

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2017

2017-TOU3-3037

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lucie SOURZAT

Le 31 Mars 2017

ODONTOLOGIE ET PAYS EN DEVELOPPEMENT :

**EXEMPLE D'UN ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL AU
CABINET DENTAIRE DE L'HÔPITAL PREFECTORAL DE SIGUIRI,
EN GUINEE CONAKRY**

Directeur de thèse : Dr Philippe POMAR

JURY

Président :	Philippe POMAR
1er assesseur :	Sabine JONOT
2ème assesseur :	Rémi ESCLASSAN
3ème assesseur :	Florent DESTRUHAUT





Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONNIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ 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 :

Adjoint d'Enseignement :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mme VALERA

Mme DARIES, Mr MARTY,

Mr. DOMINE, Mme BROUTIN,

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 BOYADZHIEV

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. ROSENZWEIG

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, Mme KADDECH, Mme VINEL

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, Mme COSTA-MENDES

Assistant Associé : Mr DAUZAT,

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,

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT, Mr PUISSOCHET, Mr FRANC

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. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr DUCASSE

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

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 CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

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

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGÉANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE, Mr. CHAMPION, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. HENNEQUIN

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Chef de la sous-section : **Mme JONIOT**

Maîtres de Conférences : Mme JONIOT, Mr NASR

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

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

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).*

Mise à jour au 17 Mars 2017

Remerciements :

A mes parents, mon petit cœur de pierre ne vous dira jamais assez combien je suis reconnaissante, fière de vous ressembler, et surtout combien je vous aime.

A mes sœurs, à notre trio, trio hétérogène, parfois infernal, mais indéfectible et débordant d'amour. Constance et Léo, nous nous sommes supportées toutes ces années ? Bien plus, nous nous sommes portées l'une l'autre pour se construire et quand je vous regarde le résultat est éblouissant.

A Mutti, ma Grand-mère, ma coloc, mon acolyte des huitres. J'espère qu'un jour mes petits enfants seront aussi admiratifs que je le suis de toi. Merci d'avoir réussi à fonder une famille si grande, si merveilleuse, si aimante et solidaire (et un peu secouée!). Merci à tous les Sourzat, si si la famille !!!!!

A Marine, à notre symbiose, existentielle. Luucas nous guide, Mutoto.

A Manon, à notre amitié « gravée dans la roche », pour toujours.

Aux Brivistes. Et les gars, si on construisait notre propre Tarboulerie pour y vivre d'amour et d'eau fraîche (et de jaune)? Allez les portugais sortez la truelle, on a du pain sur la planche (et du saucisson)! Love love love les copains : Boobs, Elise, Guigui, Juju, Anto, Nono, Fouge, Gally, Flo, Jannou, Pierre Al, Tilly, Laetou, Eddy-loup, Adrian, Marion, Princesse Nana.

A la Malgue, à l'une des plus belles choses que m'ont apporté ces études : notre rencontre et cette amitié étincelante. Merci aussi à la meilleure famille d'adoption Tarnaise : les Malgouyres.

A mes copains dentistes, à nos années clinique, à nos soirées endiablées: Sophie B, Chloé, Nathou, Camille, Clément, Marsakovitch, Mathieu, Clémence, Céline, Enzo, Tabouletwoman , Guth-guth, Thomas, Jules.

A toute l'équipe du cabinet dentaire de Siguri, pour votre générosité, votre joie et force de vivre. Pour ces deux missions qui resteront à jamais gravé dans ma tête et dans mon cœur.

Aux Enfants de l'Aïr, qui m'a permis de vivre deux missions extraordinaires. Hissoma à tous les Toubabous qui m'ont accompagné, m'ont fait rire, m'ont fait boire du ricard (et ont supporté mes pieds), TNT vous dit un très grand INIKE. Merci Xavier de ton aide pour rendre ce manuscrit un peu plus français !

A Barbara, merci de t'être plongée dans ma thèse et de m'avoir apporté tes conseils qui me sont précieux.

A Jean François Boyer de chez STONER, merci Jeff pour ton immense générosité. Merci de m'accompagner une fois de plus dans mes projets humanitaire et faire dons de matériel.

A notre Président du jury :

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

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury, veuillez recevoir l'expression de notre profond respect et le témoignage de ma gratitude.

A notre jury :

Docteur JONIOT Sabine

- Maître de Conférences des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Vice Doyen de la Faculté de chirurgie dentaire de Toulouse,
- Responsable de la sous-section « Sciences Anatomiques et physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie »,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur d'Etat en Odontologie,
- Habilitation à diriger des recherches (HDR),
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury,
pour la qualité de son enseignement durant
toutes ces années. Veuillez trouver ici,
l'expression de notre profond respect.

A notre jury :**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)
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à ce jury,
Nous avons pu apprécier tout au long de notre enseignement
vos compétences et votre générosité à les partager. Votre
expérience est une véritable source d'estime et de respect.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère
considération.

A notre jury :

Docteur DESTRUHAUT Florent

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Expert près la Cour d'Appel de Toulouse,
- 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

Pour avoir bien voulu accepter
de juger notre travail, soyez assuré
de notre reconnaissance et de notre
profonde considération.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	14
<u>I LA GUINEE CONAKRY</u>	15
1-1 PRESENTATION DU PAYS	15
1-1-1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE.....	15
1-1-2-ECONOMIE :.....	18
1-1-3-POLITIQUE :	19
1-1-4-LANGUES ET PEUPLES:.....	19
1-1-5-HISTOIRE :	23
1-1-6- MONNAIE :	26
1-1-7- ENERGIE :	26
1-1-8- TOURISME :.....	27
1-1-9- RELIGIONS :.....	27
1-1-10 TRADITIONS ET COUTUMES :.....	28
1-1-11-L'ALIMENTATION.....	30
1-2 SYSTEME DE SANTE	31
1-2-1 CONDITIONS DE VIE ET D'HYGIENE.....	31
1-2-2 COMPORTEMENTS, COUTUMES ET ATTITUDES	31
1-2-3 ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION :.....	31
1-2-4 STRUCTURE GENERALE DU SYSTEME DE SOINS	32
1-2-5 FORMATION UNIVERSITAIRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES :	34
1-3-SANTE BUCCO-DENTAIRE :	35
1-3-1 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE :	35
1-3-2 MOYENS ET HABITUDES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DANS LA POPULATION	37
1-3-3 MYTHES, CROYANCES, ET COUTUMES TRADITIONNELLES :.....	38
1-3-4 COMPORTEMENT DE LA POPULATION FACE A UNE DOULEUR DENTAIRE :.....	39
1-3-5 LES FACTEURS DE RISQUES :	41
1-3-6 MOTIFS DE CONSULTATION DANS LES STRUCTURES DE SOINS BUCCO-DENTAIRES EN GUINEE	42
<u>II L'ONG LES ENFANTS DE L'AIR:</u>	43
2-1- SOLIDARITE INTERNATIONALE: AIDE HUMANITAIRE ET AIDE AU DEVELOPPEMENT :	43
2-2-LES ENFANTS DE L'AIR :.....	44
2-2-1 PRESENTATION :.....	44
2-2-2 OBJECTIFS ET MISSIONS DE L'ASSOCIATION :	45
2-2-3 LE DEROULEMENT DES MISSIONS EN GUINEE :.....	47
<u>III IMMERSION LORS DE DEUX MISSIONS HUMANITAIRES</u>	48
3-1 LE CABINET DENTAIRE DE L'HOPITAL PREFECTORAL DE SIGUIRI :	48

3-1-1 SIGURI ET SON HOPITAL :	48
3-1-2 L'EQUIPE DU CABINET DENTAIRE	50
3-1-3 FONCTIONNEMENT GENERAL DU CABINET :	52
3-1-4 SALLES ET MATERIELS A DISPOSITION	54
3-1-5 LES TARIFS :	57
3-2-LA PREMIERE MISSION : DU 8 AU 23 OCTOBRE 2016:	58
3-2-1 OBJECTIFS SPECIFIQUES DU CABINET DENTAIRE DE SIGURI	58
3-2-2 PREPARATIFS DE LA PREMIERE MISSION	59
3-2-3 DEROULEMENT DU SEJOUR , IDENTIFICATION DES BESOINS SPECIFIQUES:.....	60
3-2-4 FORMATIONS MISES EN PLACE :	68
3-2-5 PROBLEMES RENCONTRES :	71
3-2-6 TEMPS D'EVALUATION :	71
A- NOMBRE DE PARTICIPANTS	
B-EVALUATION	
C-POINTS FORTS	
D-POINTS A AMELIORER	
3-2-7 CONCLUSION DE LA PREMIERE MISSION :	74
3-3 NOUVELLE DEFINITION DES OBJECTIFS DU CABINET :	75
3-4 PREPARATIFS MATERIEL DE LA DEUXIEME MISSION :	80
3-5 LA DEUXIEME MISSION : DU 28 JANVIER AU 12 FEVRIER 2017 :	81
3-4-1 IDENTIFICATION DES BESOINS SPECIFIQUES :	81
3-4-2 DEROULEMENT DU SEJOUR :	85
3-4-3 CONTENU DE LA FORMATION	88
3-4-4 PROBLEMES RENCONTRES :	89
3-4-5 TEMPS D'EVALUATION:	95
A-POINTS FORTS	
B- POINTS A AMELIORER	
3-4-6 CONCLUSION DE LA SECONDE MISSION:	98
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>99</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>101</u>
<u>ALBUM PHOTO.....</u>	<u>105</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE :</u>	<u>110</u>
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	<u>112</u>

« Sourire provoque le meilleur chez l'autre »

Proverbe de l'ethnie des Lolos noirs (Chine)

INTRODUCTION

Surnommé le « château d'eau de l'Afrique de l'Ouest », la Guinée Conakry, avec un indice de développement qui la classe au 180^{ième} rang sur 186 pays, fait partie des pays les moins avancés du monde. A cause des conditions de vie très précaires et du niveau d'éducation très bas, les comportements adoptés par la population sont peu favorables à la santé.

