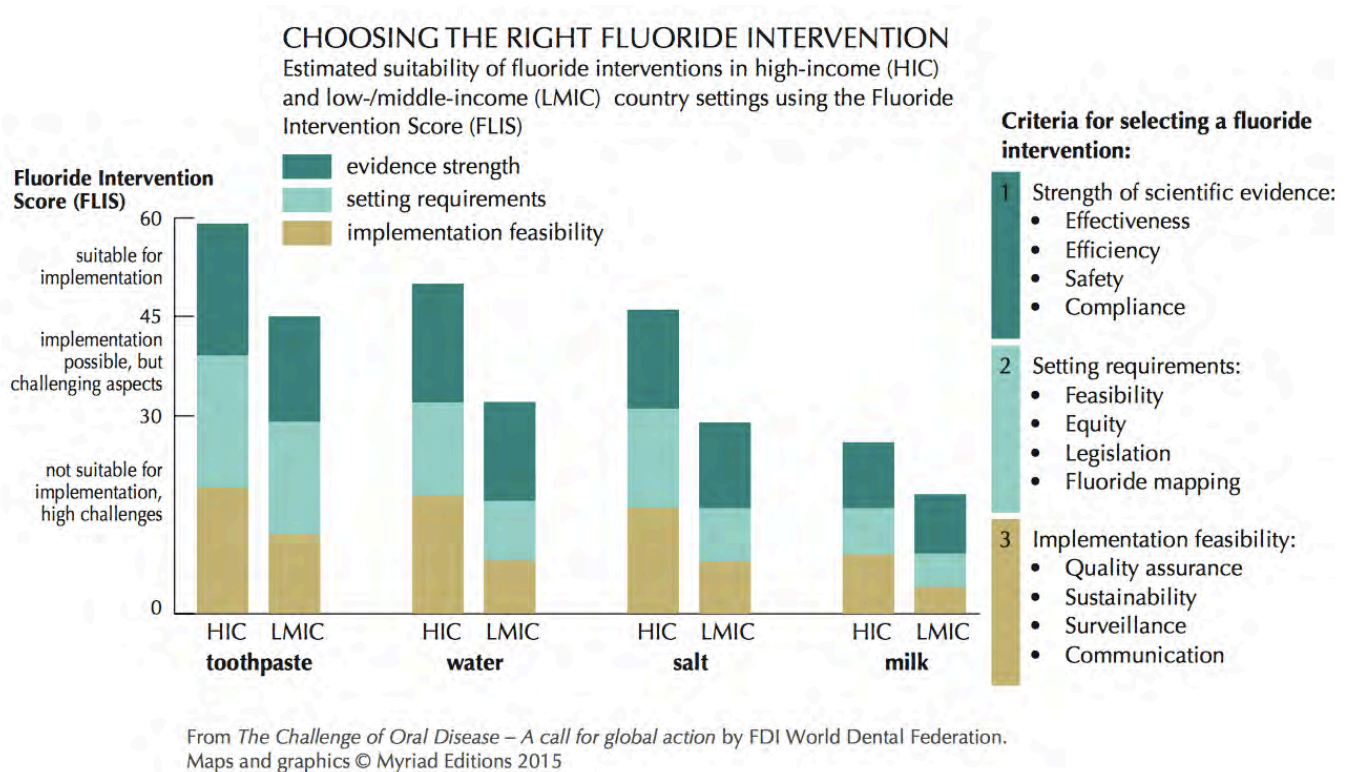


Figure 41: Graphique récapitulatif des critères pour une action de fluoruration efficace

(The Challenge of Oral Disease- A call for global action by FDI, 2015)

La carie doit être intégrée dans une démarche de prévention globale.

Ainsi, même si les U'was ont une alimentation relativement saine et naturelle, cette alimentation est cependant très aléatoire et dépendante des conditions climatiques, des récoltes et cueillettes. Il serait donc intéressant d'évaluer leurs carences nutritionnelles, sachant que certains aliments comme les produits laitiers ou la viande ne sont que très peu voire pas du tout consommés.

Une meilleure information :

Selon la recherche menée par l'OMS en 1998, la participation financière des usagers de services de santé diminue l'accès aux soins de la population. Le niveau d'instruction a également une incidence notable sur l'état de santé et l'utilisation de services de santé. Le rapport de l'OCDE mentionne d'ailleurs une étude réalisée en Europe qui rend compte de la tendance des personnes plus instruites à recourir aux spécialistes. [67]

Les U'was sont un peuple peu instruit, peu d'adultes sont allés à l'école (aujourd'hui avec la création d'une petite école U'wa, tous les enfants ont accès à une éducation jusqu'à 12 ans). Ils sont mal informés quant à leur possibilité de prise en charge médicale. Ils ne veulent pas aller voir le professionnel de santé car ils ne savent pas s'ils pourront payer la consultation, les soins ou les médicaments. Il faudrait donc les informer et les accompagner dans les démarches à suivre pour obtenir la gratuité des traitements, notamment sur les possibilités de prise en charge par le régime subventionné de la sécurité sociale colombienne.

La santé bucco-dentaire ne fait pas partie de leur culture, il serait par exemple intéressant de revenir quelques temps après notre visite pour voir combien d'entre eux ont utilisé les brosses à dent et dentifrices que nous avons distribués durant notre étude. Notons que la peur du dentiste ne fait absolument pas partie des préoccupations des U'was et donc des facteurs expliquant leur faible recours aux consultations dentaires ; de plus la tolérance à la douleur est assez élevée.

5.5. Une aide du gouvernement ?

5.5.1. Aide essentielle à une meilleure qualité de vie et intégration

Le concept d'équité est étroitement lié à la qualité de vie et aux déterminants de santé. L'équité en santé signifie que les besoins des personnes guident la répartition des possibilités pour le bien-être. Le philosophe Alfred Whitehead parle d'équité sociale à long terme en matière de santé, en se référant à la présence de disparités de santé injustes entre les groupes sociaux, à la fois dans un pays et entre les pays. Par conséquent, les conditions épidémiologiques varient entre les différentes communautés. L'équité en santé joue un rôle important dans le développement d'indicateurs de santé bucco-dentaire, en fonction de facteurs tels que le statut socio-économique de l'inégalité sociale et l'accès aux services de santé. [68]

Le Ministère de la Santé souhaite définir un processus d'attention par tranche d'âge et groupes territoriaux, ainsi améliorer le système afin d'éviter la désinformation sur la santé bucco-dentaire, mesurer la performance des équipes soignantes et augmenter la surveillance en santé publique. Le Ministère a également déclaré qu'il était nécessaire d'étendre le Plan Obligatoire de Santé pour que les enfants comme les adultes puissent aller consulter un chirurgien dentiste chaque 6 mois.

La surveillance des maladies bucco-dentaires permet de cibler les maladies bucco-dentaires les plus répandues et leurs facteurs de risques et ainsi de proposer des prises en charges adaptées. Il est nécessaire de mettre en place des programmes contrôlés dont l'efficacité peut être évaluée.

Il n'existe pour l'instant que très peu d'études sur l'état bucco-dentaire de la population colombienne (les principales en 1977, 1980 et 1997 par l'ENSAB). Cela ne permet pas d'avoir de mises à jours régulières des données statistiques de santé en Colombie et ne stimule pas la formation des politiques et programmes en matière de santé ainsi que l'évaluation de l'impact des stratégies de promotion de la santé bucco-dentaire.

Les objectifs généraux de la santé bucco-dentaire pour 2020, soulevés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Fédération Dentaire Internationale (FDI) et l'Association Internationale pour la Recherche Dentaire (AIRD), sont d'établir une surveillance des indicateurs de santé bucco-dentaire, sur la base de la formulation de ses propres objectifs à partir d'une base qui sera le point de départ pour toutes les évaluations futures. De ce fait, en 2010, le Ministre de la Protection Sociale colombien a établi les lignes directrices pour la construction d'un niveau de base national en ce qui concerne la santé bucco-dentaire. Le plan d'action propose notamment de réduire les indices DCAO, en ciblant la composante « dent perdue pour cause de carie », et aussi de favoriser les soins conservateurs.

La priorité devrait être donnée à s'attaquer aux déterminants plus larges de la santé. La prise en charge des tunebos ne peut se limiter ni au niveau bucco-dentaire ni au niveau de la santé générale. L'action menée devrait être élargie aux problèmes économiques, aux forts taux de chômage, car petit à petit les indiens sont amenés à travailler comme les occidentaux.