La santé est cependant un des enjeux majeurs du développement de l'Afrique, qu'il s'agisse d'améliorer l'état de santé actuel des Africains ou de permettre l'éclosion d'une force de travail en bonne santé, capable de contribuer à la croissance du continent.

La santé bucco-dentaire fait partie des indicateurs de l'état de santé. En premier lieu, car les maladies bucco-dentaires perturbent des fonctions vitales telles que la mastication, la déglutition, la parole et le sommeil. Elles peuvent avoir des effets indésirables sur la qualité de vie, les relations sociales, la capacité à communiquer et l'estime de soi. La douleur et la gêne associées à ces maladies entraînent des troubles de la concentration, constituent une cause d'absentéisme scolaire et professionnel et peuvent conduire à l'isolement social et à la perte de travail donc de revenus. De plus on connaît de nombreux liens entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale. Le manque d'hygiène bucco-dentaire relevé en Guinée associée à une malnutrition, la chaleur et des conditions de vie précaires, font qu'une simple carie peut évoluer très rapidement vers des épisodes infectieux souvent beaucoup plus importants que ceux rencontrés lors de notre exercice habituel en France. Ces maladies bucco-dentaires et les conséquences qui en résultent, représentent une entrave voir un lourd fardeau pour le développement et le dynamisme des pays africains. D'autant plus du manque d'implication et d'investissement des gouvernements successifs dans les problèmes de santé publique.

De nombreuses Organisations Non Gouvernementales (ONG) sont ainsi présentes pour contribuer à la fois au développement global des pays et à l'amélioration des conditions de vie des autochtones : l'association des enfants de l'Air en fait partie. C'est par cette ONG que j'ai effectué à deux reprises en Guinée Conakry, deux missions humanitaires. L'éthique de cette association est d'aider les populations les plus démunies par des actions de développement à long terme dans le domaine de la santé, de l'éducation, de l'agriculture. Je me suis donc rendue au cabinet dentaire de l'hôpital préfectoral de Siguiri, en haute Guinée, afin de réaliser un accompagnement professionnel de l'équipe. Notre but était de renforcer les capacités du personnel soignant dans le domaine de l'asepsie, de l'organisation et de la technique des soins sous forme de compagnonnage. L'équipement du cabinet dentaire et l'état bucco-dentaire dans lequel arrivent les patients obligent à orienter majoritairement l'activité vers des extractions.

A travers ce manuscrit, nous allons étudier une manière de mettre en place une action humanitaire pérenne, en répondant aux besoins de la population locale. Nous aborderons les difficultés que peut rencontrer un pays en développement pour évoluer vers une dentisterie plus moderne. Développer les soins conservateurs : transformer l'offre de soins buccodentaires et changer l'image du dentiste qui ne serait plus "un arracheur de dents", mais un acteur de la santé bucco-dentaire et de la prévention.

I La Guinée Conakry

1-1 Présentation du pays

1-1-1 Contexte géographique et démographique

La Guinée Conakry est une République démocratique laïque située en Afrique de l'Ouest dont la capitale est Conakry. Elle possède une frontière maritime avec l'atlantique, et six frontières terrestres. Sa superficie est de 245 857km² (soit 50% de celle de la France), avec un littoral de 346km. Elle est bordée au nord-ouest par la Guinée-Bissau et le Sénégal, au nord-est par le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire, au sud-ouest par la Sierra Leone et au sud par le Liberia. Le pays compte 12,9 millions d'habitants, avec plus de 3 millions d'habitants dans la capitale.

La Guinée comprend quatre régions géographiques, caractérisées chacune par un climat, une végétation, une histoire et des ethnies différentes.

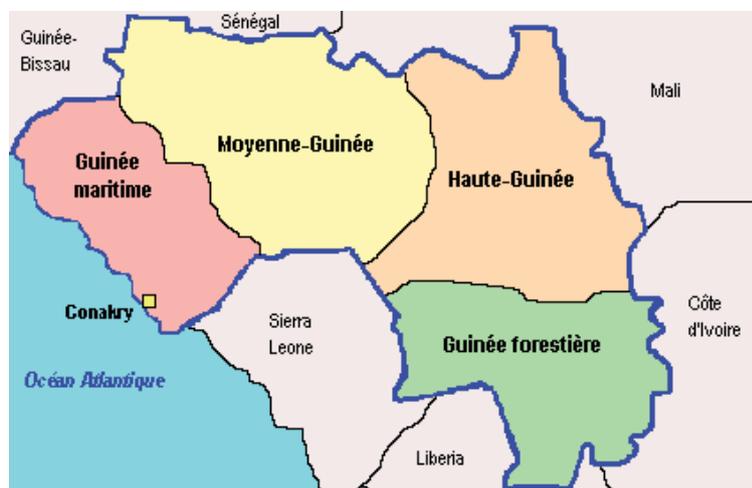


Figure 1 Carte des quatre régions géographiques de Guinée

La Guinée maritime ou Basse Guinée, s'étend sur toute la côte atlantique et est délimitée au nord par la Guinée Bissau, et au Nord Est par le massif du Fouta-Djalou et au sud par la Sierra Leone. Il y règne un climat tropical humide caractérisé par une saison sèche de novembre à mai et une saison humide de juin en octobre, chacune très prononcée (entre 20° et 36°C avec 80 et 85% d'humidité). Sa végétation est constituée de mangroves,

palmiers et cocotiers. En outre, la côte est jalonnée de belles îles et de nombreuses plages tapissées de sable fin. Elle est peuplée majoritairement de Soussous.

La Moyenne Guinée recouvre le massif du Fouta-Djalon où le mont Loura (1538 m) et le mont Tinka (1425 m) constituent les points culminants. Elle est délimitée au Nord par le Sénégal et au sud par la Sierra Leone. De par l'altitude, les saisons du climat tropical sont encore plus marquées. Elle couvre environ un tiers du pays. La population est à majorité peul.

A savoir que la plupart des grands fleuves d'Afrique de l'ouest le Niger, le Sénégal (Bafing), la Gambie, ainsi que leurs principaux affluents trouvent leur source en Guinée et arrosent tous les pays voisins faisant de ce pays le « château d'eau » de l'Afrique de l'Ouest.

La Haute Guinée, se situe au nord-ouest du pays. Fragment du plateau mandingue, la Haute Guinée est arrosée par le fleuve Niger et ses nombreux affluents. Avec son climat sec, de type subsaharien, elle présente une végétation majoritairement composée de savane boisée. Il existe une saison sèche prononcée de 6 à 7 mois entre novembre et mai et une saison pluvieuse de juin à octobre, les températures pouvant atteindre 38°C. L'ethnie majoritaire est les malinkés.

La Guinée Forestière, essentiellement montagneuse est en grande partie couverte par la forêt primaire qui renferme des bois précieux, dont l'acajou. C'est une région très riche en minerai de fer. Un climat à tendance équatoriale prédomine dans la région. Cette partie du territoire regroupe plusieurs ethnies, dont les Kissiens, les Tomas et les Guerzés.

Au point de vue administratif :

La Guinée compte **huit régions** qui portent le nom de leur chef-lieu : la région de Conakry, de Boké, de Kindia, de Mamou, de Faranah, de Kankan, de Labé et la région de Nzérékoré. Ces régions sont elles-mêmes divisées en 33 préfectures.



Figure 2 Carte des régions de Guinée

Les 12,9 millions d'habitants sont répartis entre les zones rurales (65,1 %) et les zones urbaines. La densité moyenne s'élève autour de 52,4 habitants au km². En dehors de Conakry les villes sont relativement petites.

L'indice de développement humain fait partie des plus faible du monde. Avec un IDH de 0,41 en 2014, la Guinée se placé au 180 rang mondial sur 186 pays. [1]

Le Produit Intérieur Brut (PIB) était de 6,696 (Milliard \$) en 2016, ce qui classe la Guinée au 144^{ième} rang sur 197.