On assiste également à des problèmes d'insécurité, la zone dans laquelle vivent les tunebos est une zone au milieu du conflit entre la FARC, les paramilitaires du ELN (Ejercito de Liberacion Nacional) et les forces militaires. Ce conflit armé a entraîné notamment de nombreux déplacements forcés, déplacements également engendrés par la puissante industrie du pétrole dont de nombreux forages pétroliers sont situés sur le territoire ancestral u'wa. [69][70][71]

Enfin il serait intéressant de déployer plus de personnels soignants dans les villages isolés de Colombie, en favorisant le SSO (Service Social Obligatoire) et permettre un accès à des soins primaires avec au minimum une prise en charge de la douleur et le traitement de la carie dentaire.

« Toute personne doit pouvoir bénéficier d'une amélioration de sa santé bucco-dentaire, à l'instar de l'amélioration de son état général. Cet objectif louable ne pourra être réalisé si nous sommes incapables de remettre la justice sociale au cœur du processus décisionnel. »

Michael Marmot, Professeur en épidémiologie et en santé publique, University College London, 2010

5.5.2. Exemple du système de bus médical

Les U'was n'ont aucun moyen de transport. Ils marchent des heures entre leurs maisons dans la montagne et les villages plus bas dans la vallée en suivant la route.

Le département Arauca a mis en place un dispositif mobile de soins ciblé à la population indigène sous le nom de SEKEIMO IPSI. Il s'agit de deux minibus médicalisés avec à bord un dentiste et un médecin généraliste. Le bus est divisé en deux parties indépendantes avec à l'avant, un fauteuil dentaire équipé d'un satelec, turbine et contre-angle et à l'arrière un petit cabinet pour le médecin généraliste.

Ce bus parcourt 3 jours par semaine le département à la rencontre de personnes éloignées de centres médicaux. Les villes desservies par ce bus sont : Arauca, Arauquita, Fortul et Saravena.

Cependant ce système a ses limites : la stérilisation ne peut être réalisée sur place, il faut donc revenir à la ville de Saravena dès qu'il n'y a plus de matériel pour réaliser la stérilisation. Par ailleurs ce bus ne possède pas de radio et le matériel utilisé est très sommaire : il s'agit essentiellement de soins conservateurs (l'endodontie est exclue car trop coûteuse et pas de matériel adapté) et d'extraction dentaire. De plus, ce bus ne peut pas parcourir de longue distance car il doit rentrer tous les soirs au même endroit ; les villages ne peuvent pas être à plus de deux heures de route de Saravena sinon le temps de soin journalier est trop juste. Les villages trop éloignés de la route centrale, comme c'est le cas pour les U'wa Tamarana ne sont pas concernés par cette action et avec seulement deux minibus il est impossible d'avoir un rayonnement sur tout le département.

Cette action est donc le reflet d'un début de promotion de soins pour tous, mais est mal organisée, avec trop peu de moyens. Il faudrait améliorer cette action en prévoyant un système de stérilisation dans le bus, afin d'éviter de devoir revenir à Saravena et donc gagner en temps de soins. Il faudrait se baser sur les trajets déjà établis afin d'identifier les zones qui n'ont toujours pas accès à un service de santé de proximité.

Cela demanderait effectivement plus de moyens et de personnel, mais un budget trop serré revient à proposer une action peu efficace et donc au final plus coûteuse : le coût du soin par patient soigné est finalement plus élevé à l'heure actuelle que si l'investissement était plus important car il permettrait de cibler une population plus grande en une même journée.

CONCLUSION

Les U'was sont une population en marge du reste de la société colombienne, mais font partie intégrante de la diversité culturelle et de la richesse du patrimoine colombien.

Ce peuple a connu des années de large rayonnement économique et culturel comme le révèle l'art précolombien de la civilisation Chibcha, avant l'arrivée des espagnols en Colombie.

Mais souvent amenés par des motivations économiques ou par mimétisme afin de ne plus être discriminés, ils adoptent peu à peu des habitudes occidentales, notamment alimentaires. Entre traditions ancestrales et occidentalisation du mode de vie, les indiens ont des difficultés à préserver leur identité.