Selon une étude de l'Institut national de la statistique de Guinée et de la Banque mondiale publiée en juillet 2012, plus de la moitié des Guinéens (55 %) vit en dessous du seuil de pauvreté, soit avec moins d'un dollar par jour, un chiffre en hausse ces dix dernières années.

La population guinéenne est relativement jeune puisque 61,6 % des Guinéens auraient moins de 25 ans. Le taux de natalité s'élevait à 36, 88 en 2014. La fécondité est estimée à 4,82 pour 2016.

-Surnommée le château d'eau de l'Afrique de l'Ouest

-Capitale : Conakry (3 millions d'habitants)

-Nombre d'habitants : 12,9 millions dont plus de 65% rurales

-4 régions géographiques , 8 régions administratives et 33 préfectures

-IDH : 0,41 180^{ième} rang mondiale sur 186 pays (en 2014)

-Croissance : 3,8%

-Espérance de vie à la naissance : 58 ans pour les hommes, et 61 pour les femmes.[2]

-Esperance de vie à 60 ans : 16 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes (statistiques de 2012)

-Taux de mortalité des nourrissons (probabilité de décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances vivantes) en 2012 : 65 (en France : 3)

-Taux de mortalité des moins de 5 ans (probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes) en 2012 : 101 (en France : 4)



Figure 3 Drapeau de la Guinée Conakry

1-1-2-Economie :

La Guinée qui regorge pourtant de ressources naturelles très importantes reste toujours classée parmi les Pays les Moins Avancés du monde (PMA).

A-L'Agriculture :

Elle demeure l'une des principales activités économiques du pays et emploie 70% de la population et contribue à hauteur de 18,3% au PIB en 2002.[3] Le mil et le fonio sont les principales cultures de la Haute-Guinée, tandis que l'on produit de l'arachide dans la région de Koundara. Le riz est cultivé dans les zones inondées en bordure de rivière et de fleuve. Toutefois, la production locale est insuffisante et le pays importe du riz asiatique. Les cultures vivrières traditionnelles comme celle du manioc restent largement pratiquées autour des habitations. La Guinée produit de grandes quantités de fruits, notamment des oranges et des bananes, utilisées en consommation locale.

B-L'élevage :

Il a toujours occupé une place prépondérante dans l'économie de la Guinée. Ce sous-secteur occupe environ 50 % des exploitations agricoles et entre à hauteur d'environ 3 % dans le PIB national.

C-La pêche :

Elle constitue l'un des secteurs les plus importants pour l'économie du pays, et génère 10 000 emplois directs et 100 000 indirects. Elle se compose à la fois de la pêche industrielle pratiquée avec une flotte presque exclusivement étrangère opérant sous licence, et de la pêche artisanale traditionnelle Guinéenne. Cette activité produit environ 100 000 tonnes de poisson par an dont 60% sont issus par la pêche artisanale. Le poisson apporte aux populations côtières la base de leurs consommations en protéines. L'excédent est par la suite fumé, puis revendu dans tous les marchés du pays.

D-Ressources minérales :

La Guinée possède une extraordinaire diversité dans les ressources minérales. Le pays recèle des gisements de bauxite, fer, or, diamant, calcaire, nickel, chrome, cuivre, uranium, cobalt, etc., ainsi que du pétrole offshore.

Ces ressources sont pourtant mal exploitées par la population locale. Ce sont des entreprises étrangères qui gèrent les exploitations. Elles extraient le minerai brut, et après l'avoir exporté elles le transforment ailleurs. L'impact sur les populations locales est donc faible. Ainsi, le secteur minier représente à lui seul 80 % des exportations du pays et 20 % de son PIB. Le secteur est actuellement en pleine relance et le pays devrait bénéficier d'investissements directs étrangers.

La bauxite aurait dû faire la fortune du pays depuis une cinquantaine d'années, avec 15 millions de tonnes par an ; la Guinée en est le deuxième producteur mondial après l'Australie. Ce seul minerai représente 25 % de ses recettes fiscales, 15 % de son PIB et assure plus de 85 % de ses recettes d'exportation.

L'or fait aussi partie des richesses du pays. Dans la préfecture de Siguiiri est exploité le gisement d'or de Koro qui a produit 320 000 onces en 2007. La production de diamants est, elle, totalement artisanale. Entre 500 000 et 1 000 000 de carats sont annuellement produits.

L'économie est fortement dépendante du secteur minier :

-Guinée : deuxième producteur mondial de bauxite (15% de son PIB)

-le secteur minier représente 80% des exportations du pays, et représente 20% du PIB

L'agriculture représente 70% des emplois et seulement 18.2% du PIB

L'élevage utilise 50% des exploitations agricoles et représente 3% du PIB

1-1-3-Politique :

Le Président de la République est élu au suffrage universel direct pour un mandat de cinq ans renouvelable une seule fois. Le pouvoir législatif est représenté par l'Assemblée nationale dont les 114 membres sont élus au suffrage universel direct pour cinq ans. Depuis les accords de Ouagadougou, un Conseil national de la transition (CNT) tient lieu d'assemblée nationale.

Actuellement, le professeur Alpha Condé est le président de la République, et Monsieur Youla Mamadi en est son Premier Ministre.

1-1-4-Langues et peuples:

La langue officielle de la République de Guinée est le français. Il s'agit de la langue de l'État et des institutions officielles. Après le régime de Ahmed Sékou Touré, le français est redevenu la langue unique d'enseignement à l'école.

La langue française est une langue en forte expansion en Guinée en 2007, 63,2 % de la population totale avait une maîtrise partielle ou complète de cette langue.[4] L'anglais est

présent dans les régions frontalières avec le Liberia et la Sierra Leone, et est une langue universitaire et commerciale.

Chaque ethnie possède sa propre langue, d'origine africaine. Nous allons nous intéresser trois ethnies dominantes, les Peuls, les Malinké et les Soussous, ainsi que le groupe des peuples de la forêt, qui se compose lui-même de trois sous-groupes principaux, les Toma, les Guerzé et les Kissis.



Figure 4 Carte: répartition des différentes «ethnies présentes en Guinée

Les différentes ethnies :

Les Peuls

On les appelle aussi Foulbé, ou Fulani. Ils représentent environ 40 % de la population et habitent principalement les plateaux herbeux du Fouta-Djalón. Ils parlent le peul (ou poulard). Ils possèdent de nombreux locuteurs dans d'autres pays (Sénégal, Mali, Tchad).

Ils ont fière allure avec leurs corps élancés et leur teint plus clair que la plupart des autres ethnies (vers la frontière du Sénégal). Ce sont des éleveurs réputés et leurs petites vaches de race N'Dama constituent leur richesse la plus sacrée. La légende de leurs racines est colportée par les griots, dans des contes initiatiques tels que *Njeddo Dewal* ou *Kaïdara*.

Aujourd'hui, les Peuls détiennent une bonne partie de l'économie du pays et surtout du commerce. Mais seulement une élite en profite.

Les Malinkés :

Le nom malinké signifie " l'homme qui vient du Mali ", le pays d'où sont issus tous les groupes Mandingues. En Guinée, ils représentent environ 30 % de la population et

habitent les savanes de Haute-Guinée, la région la plus défavorisée du pays. Ce sont majoritairement des agriculteurs effectuant des travaux pénibles dans leur champ. De par leur ascendance guerrière ils aiment afficher leur indépendance et leur refus de toute subordination. Ils sont aussi connus pour leur style de musique traditionnelle, dans laquelle le chanteur, à la voix quelque peu criarde, est accompagné de joueurs de kora, de balafon ou de djembé et doumdoum.

Les Soussous :

Les Soussous, au même titre que les Malinké, forment une branche de la famille des Mandingues. Descendus au Fouta Djallon, comme de nombreuses autres ethnies, ils ont dû fuir la région devant l'invasion musulmane du XVII^e siècle et se sont installés sur le littoral. Ils y ont établi plusieurs comptoirs commerciaux (épices, huile de palme, poivre) pour faciliter les échanges avec les Européens.

Aujourd'hui, ils occupent la plupart des plaines de la Guinée maritime, et notamment Conakry. Traditionnellement, les Soussous ont toujours été de grands agriculteurs qui ont développé, au contact des Européens, le sens du commerce et de la diplomatie.

Les Forestiers :

Les Forestiers, ou Peuples de la forêt représentent environ 10 % de la population totale et vivaient autrefois en autarcie. Ils possèdent chacun des coutumes et des rites d'une incroyable richesse qui perpétuent encore de génération en génération.

La langue officielle de l'État et des institutions officielles est le Français.

Chaque ethnie possède sa langue d'origine africaine.

Ethnie	Population	Pourcentage	Langue	Localisation
Peul (Poular)	4 963 000	40,9 %	poular (peul)	80% en Moyenne Guinée
Malinké	3 445 000	28,4 %	malinké (et variétés)	45% Haute Guinée 35% Guinée forestières
Soussou	1 373 000	11,3 %	soussou	75% Guinée Maritime
Kissien	545 000	4,4 %	kissi (du Nord)	80% Guinée forestière
Kpelle (Guercé)	538 000	4,4 %	kpelle (guercé)	80% Guinée forestière
Toma	247 000	2,0 %	toma	80% Guinée forestière

Figure 5 Tableau des différentes ethnies [5]

Lexique Malinké...

Bonjour = Hissoma / ani sokoma
 Bonjour (l'après-midi) = aniké / Ani télé
 Bonsoir = Anou woura
 Comment ça va? = Tana té ?
 Et le travail ? = Bara do ?
 Et la famille ? = Déebayado
 Oui ça va = Tana sité
 Comment tu t'appelles ? = I tö di ?
 Je m'appelle Lucie = N'tö le Lucie

Garçon = kee « ké »
 Fille = Démouso
 Femme =mouso
 Enfant = déni (singulier) Dée (pluriel)
 Combien d'enfants avez-vous ? = Déedjeli i bolo ?
 Pain = buru « bourou »
 C'était très bon = Adi ani
 S'il vous plait= i sabari
 Blanc=toubabou
 Noir=farafis

...avec des spécificités pour le cabinet dentaire !

Dentiste= Nimbola
 ouvrir la bouche = i da laca
 fermer la bouche= i da tun / i da lassi
 bouche= da
 avez vous mal = A dimina
 Depuis quand ? = A badamen
 cracher= i dadi labo
 dent= gnin
 langue= nen « nain »
 Incisive/ canine (dents antérieurs) = Dala gni
 Premolaire/ molaire (dents du fond)= Sakado
 molaire
 abcès/cellulite=Funu « founou »
 carie=carie
 Médicaments= Bassi

1-1-5-Histoire :

Pendant près de trente mille ans, des populations diverses se sont succédés sur le territoire actuel de la République de Guinée.

Vers l'an 900, des fermiers mandingues, venues du nord-est, viennent occuper les plaines et les plateaux. La plus grande tribu, constituée par les Soussous, s'installe en basse Guinée tandis que la tribu des malinkés prend possession de la Haute Guinée.

Au Xème et XIème siècle la Guinée fait partie de l'empire du Ghana (vaste empire qui comprenait l'actuel mali, une partie du Sénégal et de la Mauritanie), puis au XIVème siècle à l'empire du Mali. Vers 1320, le nom "Guinée" apparaît pour la première fois dans les écrits de Giovanni Carignan.

Résistances et conquête coloniale :

Au XVème siècle arrivent les premiers explorateurs Portugais. Ils installent des comptoirs de commerce d'or. Après avoir décimé les indiens d'Amérique latine, la traite négrière commence au XVIème siècle. On estime qu'en trois siècles, que 40 millions d'individus ont été enlevé de leur pays. Le commerce du « bois d'ébène » a déstructuré une partie de l'Afrique.

Trois grands empires coloniaux luttent pour la possession de cette riche contrée africaine : le Portugal, qui ne se maintiendra qu'en Guinée-Bissau et au Cap-Vert, l'Angleterre, qui dominera la Gambie, la Sierra Leone et le Liberia et la France. En 1814, c'est le traité de Paris qui confirme la mainmise de la France sur un territoire alors connu sous le nom de Rivières du Sud.

Le 17 décembre 1891, La Rivières du Sud est proclamée colonie française autonome, indépendamment du Sénégal, auquel elle était précédemment rattachée. On l'appelle désormais « Guinée Française et dépendances ».

En 1895 la Guinée est intégrée à l'Afrique Occidentale Française (AOF).

La Guinée sous la colonisation française :

La France impose un système d'administration coloniale identique à celui appliqué dans les autres territoires africains de son empire colonial. Sous l'autorité d'un gouverneur général, le pays est divisé en vingt-neuf cercles, eux-mêmes dirigés par un commandant de cercle.

L'exploitation des ressources s'oriente vers la satisfaction des besoins de la métropole. Au détriment des cultures vivrières, les cultures d'exportation, monopolisées par des sociétés françaises, se multiplient. La monnaie et l'impôt se généralisent également durant cette période.

Après la Seconde Guerre mondiale, plusieurs partis politiques se constituèrent dans la colonie de la Guinée française. Le parti démocratique de Guinée (PDG), dirigé par Sékou Touré, chef syndicaliste, devenu la première force politique du pays, lance une campagne d'opposition au projet d'intégration dans la Communauté française proposée par le Président de Gaulle.

« Nous préférons la pauvreté dans la liberté à la richesse dans l'esclavage » Sékou Touré

La Guinée fut ainsi la seule colonie française à voter "non" (à 94,4%) à ce projet lors du référendum du 28 septembre 1958 et à demander son indépendance immédiate. C'est ainsi que le nouvel État souverain proclamé "République Démocratique Laïque et Sociale de Guinée" (RDSLGS) vit le jour le 2 octobre 1958. Le 12 décembre 1958, la Guinée Conakry est admise à l'ONU.

La Guinée Indépendante :

Le premier Président de la RDSLGS, Sékou Touré, à l'origine très populaire dans son pays comme dans tous les pays d'Afrique prône alors le panafricanisme, « La décolonisation intégrale de toutes les structures du pays » et la mise en place d'une « société socialiste ». En fait, le régime se transforme en dictature. Isolée des autres nations occidentales, la Guinée se tourne progressivement vers l'URSS et la Chine et s'engagea dans un système de gestion socialiste de son économie.

La mort subite de Sékou Touré, le 26 mars 1984, permit à l'armée de porter au pouvoir le général Lansana Conté et un comité militaire de redressement national (CMRN). Le parti unique est supprimé, et la constitution instaure en 1991 le multipartisme. En décembre 1993, la première élection présidentielle pluraliste eut lieu. Elle fut remportée par le général Lansana Conté qui sera réélu en 1998.

Après avoir révisé la Constitution pour pouvoir se présenter une troisième fois en décembre 2003, le chef de l'État, pourtant gravement malade, est réélu avec 95,63 % des suffrages face à un candidat issu d'un parti allié, les autres opposants ayant préféré ne pas participer à un scrutin joué d'avance comme les précédents.

Le pouvoir du président, sous influence d'hommes d'affaires, est de plus en plus contesté. Début 2007 éclate une grève générale réprimée dans le sang.

Le 22 décembre 2008, Lansana Conté décède des suites d'une longue maladie (leucémie et diabète aigu) à l'âge de 74 ans. Il s'en suit une dissolution du gouvernement, ainsi que la suspension de la Constitution. Le même jour, le capitaine Moussa Dadis Camara est porté à la tête du Conseil national pour la démocratie et le développement (CNDD) et devient le troisième président de la République de Guinée.

A son arrivée au pouvoir, le capitaine précise que le nouveau régime est provisoire et qu'aucun membre de la junte ne se présentera aux élections présidentielles prévues en 2010. Décevant les espoirs d'une véritable transition démocratique, le 28 septembre 2009, des mouvements civils organisent une manifestation pacifique. A la surprise générale éclate une fusillade : les militaires tirent sur les manifestants bloqués dans le stade sans possibilité de fuite. Cette tuerie fait plusieurs centaines de morts. Les militaires se rendent en outre coupables de viols sur plusieurs dizaines de jeunes femmes.

En décembre 2009 Dadis Camara malade laisse le pouvoir par intérim à Sékouba Konaté. Il s'en suit l'accord - dit "de Ouagadougou" - qui stipule qu'un Premier ministre issu des Forces Vives (Partis d'opposition, syndicats, société civile) soit nommé pour former un gouvernement d'Union nationale et conduire le pays vers des élections libres et transparentes. Aucun membre du gouvernement d'union nationale, de la junte, du Conseil National de la Transition et des Forces de Défense et de Sécurité n'aura le droit de se porter candidat aux prochaines échéances électorales.

Le 27 juin 2009 a lieu pour la première fois une élection présidentielle en Guinée sans qu'aucun militaire ne soit candidat. Le candidat Alpha Condé est élu avec 52,52% des voix le 7 novembre 2010.

Le 11 octobre 2015, avec 58% des suffrages, le président Alpha Condé est réélu au premier tour de l'élection présidentielle pour un nouveau mandat de 5 ans. [6]

Alpha Condé voulait unir son peuple, réaliser de grands changements dans le pays. Mais la population n'est pas satisfaite et revendique moins de corruption. L'ONG Transparency International classe régulièrement la Guinée parmi les pays où la perception de la corruption est la plus forte.

1882 : constitution des "Rivières du Sud" en colonie, dépendant de Dakar

17 décembre 1891 : création de la Guinée française et dépendances

28 septembre 1958 : vote "non" à 94,4 % au référendum d'intégration à la Communauté française.

02 octobre 1958 : indépendance de la République de Guinée

1958-1984 : Régime dictateur sous la présidence de Sékou Touré. Le régime évolue vers le modèle soviétique à idéologie totalitaire de type marxiste.