Lorsque l'on compare l'état bucco-dentaire des U'was avec le reste de la population colombienne « occidentale », on se rend compte que finalement, cet état est loin d'être déplorable, voire plutôt bon, compte tenu des difficultés d'accès aux soins dentaire, de leur niveau de précarité ainsi que d'un suivi et d'une maintenance bucco-dentaire quasi-inexistants. En effet, on aurait pu supposer que cette population serait plus sujette à de graves problèmes de santé bucco-dentaire que le reste de la population colombienne.

Pour expliquer cet état bucco-dentaire relativement bon, nous proposons plusieurs hypothèses :

Une alimentation relativement saine, à base de fruits, de légumes et de petits insectes, exempte de tout sucre ajouté. Une **hygiène corporelle** faisant partie de toute une tradition, avec un accès facile à l'eau grâce au climat et aux très nombreuses rivières ainsi qu'une grande activité physique quotidienne.

La présence de « **Black Stains** », chez les enfants mais aussi chez les adultes, conséquence de la présence de bactéries chromogènes dans la cavité buccale, le résultat étant une plus grande concentration de calcium dans la salive, favorisant un meilleur pouvoir tampon ainsi qu'une diminution de la déminéralisation de l'émail. Cependant il ne s'agit là que d'hypothèses, surtout en ce qui concerne les Black Stains, dont les effets carioprotecteurs sont encore à l'étude.

Est-il alors nécessaire d'envisager une action de prévention auprès de ces indiens ? Notre réponse est plutôt partagée.

Ces populations ne sont pas demandeuses de soins, on ne peut donc pas vraiment imposer une action humanitaire là où elle n'est pas attendue, l'impact qu'elle aurait ne serait pas positif. Il faut que la réception du message soit comprise et acceptée, si dès le départ il s'agit d'aller à l'encontre de la population cible, toutes les actions entreprises seront vouées à l'échec.

Nous assistons de plus en plus à la naissance de nouvelles ONG ou d'associations humanitaires en odontologie. Ces associations sont souvent financées par des fonds privés et sont indépendantes les unes des autres. Cette multitude de petites associations fait qu'elles n'ont que des budgets assez faibles et donc un champ d'action assez limité. Il s'agit essentiellement de prévention et de soins d'urgence comme les avulsions. En effet, les soins conservateurs s'avèrent bien souvent trop coûteux en matériel et en temps.

Par ailleurs, les missions proposées sont souvent de très courte durée, deux semaines en moyenne : quels peuvent être alors les résultats obtenus en un laps de temps si court ? Les messages de prévention peuvent-ils être ancrés dans le quotidien ? Une fois les avulsions réalisées, quelle est la suite du traitement pour le patient ?

Le problème des soins dentaires est que pour la majorité, et surtout pour la prévention, la durée de traitement est assez longue. L'éducation à la santé bucco-dentaire est un processus qui se met en place sur une longue période afin d'encourager le patient, d'évaluer la progression et corriger au fur et à mesure les mauvaises habitudes.

Pouvons-nous réellement parler d'efficacité en ce qui concerne ces missions humanitaires ? Ne serait-il pas intéressant d'avoir un organisme qui chapeauterait toutes ces petites associations afin de permettre de passer d'actions ponctuelles à des actions sur le long terme ? Jean-François Mattei parle d'humanitaire « durable » et écrit : *« l'humanitaire ne saurait s'exprimer dans toute sa plénitude s'il reste circonscrit à l'instant court »*. [52]

Vient alors la question du bien-fondé de l'action humanitaire en général. L'action a-t-elle toujours une portée positive ? N'est-elle pas parfois plus le reflet d'une demande de l'acteur que du receveur, afin de satisfaire un besoin d'altruisme et de bien penseur, et d'une certaine manière une forme d'égoïsme ?

Florence Roques Garcia (1991) parle de « *tolérance dynamique, qui consiste à prévoir, comprendre et promouvoir* » quand à une éventuelle action d'intégration des peuples indigènes ; il ne s'agit ni d'une attitude contemplative ni d'un assistanat, qui n'aurait que des conséquences négatives. Il faut qu'il y ait une participation du bénéficiaire, afin que l'aide soit considérée comme un droit et non comme un dû. Une fois les objectifs atteints l'aide humanitaire a vocation de se dissoudre. [52]

La vision de la FDI pour « *conduire le monde à une santé bucco-dentaire optimale* » propose de passer du modèle de soins prédominant actuel, essentiellement curatif et axé sur les services cliniques aux patients individuels, à un modèle d'interventions préventives à l'échelle des populations ». [72]

Dans notre cas il faudrait donc donner les moyens de mettre en place une prévention, intégrée dans la vie courante u'wa, avec des termes et surtout un but compris de tous.

Enfin, quels que soient le peuple, la langue ou la culture, la priorité d'une action de prévention repose sur l'éducation dès le plus jeune âge afin d'ancrer le plus tôt possible de façon adaptée, en faisant évoluer les connaissances avec l'âge, les bons gestes et les bonnes habitudes quotidiennes pour un état bucco-dentaire optimal.

Cette expérience unique a été très enrichissante pour moi, premièrement sur le plan personnel. Elle n'aurait pu être réalisée sans l'aide de mes proches : mon père qui m'a accompagnée tout au long de ce périple mais aussi mes cousins habitant la région, qui nous ont hébergés et tout particulièrement ma cousine métisse Sofia, qui a fait l'intermédiaire avec les tunebos, nous permettant d'être bien accueillis au sein de la tribu.

Ma vision de l'odontologie au sein de l'humanitaire a également évolué: il n'est pas forcément nécessaire de partir à l'étranger pour pouvoir faire de l'humanitaire. Parfois à vouloir apporter de l'aide on oublie qu'elle peut être utile tout près de nous. A Toulouse, il y a de nombreuses personnes vivant dans des conditions précaires, des populations mises à l'écart comme par exemple la communauté Roms, nécessitant une prise en charge bucco-dentaire mais étant freinées par leurs ressources financières ou des problèmes administratifs et culturels. J'ai pu me rendre compte de cela durant mon projet personnel de sixième année, où j'ai été amenée à réaliser une action de prévention infantile auprès d'une communauté Roms toulousaine.

Ce problème d'accès aux soins va vraisemblablement s'accroître avec les nouvelles arrivées d'émigrants de pays en guerre ; la France se doit de permettre à ces personnes d'avoir une aide globale, une prise en charge dont les soins bucco-dentaires font partie intégrante.

Ce que je retiens de ce travail est qu'avant tout l'humanitaire doit avoir comme but, comme conséquence le réveil d'un esprit plus « humain », plus juste, auprès des directives politiques et responsables des pays où l'on réalise ces missions. Les actions humanitaires devraient réveiller chez les populations cibles un désir et une demande plus active de justice. Les peuples tels que les U'was ont besoin avant tout d'un « humanisme endogène », c'est à dire venant d'une politique nationale sur le long terme permettant de renforcer les liens avec le reste de la société colombienne.

Outre assurer l'accès aux soins primaires et à la prévention, il s'agit bien de « réhumaniser » les politiques « déshumanisées » des pays en voie de développement.

« Après la survie, il est impératif d'assurer la vie, pour que chacun ait la vie devant soi »

Jean-françois MATTEI.

Vu, le co-directeur de thèse
07/12/2016

R. ESCLASSAN

Vu, le Président du jury

le 07/12/16

BIBLIOGRAPHIE

[1] Site de l'OMS : www.who.int

[2] La Colombie publie son plan national de développement (PDN) 2014-2018 : Ministère de l'Économie et des Finances www.tresor.economie.gouv.fr

[3] Géolinks-Amerique latine et identite culturelle.
Site de l'Observatoire en Géostratégie de Lyon

[4] J.Forero Álvarez, 2009-La terre et le territoire dans le conflit armé en Colombie

[5] Encyclopédie Larousse en ligne: Colombie
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/pays/Colombie/114134>

[6] Présentation de la Colombie, France Diplomatie, site diplomatie.gouv.fr

[7] La documentation française, 2013 - Dossier Amérique Latine, des Sociétés « émergentes »
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000539-amerique-latine-des-societes-emergentes>

[8] ABC Latina, économie-Colombie : <http://www.abc-latina.com/colombie/economie.htm>

[9] M. Delcas, 2016, Journal Le Monde- Accords de paix avec les Farc : la Colombie dans l'incertitude après le « non » au referendum

[10] F.Hylton, 2007-Colombie, les heures sombres

[11] Texte complet de l'accord de paix du 24.08.2016 à La Havane- Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera
Disponible en PDF sur : <http://www.urnadecristal.gov.co/sites/default/files/acuerdo-final-habana.pdf>

[12] Le MOCO (Moniteur du Commerce International), Fiche pays- Colombie : données générales. Site internet www.lemoci.com

[13] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2007- Dirección de Censos y Demografía- Colombia, una nación multicultural, su diversidad étnica. Disponible en PDF sur https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf

[14] F.Roques Garcia, 1991- Présentation du Tunebo, une langue indienne à tradition orale de Colombie.