1993 : Première élection présidentielle pluraliste (fin partie unique)

1998 : Réélection du président Lansana Conté puis référendum du mandat présidentielle qui passe de 5 à 7 ans et abolit les limitations liées à l'âge ou au nombre de mandats.

2003 : réélection Lansana Conté

22 décembre 2008 mort de Lansana Conté. Moussa Dadis Camara s'auto proclame chef de l'État et promet des élections fin 2010

28 septembre 2009 Massacre à la suite d'un meeting organisé dans le stade de Conakry. 157 morts, nombreuses femmes violées.

Novembre 2010 : première élection présidentielle sans qu'un militaire ne se présente. Alpha Condé est élu pour un mandat de 5 ans. Il a été élu démocratiquement sur un modèle de modernisation et de reconstruction progressive de la Guinée

11 octobre 2015 réélection d'Alpha Condé

Août 2016, le peuple est dans la rue pour demander la démission du président de la république

Des élections municipales sont prévues en février 2017, et législatives l'année d'après

1-1-6- Monnaie :

Le franc guinéen (GNF) est la devise officielle de la Guinée. Elle fut créée en 1960. Elle n'a de valeur que sur le territoire guinéen.

La monnaie guinéenne perd régulièrement de la valeur :

- En juin 2007, 1 euro = 4 400 GNF
- En octobre 2016, 1 euro = 10 000 GNF

Soit une perte de plus de 50 % de valeur en 9 ans par rapport à l'euro.

1-1-7- Energie :

La Guinée importe en totalité tous ses hydrocarbures, elle est entièrement dépendante des autres pays. Les pénuries d'essence sont fréquentes, comme nous avons pu le vivre lors de la mission de janvier 2017.



Figure 6 Cohue à la station essence lors de la pénurie

1-1-8- Tourisme :

Malgré une diversité dans les paysages, les climats, les ethnies, le tourisme est quasi inexistant en Guinée Conakry. C'est pourtant un pays où les étrangers sont très bien accueillis. Les Guinéens sont d'une grande gentillesse. Ils aiment nous faire partager leur culture, et sont toujours ouverts à la discussion.

Avec 44 000 visiteurs par an (rapport septembre 2011 - ministère délégué des Transports), le tourisme apporte tout de même, près de 2,16 % du PIB. Mais ces chiffres comprennent les travailleurs étrangers. Les " vrais touristes ", ceux venus pour découvrir le pays, sont encore peu nombreux, seulement quelques milliers.

Le développement du tourisme se confronte à plusieurs problèmes. Outre le fait que les hébergements sont souvent rustiques, l'accessibilité des régions à l'intérieur du pays est souvent compliqué. Les routes ne sont pas toutes goudronnées rendant l'accès souvent compliqué. Même si le gouvernement est conscient que développer une industrie touristique serait profitable à l'économie du pays, ce n'est pas pour l'instant dans les priorités.

Le pays reste ainsi authentique, ce qui est aussi un réel plaisir pour les quelques touristes qui viennent profiter de ce superbe pays.

-Grand potentiel touristique encore trop peu exploité

-44 000 visiteurs par an (mais une grande majorité pour les affaires)

-2,16 % du PIB

1-1-9- Religions :

En Guinée, la majeure partie de la population est musulmane (86,7 %). L'islam est pratiqué de façon modérée. Il n'y a pas, ou peu d'extrémisme dans ce pays. Le reste de la population est chrétien (8,9%) ou animiste (4,4%).[7] En Guinée Forestière, le christianisme est pratiqué par 25% de la population. L'animisme est très présent dans cette région aussi. Cela s'explique par le fait que les catholiques ont lutté moins sauvagement contre les pratiques animistes ancestrales que les musulmans. Dans le Fouta-Djalon, le pays des Peuls, la religion musulmane est souvent pratiquée avec plus de rigueur que dans le reste du pays.

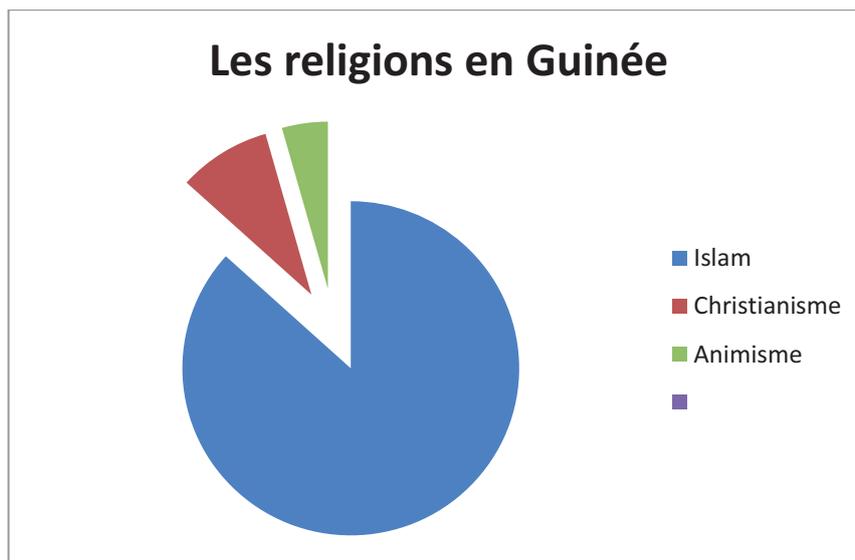


Figure 7 Diagramme des religions présentent en Guinée

1-1-10 Traditions et coutumes :

A Éducation

Depuis 1985, les cours sont enseignés en langue française dès le primaire pour les enfants âgés de 7 à 10 ans. Les cours se déroulent de 8h à midi puis de 15h à 18h.

Il y a un minimum de 40 élèves par classe et pas de maximum. Dans certains villages, le taux de scolarisation est quasi nul du fait de l'éloignement des écoles.

Cependant, plus de 90 % des enfants guinéens sont scolarisés à l'école primaire. L'enseignement primaire est obligatoire. Par contre pour passer du primaire au secondaire ce n'est pas facile, car seuls 62 % des garçons et 51 % des filles peuvent y accéder. Le taux brut de scolarisation au secondaire était de 38 % en 2010. Environ un quart de ces élèves suit des cours dans des écoles privées.

B Polygamie

La polygamie est très présente en Guinée. La religion musulmane permet à un homme d'épouser jusqu'à quatre femmes. Cependant ce n'est pas de toute simplicité. Certaines règles doivent être respectées. Le mari doit donner autant d'affection à toutes ses femmes, s'il fait un cadeau à une femme, il doit offrir un cadeau de la même valeur aux autres, pour éviter la jalousie. Le mari doit par ailleurs s'assurer de subvenir aux besoins de toute sa famille, souvent nombreuse. Et chaque jour, après sa journée de travail, il doit

s'occuper avec soin et amour de l'une de ses femmes. Sans compter les disputes qui peuvent éclater entre les différentes femmes.

Les nouvelles générations préfèrent maintenant la monogamie, et préfèrent pratiquer l'adultère !

Au cabinet dentaire, nous avons reçu plusieurs femmes qui venaient se faire soigner les incisives centrales pour être « la préférée » de leur mari.

C Circoncision et excision

La circoncision est pratiquée par tous les peuples du pays, de même que l'excision. Ces deux opérations, considérées comme complémentaires, servent selon eux à affirmer l'identité sexuelle. En effet, selon la mythologie, les individus naissent hermaphrodites et doivent donc se voir couper une partie du sexe afin d'être homme ou femme. Ces pratiques ne sont en aucun cas, contrairement à l'affirmation de certains, prévues par les religions (la Bible, le Coran ou la Torah).

Un nouveau rapport des Nations Unies publié en avril 2016 indique que malgré leur interdiction par le droit national et international, les mutilations génitales féminines et l'excision ne diminuent pas en Guinée. 97 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans ont subi des mutilations génitales féminines et/ou une excision et 69 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été excisées avant leur dixième anniversaire.[8] Les excisions ont aussi lieu sur des nourrissons. La Guinée est placée au deuxième rang mondial des pays avec le pourcentage le plus élevé de femmes ayant subi des mutilations sexuelles.[9]

L'excision constitue un véritable danger pour la femme. Aujourd'hui encore certaines femmes en meurent. En plus d'être un danger, l'excision enlève à la femme tout plaisir lors de l'acte amoureux. Cette jouissance que l'on supprime est malheureusement la principale raison pour laquelle cette pratique barbare continue. En effet, les hommes pensent qu'ainsi les femmes resteront fidèles à leur mari. Ne pas faire exciser les filles peut-être vécues comme un déshonneur pour de nombreuses familles. La pression sociale est telle que les filles elles-mêmes expriment le souhait d'être excisées de peur d'être exclues de leur communauté et de ne pas trouver de mari si elles ne se conforment pas aux traditions et normes sociales.[10]

On assiste actuellement, de plus en plus dans la capitale, à des campagnes promues par des ONG locales ou étrangères pour l'abolition de ces pratiques atroces.