[15] R.Garcia, 1987- Contribution à l'étude du processus d'appropriation des outils techniques dans une situation de transfert de technologie.

[16] Encyclopedie Universalis- Chibcha ou Muisca

[17] Banco de la República, Editions Delroisse, 1982- Musée de l'Or de Bogotá

[18] Ministerio de la Cultura : Direccion de Entocultura y Fomento, Bogotá, Colombie, 2006- Las lenguas en Colombia

[19] J.Landaburu, Bogotá, Centro Colombiano des estudios de Lenguas Aborígenes, Universidad de los Andes, 2006-Clasificacion de las lenguas indigenas de Colombia

[20] MININTERIOR, Cabildo indigena, site du Ministère de l'Intérieur Colombien : <http://www.mininterior.gov.co/content/cabildo-indigena>

[21] Caracterizaciones de los Pueblos Indígenas en Riesgo 2009, Dirección de Poblaciones, Ministerio de Cultura- U'wa, gente inteligente que sabe hablar.
Disponible en PDF
sur :<http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterización%20del%20pueblo%20U'wa.pdf>

[22] UPME Minorias :Perfil etnoambiental de las comunidades indígenas en zonas carboníferas y estrategia para el desarrollo de proyectos carboníferos en estas zonas. Disponible sur : http://www.upme.gov.co/guia_ambiental/carbon/areas/minorias/contenid/u_wa.htm#Contenido

[23] M.Montero, E.Paez Guzman, 2008- Los U'wa todavia hablan u'wa

[24] Musée de l'Or de Bogota

[25] Site internet Wikipédia : Feuille de coca

[26] Cours de Pédonodontie de deuxième année à la Faculté d'Odontologie de Toulouse, Dr E.Noirit Esclassan.

[27] F. Zaoui, S. Hamdani, M.J. Belhad, J.L. Miquel
Étude descriptive de l'état bucco-dentaire d'un échantillon de la population marocaine

[28] M.L.Diombana, O.D.Haidara, H.KüSsner, O.Sangare, S.Y.Simaga
Étude épidémiologique de la carie dentaire en milieu scolaire à Kati (bilan CAO, co et fréquence globale)

[29] Arlon, 2013- Santé bucco-dentaire chez les jeunes en province de Luxembourg 2010-2012

[30] L.Créac'h, R.Esclassan, 2013 - Approche anthropologique de l'usure dentaire sur un échantillon de la population de Saint-Martin-de-Castries (Hérault, VIIIe-XVIIIe siècle)

[31] Kimura R1, Yamaguchi T, Takeda M, Kondo O, Toma T, Haneji K, Hanihara T, Matsukusa H, Kawamura S, Maki K, Osawa M, Ishida H, Oota H. American Journal of Human Genetics, 2009
A common variation in EDAR is a genetic determinant of shovel-shaped incisors

[32] Santé bucco-dentaire, aide mémoire N°318, Avril 2012, site de l'OMS

[33] A.Faucher et Coll Ed Cdp 2001- Dyschromies dentaires

[34] M. Sulieman. 2005-An overview of tooth discoloration: extrinsic, intrinsic and internalized stains. Dent. Update, vol. 32, no 8, p. 463-464, 466-468, 471

[35] D. Bandon, A. Chabane-Lemboub et M. Le Gall.2011
Les colorations dentaires noires exogènes chez l'enfant : Black-Stains

- [36] K. L. Shourie 1947- Mesenteric line or pigmented plaque; a sign of comparative freedom from caries. J. Am. Dent. Assoc. Vol. 35, no 11, p. 805-807
- [37] J. Theilade, J. Slots et O. Fejerskov, 1973 - The ultrastructure of black stain on human primary teeth. Eur. J. Oral Sci., vol. 81, no 7, p. 528-532
- [38] V.Paredes Gallardo, C.Paredes Cencillo
Black stain: a common problem in pediatrics. An Pediatr (Barc). 2005;62(3):258-60.
- [40] T.Zyla, B.Kawala, J.Antoszewska-Smith, M.Kawala, 2015- Black Stain and dental caries: a review of the literature. BioMed Research International.
- [41] A.Gasparetto, C.A.Conrado, S.M.Maciél, E.Y.Miyamoto, M.Chicarelli, R.L.Zanata
Prevalence of black tooth stains and dental caries in brazilian schoolchildren. Brazilian Dental Journal. 2003;14(3):157-61.
- [42] Atlas de la FDI, 2015- The challenge of oral disease, a call for global action. Disponible en PDF sur : http://www.fdiworldental.org/media/84764/book_spreads_oh2_french.pdf
- [43] Journal colombien El Universal 2014 - « 56% de la poblacion colombiana tiene caries no tratada »
- [44] J. Kaidonis- Tooth wear: the view of the anthropologist ; Clin Oral Investig (2008). 21-26.
- [45] B. Renaud, 2016 -Colorations extrinsèques dues aux bactéries chromogènes : analyse de la littérature
- [46] J.Slots- The microflora of Black Stain on human primary teeth.
Scand J Dent Res. 1974;82(7):484-90.
- [47] X.Chen, J-Y.Zhan, H-X.Lu, W.Ye, W.Zhang, W-J.Yang, et al.
Factors associated with black tooth stain in chinese preschool children. Clin Oral Investig. 2014;18(9):2059-66.
- [48] A.Garan, S.Akyüz, L.K.Oztürk, A.Yarat - Salivary parameters and caries indices in children with black tooth stains. J Clin Pediatr Dent. 2012;36(3):285-8
- [49] J.Tibi, 2010- Influence d'un bain de bouche sur la présence de bactéries cariogènes au sein du biofilm dentaire
- [50] Instituto Boliviano de Biología de Altura, 1997- Usos de la hoja de coca y salud pública.
Michel Sauvain, 1997, Consommer des feuilles de coca : Quels effets sur la santé?
Disponible en PDF sur http://www.suds-en-ligne.ird.fr/fr/plantes/pdf/4B_coca.pdf
- [51] Site Wikipédia : l'Organisation Mondiale de la Santé
- [52] J.F.MATTEI, 2015 « L'urgence humanitaire, et après ? », Ed. Hachette Littérature
- [53] Global goals for oral health in the year 2000, FDI. Mars 1982
- [54] Promotion de la sante Charte d'OTTAWA, OMS 1986, site www.who.com
- [55] R.Beaglehole, H.Benzian J.Crail, J. Mackay 2009- The oral health atlas, mapping a neglected global health issue

[56] Résumé analytique du rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS - Comblar le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé

[57] WHO : What are social determinants of health ?
Site de l'OMS, Social determinants of health, report by the Secretariat WHO 23/11/2012

[58] R.Guerrero, A.I.Gallego, V.Becerril-Montekio, J.Vásquez, 2011
Sistema de salud de Colombia
Disponible en PDF sur <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>

[59] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
Monitoreo Y Análisis De Los Procesos De Cambio Y Reforma , septembre 2009
Perfil de los sistemas de salud : colombia.
Disponible en PDF sur http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf.

[60]: Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004
Sistema de seguridad social, régimen contributivo
Disponible en PDF sur :
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

[61] A.Giuffrida, C.E.Flórez, U.Giedion, E.Cueto, J.G.López, A.Glassman, R.Castaño, D. Pinto, R.Pardo, T.Tono, W.Savedoff, E.A.Alfonso, L.F.Stone, A.López, B.Y.Díaz, M.L.Escobar, C.H.Arango, F. Ruiz Gómez, O.L.Acosta, 2009
From few to many, ten years of health insurance expansion in Colombia
Disponible en PDF sur :
<https://publications.iadb.org/handle/11319/426#sthash.wT9SvfoL.dpuf>

[62] Clinicas y hospitales ranking 2012
Disponible sur le site <http://rankings.americaeconomia.com/2012/clinicas-y-hospitales/ranking.php>

[63] E.Otero Brito- Article du journal colombien El Universal, décembre 2015 : « ORIGENES DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO »
Disponible sur : <http://www.eluniversal.com.co/salud/origenes-de-las-deficiencias-del-sistema-de-salud-colombiano-214184>

[64] C.M.Ardila Medina, 2006 - La profesionalización en la formación de odontólogos
Disponible en PDF sur :
<http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/186/1/ProfesionalizacionFormacionOdontologos.pdf>

[65] Site de la Faculté d'Odontologie Paris Garancière ; <http://ufr-paris-garanciere.fr/echanges-internationaux>

[66] Cours de quatrième année d'éthique à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse du Dr J.N.Vergnes.