D Mode de vie locale :

On assiste à un changement de mode de vie de la population guinéenne et particulièrement des jeunes. La Guinée vit ce que l'Afrique a vécu il y a 10 à 20 ans. Avec l'accès massif à Internet, les jeunes se détachent de plus en plus de leur culture

locale pour s'orienter vers un mode de vie beaucoup plus occidentalisé. Ils voient souvent les pays urbanisés comme un eldorado. La recherche d'une vie meilleure pousse les jeunes à migrer vers les villes ou même l'étranger. Ce qui n'est pas toujours une réussite. Le taux de chômage des jeunes étant très important, la recherche d'un emploi s'avère très compliquée, même en ayant effectué des études supérieures.

E Parenté à plaisanterie :

La parenté à plaisanterie, est une pratique sociale typiquement ouest-africaine, qui autorise, et parfois même oblige, des membres d'une même famille (tels que des cousins éloignés), ou des membres de certaines ethnies entre elles, à se moquer ou s'insulter, et ce sans conséquence. Ces affrontements verbaux étant en réalité des moyens de décrispation sociale

1-1-11-L'alimentation

Avec l'influence de l'Europe, le riz est devenu la base de la nourriture chez les Guinéens. Accompagné de condiments en sauces (tomates, oignons, aubergines, carottes, piments), il est mangé à presque tous les repas. On trouve aussi du très bon pain.

La cuisine traditionnelle est à base d'igname, fonio, manioc, tarot. La consommation de poisson est assez importante du fait de la pêche artisanale.[11]

Des ragoûts à base de sauce aux arachides ou de mangues sont préparés en fonction des saisons.

Les fruits bananes, orange, mangues, papaye, sont mangés tout au long de la journée.

Nous savons qu'en fonction de sa nature, sa consistance, la fréquence des repas, l'alimentation peut être plus ou moins cariogène. Nous avons notamment remarqué que la population peule présentait beaucoup plus de caries de points de contact que les autres ethnies. Leur consommation de manioc, de nature plus gluante et plus riche en glucides pourrait être à l'origine de cet indice carieux plus élevé. Mais ce n'est qu'une constatation que nous avons faite avec l'équipe du cabinet dentaire.

1-2 Système de santé

1-2-1 Conditions de vie et d'hygiène

La Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. Les conditions de vie sont très précaires. La population vit souvent dans des habitats de fortune où les normes d'hygiène ne peuvent être respectées. En moyenne, on note 3 personnes pour 10m² de superficie. En zones urbaines 60% des ménages vivent dans des foyers communs.[12]

Taux d'accès	En milieu rural	En milieu urbain
Eau potable	65,00%	90,00%
Assainissement	11,00%	32,00%

1-2-2 Comportements, coutumes et attitudes

A cause du bas niveau d'éducation de la majorité de la population, les comportements adoptés par la population sont peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène et de l'environnement et aussi par le manque d'informations sur la sexualité, les méthodes contraceptives, le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les infections sexuellement transmissibles y compris le SIDA. Ces dernières années on note une augmentation de la criminalité, de la consommation de drogues et des accidents de route particulièrement en milieu urbain.[13]

Il faut savoir que les Guinéens sont encore très attachés à leur médecine traditionnelle. Lors de leur itinéraire thérapeutique, ils ne consultent les structures de soins « modernes » qu'en dernier recours. On voit donc l'importance de leurs croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques.

1-2-3 État de santé de la population :

Au niveau des structures primaires publiques et privées, les principales causes de consultations sont le paludisme, les maladies diarrhéiques aiguës, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës, les maladies sexuellement transmissibles, les états de malnutrition, les affections bucco-dentaires et les traumatismes divers.

Les statistiques en milieu hospitalier indiquent que les principales causes d'hospitalisation sont : le paludisme, les infections respiratoires, les anémies non drépanocytaires, les maladies diarrhéiques, les maladies chirurgicales, les affections gynécologiques et les maladies cardiovasculaires.

1-2-4 Structure générale du système de soins

Le système de soins guinéen est composé des sous-secteurs public et privé.

Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet: 628 postes de santé, 410 centres de santé, 9 centres médicaux communaux, 26 hôpitaux de districts sanitaires, 4 hôpitaux régionaux et 2 hôpitaux nationaux et les centres spécialisés (CNTS, INSE, Centre National d'Hémodialyse, CRO, CADESSO ...).

Le sous-secteur privé comprend :

- d'une part les structures médicales de soins : 216 cabinets de consultations et de de soins, 28 cliniques médico-chirurgicales, 8 polycliniques, 13 cabinets dentaires et 17 cabinets de sage-femme
- d'autre part les structures pharmaceutiques.

Effectif des structures publiques et privées [14]:

Typologie	Nombre
Postes de santé	628
Centres de santé	410
Centres médicaux communaux	9
Hôpitaux préfectoraux	26
Hôpitaux régionaux	4
Hôpitaux Nationaux	2
Cabinets de consultations et soins	216
Centres médico – chirurgicaux	28
Polycliniques	8
Cabinets dentaires	13
Cabinets de sages-femmes	17

En plus de ces structures, il faut noter la présence de structures des soins au niveau des sociétés minières : Hôpital de Kamsar, Sangaréy, Russal Fria, Dèbélé, SAG, Gbenko, Ph Pbliton.

Le secteur pharmaceutique et biomédical compte 284 officines privées dont 78,5 % à Conakry, 39 points de vente installés en général dans les zones rurales, 16 agences de promotions (toutes dans la capitale), 25 structures grossistes et répartiteurs de médicaments dont un seul à l'intérieur du Pays et 5 laboratoires d'analyse biomédicale à Conakry.

A côté de tout cela, le secteur informel se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, l'on ignore tous des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité de ces services. Ce secteur informel met en péril la viabilité des structures officielles.

Ressources financières et financement du secteur santé

Le système de santé est financé par trois sources, à savoir :

- Le budget de l'État,
- Les recouvrements des coûts des prestations réalisées par les structures de soins,
- La contribution des partenaires

Budget de la Santé

La part des allocations du budget de l'État à la santé par rapport au PIB est de 6%. (Statistiques mondiales 2014 OMS rapport téléchargé)

L'État finance essentiellement le salaire du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, les autres charges d'exploitation des structures centrales et décentralisées, une partie de la formation initiale et continue. Il intervient aussi dans certaines opérations d'investissements dans les centres de santé et les hôpitaux. Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une part de financement relativement faible qui se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel.

Le budget accordé à la santé est donc très faible et si la Guinée veut atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement fixés par l'ONU, elle devra réserver 15% de son PIB à la santé.

C'est-à-dire que l'État doit fournir des efforts considérables pour réduire sa dépendance du financement extérieur et prendre en charge les problèmes de santé prioritaires de la population, notamment le paludisme, la mortalité maternelle et infantile, le SIDA, la tuberculose, les maladies contrôlables par la vaccination.

1-2-5 Formation universitaire des chirurgiens-dentistes :

A Conakry il existe une faculté publique (GamelAbdel Masser) et deux écoles privées.

La création de la filière odontostomatologie est récente à Gamel Abdel Masser, elle a vu le jour en 1990 alors que la faculté de Médecine est née en 1967 et celle de Pharmacie en 1968.[15]

Aujourd'hui la Faculté de Médecine Pharmacie Odontostomatologie (FMPOS) est structurée en quatre départements d'enseignement :

- un département de Science fondamentale qui gère la 1^{ère} et la 2^{ème} année
- un département de médecine qui gère respectivement la 3^{ème} la 4^{ème} 5^{ème} et 6^{ème} année
- un département d'Odontostomatologie gère aussi respectivement la 3^{ème} la 4^{ème} 5^{ème} et 6^{ème} année
- un département de Pharmacie gérant respectivement la 3^{ème} la 4^{ème} et 5^{ème}

Les frais d'inscription à la faculté coûtent 15 000 GNF. L'étudiant doit acheter une chemise et un cahier. Tous les instruments et le matériel utilisés lors des travaux pratiques sont achetés par les étudiants. Ils se cotisent souvent pour acheter une boîte à outils collective.

Ils sont cependant payés toute leur scolarité à hauteur de 105 000GNF par mois la première année. Ce salaire augmentant chaque année pour atteindre 130 000GNF par mois pour la 6^{ème} année.

Rappel : salaire moyen mensuel en Guinée : 400 000 GNF (=40euros)

Les matières abordées sont similaires à celles enseignées dans notre cursus en France. A savoir médecine générale, soins conservateurs, prothèse conjointe, prothèse adjointe, parodontologie, santé publique, pédodontie, orthodontie, stomatologie, endodontie ...

Ils ont aussi lors des deux premières années communes avec médecine et pharmacie, des cours de soins infirmiers : savoir poser un cathéter... Ce sont eux qui font les injections intra veineuses et intra musculaires lorsque nécessaires au cabinet dentaire.

A partir de la 4^{ème} année, les étudiants commencent la pratique hospitalière. Il y a six box à l'hôpital pour une soixantaine d'étudiants : ils effectuent donc des rotations. Ils travaillent trois demies journées par semaine et sont répartis par trinôme voir par quatre pour un seul box, avec un professeur. Ils ne pratiquent cependant presque jamais, les professeurs ne leur laissent la main que très rarement, et seulement pour les extractions. En sortant de 6^{ème} année certain n'ont jamais fait de soins sur des patients. Il existe une 7^{ème} année appelée année de « synthèse clinique ». L'étudiant doit trouver un praticien chez qui il passera une année pour exercer à ses côtés. Ils ont ensuite plusieurs années pour passer leur thèse.

L'hôpital est équipé de la radiographie. Elle n'est pas tout le temps utilisée en raison du coût (15 000GNF par radiographie). Mais les professeurs essaient cependant de leur apprendre à réaliser en endodontie les radiographies préopératoires, peropératoires et postopératoires. Le traitement endodontique s'effectue avec des limes manuelles, ils ne possèdent pas de rotation continue.

Pour les infirmières, leur cursus compte trois ans d'études après le Bac. Concernant les ATS (agent territorial de santé), c'est aussi trois ans d'études mais après le brevet.

1-3-Santé bucco-dentaire :

Depuis plusieurs années il existe une modification de la répartition des pathologies de la sphère orale, dont la carie, entre les pays industrialisés et les pays en voie de développement. La prévalence de la carie qui était jusque-là plus forte dans les pays industrialisés est en train de diminuer grâce à la mise en place de la prévention, de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire. A contrario, dans les pays en voie de développement, on assiste à une augmentation de la prévalence de la maladie carieuse. Ceci du au fait de leur mode de vie qui s'occidentalise avec notamment la consommation de sucre, sans pour autant augmenter leur apport en fluor.

1-3-1 La santé bucco-dentaire :

L'OMS définit la santé bucco-dentaire comme :

« l'absence de douleur chronique buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, de lésion buccale, d'anomalie congénitale telle que la fente labiale et palatine, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de carie et de déchaussement des dents, ainsi que d'autres pathologies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale. »

La santé bucco-dentaire est un indicateur essentiel de l'état de santé. En premier lieu, les maladies et affections de la bouche et du visage perturbent des fonctions vitales telles que la mastication, la déglutition, la parole et le sommeil. Elles peuvent avoir des effets indésirables sur la qualité de vie, les relations sociales, la capacité à communiquer et l'estime de soi. La douleur et la gêne associées à ces maladies entraînent des troubles de la concentration, constituent une cause d'absentéisme scolaire et professionnel et peuvent conduire à l'isolement social et à la perte de revenus. De plus de nombreux liens ont été établis entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général. Leur relation est systémique et réciproque.

D'après l'étude de 2010 sur la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study), les affections bucco-dentaires toucheraient 3,9 milliards de personnes, et leur charge de morbidité aurait augmenté de près de 21 % entre 1990 et 2010. Le rapport a mis en évidence que la carie non traitée sur dent définitive constituait l'affection la plus fréquente parmi les 291 maladies incluses dans l'étude, avec une prévalence mondiale de 35 %, tous âges confondus.[16]

Actuellement, on observe un changement dans la répartition de la charge mondiale de morbidité : les maladies non transmissibles (MNT) prennent peu à peu le pas sur les maladies transmissibles. Les maladies non transmissibles prioritaires préoccupant majoritairement les programmes des campagnes de prévention sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires chroniques, car leur prévention est l'une des mesures de santé publique offrant le meilleur rapport coût-efficacité.

D'après les estimations, si rien n'est fait pour inverser la tendance, les décès dus aux MNT deviendront la première cause de mortalité en Afrique d'ici 2030.

Les maladies bucco-dentaires font partie des maladies non transmissibles et sont un lourd fardeau pour les pays africains. Elles n'étaient cependant pas incluses dans les objectifs de prévention de l'OMS. Se rendant compte que certains facteurs de risques des maladies bucco-dentaires sont communs à ceux des MNT prioritaires (alimentation, tabac...), l'OMS a revu à la hausse ses objectifs de prévention. Pour la région de l'Afrique, l'OMS a inclus cinq autres MNT, à savoir : les maladies bucco-dentaires, la drépanocytose, les affections oculaires et auditives, les troubles mentaux ainsi que la violence et les blessures involontaires, dont celles dues aux accidents de la route.

Dans la catégorie des maladies bucco-dentaire, pour la région d'Afrique, l'OMS a donné la priorité à sept maladies et affections bucco-dentaires :

- les caries et cavités dentaires,
- les maladies parodontales,
- les cancers de la bouche et de la gorge,
- le noma (considéré comme un marqueur de l'extrême pauvreté),
- les manifestations buccales du VIH (très présent en Afrique),
- les traumatismes maxillo-faciaux dus à des accidents et à la violence,
- les fentes labiales et palatines.

Ce choix étant justifié par le fait que ces maladies peuvent être prises en charge relativement tôt par des moyens simples.

On voit donc une certaine évolution dans la perception de l'impact de la santé bucco-dentaire. Elle est indissociable de notre santé générale, et comme toute pathologie, elle doit être soignée de manière précoce et être le sujet de campagnes de prévention.[16]

1-3-2 Moyens et habitudes d'hygiène bucco-dentaire dans la population

Le cure-dent Guinéen :

Au marché, dans la rue, on voit beaucoup de Guinéens mâchouiller un morceau de bois. C'est ce qu'ils appellent le « cure dent ». Beaucoup ne jurent que par cela, et disent que c'est un produit tout-en-un. Il joue effectivement le rôle combiné de brosse à dents, dentifrice, détergent, bain de bouche mais aussi d'antiseptique. C'est pourquoi certains Africains le jugent plus efficace qu'une brosse à dents.

L'efficacité du cure-dent dépend aussi de l'origine de la plante. Les plus connues sont le neem (jeunes rameaux), les racines du kolatier et du papayer, l'acacia (tiges et racines) et l'arak (arbre originaire d'Arabie saoudite).

Certaines études ont mis en évidence la présence d'un agent antibactérien dans le Siwak pouvant contribuer à l'hygiène bucco-dentaire.[16]

L'inconvénient de ce type de brossage est qu'il peut être traumatique pour les tissus de soutien de la dent, et qu'il n'y a aucun apport de fluor.



Figure 8 Brouette de "cures-dents" guinéen

Brosses à dents et dentifrices :

Sur le marché, vous trouverez beaucoup de vendeuses ambulantes avec des bassines remplies de brosses à dents et « pâte » (c'est le mot qu'ils utilisent pour parler de dentifrice). La qualité des brosses à dents est souvent médiocre : tête des brosses à dent très grande, poils durs, ou médium. Les dentifrices sont souvent de la contrefaçon, avec comme problème majeur l'absence de fluor. Les seuls dentifrices fiables se trouvent en pharmacie, mais leur prix exorbitant amène les guinéens à acheter du « bas de gamme » sur le marché.



Figure 9 Brosse à dents vendues sur le marché

Au sein de la population, les niveaux de connaissances et les habitudes d'hygiène bucco-dentaires sont relativement faibles.

Ce manque d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire est notamment dû à l'absence de campagne de prévention que ce soit à l'école, dans la ville, à la télévision ou à l'hôpital. La majorité de la population n'a aucune idée de ce qu'est une carie, et des conséquences qu'elle peut entraîner. Quant aux bénéfices du fluor et de l'utilisation de dentifrices fluorés, c'est loin d'être acquis.

1-3-3 Mythes, croyances, et coutumes traditionnelles :

De vieilles croyances disent que les racines des dents du maxillaire sont les racines de l'arbre qui irriguent l'œil et le cerveau. Certains patients ne veulent pas qu'on leur avulse la dent de peur de devenir aveugles ou fous !

Certains patients ne consultent pas les après-midi. La chaleur étant plus importante, ils pensent que leur sang sera plus fluide, et ont peur d'une hémorragie après avulsion d'une dent.

Dans certaines régions les pratiques traditionnelles telles que le limage des dents et l'extraction volontaire de dents saines ou de germes dentaires sont encore réalisées. Elles peuvent conduire à de graves complications.

Anecdote : Nous avons reçu au cabinet un vieillard, avec une 15 en stade de parodontite terminale. Il était terrifié à l'idée qu'il puisse peut-être perdre la vue si on lui enlevait la dent. Après anesthésie, l'extraction n'a pas posé de problème et le patient s'est écrié « miracle je vois encore ! ».

1-3-4 Comportement de la population face à une douleur dentaire :

L'itinéraire thérapeutique est particulier. En première intention, face à une douleur d'origine dentaire, le patient va essayer de se soigner par automédication soit avec des plantes soit avec des médicaments (plus ou moins de contrefaçon).

Par la suite, il va avoir recours à la médecine traditionnelle qui est encore très présente dans la culture guinéenne. Le féticheur, par le biais de décoction et des rituels, va tenter de soigner le patient. A savoir que le coût pour le patient est assez élevé. Les féticheurs peuvent aussi être payés en nature (aliments, animaux...).