[67] Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE - Organisation de coopération et de développement économique, panorama de la santé 2013
Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

[68] Système de santé : équité.

Site de l'OMS, disponible sur <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>

[69] Observatorio del programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2009 :

Diagnóstico de la situación del pueblo indígena u'wa

Disponible en PDF sur :

http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Documents/2010/DiagnosticoIndigenas/Diagnostico_U'WA.pdf

[70] Asociacion de autoridades tradicionales y cabildos u'was asou'was. Diagnostico plan de salvaguarda pueblo U'wa, marzo 2013

Disponible en PDF sur :

http://siic.mininterior.gov.co/sites/default/files/p.s_uwa_boyaca_version_preliminar.pdf

[71] UNHCR ACNUR, la agencia de la onu para los refugiados, comunidades indigenas u'wa

Disponible en PDF sur :

http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Pueblos_indigenas/2011/Comunidades_indigenas_en_Colombia_-_ACNUR_2011.pdf

[72] La vision 2020 de la FDI, une prospection sur l'avenir de la santé bucco-dentaire

Disponible en PDF sur : http://www.fdiworldental.org/media/12502/vision_2020_french.pdf

ANNEXES ET PHOTOGRAPHIES

SUMMARY:

Access to oral health is still a "luxury" for a very large number of people around the world, particularly for developing countries such as Colombia, where inequalities between social classes are considerable.

The U'was or Tunebos, are a Colombian indigenous people torn between tradition and Westernization. We were interested in their oral health and lifestyle, as well as their vision of dentistry and health in general. Is it necessary to provide external assistance to this population? And what type?

After having presented Colombia, we were interested in the U'was population by evoking their ancestors Chibchas then their traditions and way of life.

We then presented our study in the field and the results obtained.

By following we developed on the international humanitarian as well as on the Colombian health system, in order to propose an action of global care of the U'was.

Any action must allow long-term care taken by local leaders and above all supporting prevention at an early age.

Quelques portraits





ÉTUDE ET PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE CHEZ UNE POPULATION AUTOCHTONE COLOMBIENNE : « LES U'WAS »

RÉSUMÉ : L'accès à la santé bucco-dentaire représente encore à l'heure actuelle un « luxe » pour un très grand nombre d'individus dans le monde, particulièrement pour des pays en développement comme la Colombie, où les inégalités entre les classes sociales est considérable.

Les U'was ou Tunebos, sont un peuple autochtone colombien tiraillé entre tradition et occidentalisation. Nous nous sommes intéressés aussi bien à leur état bucco-dentaire qu'à leur mode de vie, ainsi qu'à leur vision de la dentisterie et de la santé en général. Est-il donc nécessaire d'apporter une aide extérieure à cette population ? Et de quel type ?

Après avoir présenté la Colombie, nous nous sommes intéressés à la population U'wa en évoquant leurs ancêtres Chibchas puis leurs traditions et mode de vie.

Nous avons présenté ensuite notre étude sur le terrain ainsi que les résultats obtenus.

En suivant nous nous sommes penchés sur l'humanitaire international ainsi que sur le système de santé colombien, afin de proposer une action de prise en charge globale des U'was.

Toute action doit permettre une prise en charge sur le long terme reprise par les dirigeants locaux et favorisant avant tout la prévention dès le plus jeune âge.

TITLE: STUDY AND ORAL PREVENTION IN AN INDIGENOUS POPULATION OF COLUMBIA: THE U'WAS

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE: CHIRURGIE DENTAIRE

MOTS CLES : U'was, Tunebos, Colombie, Étude, Prévention, Caries, Black Stains, Alimentation, Mode de vie, Humanitaire, Système de santé colombien, Propositions de prévention

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE TOULOUSE III:PAUL SABATIER Faculté de Chirurgie Dentaire,

3 chemin des Maraîchers 31062 TOULOUSE CEDEX 9

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Philippe POMAR

CO-DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Rémi ESCLASSAN