La troisième option est d'aller au marché. Profitant du manque de moyens financiers des malades, certains marchands proposent des « soins » ou « prothèses » sur le marché à des prix défiant toute concurrence. Ce marché noir de la dentisterie est dû à l'absence d'aide sociale et de prise en charge des soins qui poussent les gens à trouver le meilleur prix au détriment de la qualité. Ces soins de fortune sont réalisés par des personnes qui n'ont aucune qualification que ce soit dentaire, ou prothésiste. Les dégâts à court et long terme sont catastrophiques.

Pour vous montrer un cas concret. Nous avons reçu au cabinet un jeune homme de 28 ans, qui se plaignait de douleurs violentes au niveau des incisives maxillaires. Il nous dit avoir acheté une prothèse sur le marché pour remplacer les « bouts de dents manquant sur les incisives centrales maxillaires ». Une sorte de prothèse amovible remplaçant des soins conservateurs. Il n'y a pas eu d'empreinte pour réaliser la prothèse. Le coût de la prothèse du marché était de 20 000 GNF (pour rappel, au cabinet une extraction = 25 000Gnf, un soin 60 000 GNF).

Les résultats après un an de port de la prothèse sont catastrophiques : les caries proximales ont évolué en pulpite et nécrose dentaire. Il a été réalisé l'extraction de 11, 21,22 et le traitement endodontique de la 12. Le patient de 28 ans pensait que ses dents allaient repousser. Il souhaite, par la suite la réalisation d'une prothèse amovible au cabinet dentaire.



Figure 10 Photo endobuccale après retrait de la prothèse amovible



Figure 11 Extrados puis intrados de la prothèse du "marché"



Figure 12 Photo endobuccale après extraction de 11, 21, 22

C'est seulement en dernier recours, après avoir au final dépensé souvent beaucoup d'argent que les patients s'orientent vers un cabinet dentaire. La prise en charge est alors trop tardive, et les symptômes sont souvent exacerbés.

C'est ainsi que quotidiennement des patients avec de spectaculaires cellulites faciales consultent au cabinet dentaire.

A savoir que certains patients prennent en automédication des anti-inflammatoires sur terrain infectieux, ce qui en cas de cellulite accentue le phénomène.



Figure 13 Cellulite faciale chez un enfant

1-3-5 Les facteurs de risques :

Si l'on souhaite mettre en place des actions de prévention efficaces, il est important d'essayer de déterminer les facteurs de risque des maladies bucco-dentaires particuliers pour cette population.

L'urbanisation croissante :

Les Guinéens calquent de plus en plus leurs habitudes alimentaires sur le mode de vie occidentale sans pour autant adapter leurs pratiques d'hygiène. Avec un accès facilité aux aliments contenant du sucre raffiné, des snacks ou sodas, on assiste à une hausse de la prévalence des maladies bucco-dentaires et aussi d'autres pathologies générales (hypertensions, diabète...).

Cette consommation de sucres raffinés est plus forte en ville qu'en milieu rural.

De plus l'augmentation de la consommation d'alcool dans la nouvelle génération augmente le taux de traumatismes faciaux et dentaires, résultant de la violence et des accidents.

La progression du tabagisme est associée à une augmentation du nombre de cancers de la bouche et de la gorge.

Le statut socioéconomique :

Bien que beaucoup d'autres facteurs contribuent à la mauvaise santé en général, la pauvreté est sans aucun doute le plus important.

Comme inscrit à l'entrée de l'hôpital de Siguiri : « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ». Pour un salarié guinéen gagnant moins de 40 euros par mois, la réalisation d'un traitement endodontique suivi d'un composite lui coûte 30% de son salaire. Les soins conservateurs sont donc loin d'être accessibles à toute la population. Aucune prise en charge n'étant faite, la totalité de la somme est réglée par le patient.

La géographie :

En plus du coût important des soins pour la population, il faut ajouter un obstacle à tout cela qui est l'accès au centre de soin. En effet les rares cabinets dentaires existant dans le pays se trouvent en ville, car :

-premièrement les jeunes dentistes préfèrent s'installer en zone urbaine,

-deuxièmement la plupart des villages en brousse ne sont desservis ni en électricité ni en eau. Ce qui pose évidemment de vrais problèmes pour le fonctionnement d'un cabinet.

Les patients font parfois 100km pour venir consulter. En taxi-brousse, ou moto, le voyage est souvent long et onéreux. C'est pour cela que les patients tentent toutes les possibilités pour essayer de se soigner avec les moyens « du bord » avant d'aller en dernier recours dans un centre de soins dentaires.

1-3-6 Motifs de consultation dans les structures de soins bucco-dentaires en Guinée



Figure 14 Photo endobuccale d'un abcès en regard de la 16

Le motif de consultation majoritairement rencontré au cabinet de Siguri est la douleur. Enormément de patients arrivent en stade de pulpite ou d'abcès. Le manque d'hygiène bucco-dentaire associé à une malnutrition, la chaleur et des conditions de vie précaires, font qu'une simple carie peut évoluer très rapidement vers des épisodes infectieux souvent beaucoup plus importants que ceux rencontrés lors de notre exercice habituel. On peut ainsi compter une moyenne de trois cellulites par jour. Les patients sont souvent polycariés avec fréquemment des douleurs sur plusieurs dents.

Il arrive cependant que la demande soit esthétique notamment des femmes présentant des caries de points de contacts sur tout le bloc incisivo-canin maxillaire.

D'autres demandes concernent une réhabilitation prothétique pour remplacer leurs incisives centrales absentes.

Pendant mes deux missions, nous n'avons reçu aucun patient pour une visite de « contrôle ». La prévention n'est vraiment pas dans leurs mœurs.

II L'ONG les enfants de l'Air:

2-1- Solidarité internationale: Aide humanitaire et aide au développement :

Le continent africain, de 2005 à 2015 a reçu plus de 750 milliards de dollars d'aide extérieure. [Que ce soit de petites associations humanitaires ou de grosses organisations telles que l'ONU, l'UNICEF, l'UE, c'est un nombre impressionnant d'organismes qui tente d'aider les populations les plus démunies.

Cependant, l'Afrique reste un continent très pauvre où plus de 50% de la population vit avec moins de 1\$ par jour, un chiffre qui a presque doublé en deux décennies.

La définition de l'aide humanitaire reste ambiguë et controversée. L'aide humanitaire s'installe dans un contexte d'urgence, elle répond à une situation de crise exceptionnelle ou catastrophe naturelle, elle est livrée en zone sinistrée, est prévue à court terme, et est principalement là pour sauver des vies. Elle est vue comme une action de secours pour les victimes des conflits ou des catastrophes. [17]

Lorsque l'aide apportée est sur le long terme, on parle alors d'aide au développement. Elle est axée sur le développement économique, social et politique.

Ces deux aides sont toutes les deux complémentaires et interdépendantes

La solidarité internationale, dont le but est de réduire les inégalités, est basée sur plusieurs fondements [18] :

- comprendre les causes et agir pour les combattre,
- agir en partenariat et en réciprocité,
- renforcer l'autonomie et l'indépendance des partenaires de manière pérenne.

La réussite d'une mission nécessite un vrai dialogue entre les acteurs. Il faut répondre aux besoins de la population, en les évaluant avec eux. La notion de besoin n'étant pas la même pour tout le monde, elle dépend de la manière de concevoir la vie, de la culture à laquelle on est rattaché. L'objectif n'est pas de faire quelque chose qui semble bien pour nous, mais d'avoir défini, avec la population concernée, ce qui est essentiel pour eux. Cela paraît simple et logique mais ce n'est pas toujours le cas. Énormément d'argent est perdu chaque année dans des projets inappropriés.

Pour donner un exemple simple, engageant peu d'argent: une certaine ONG voyant dans le village d'Afrique où elle intervenait que les femmes devaient faire plusieurs kilomètres pour aller chercher l'eau, a décidé de construire un puits en plein centre du village. Trois ans après, l'ONG est revenue dans le village, les femmes n'utilisaient pas le puits et continuaient d'aller à la source. L'explication était que pour les femmes, c'était le seul moment où elles pouvaient se retrouver seules entre elles ! Ce que je veux ainsi montrer c'est que les besoins perçus par les membres de l'ONG n'étaient pas les besoins de la population.

Mettre en place des projets pérennes, développer l'autonomie de la structure du pays dans lequel on intervient, contribuer sans se substituer, tels sont les enjeux des associations humanitaires.

2-2-Les enfants de l'Air :

2-2-1 Présentation :

C'est une association humanitaire qui fut créée en 2000 à Montauban et agit essentiellement en Afrique de l'Ouest. Elle regroupe plus de 800 adhérents et donateurs en France et à l'étranger, issus de tous milieux socioprofessionnels, avec comme objectif d'aider les populations les plus démunies par des actions de développement à long terme.[19]



Figure 15 Logo de l'association

Le local de l'association se situe sur la commune de Corbarieu, au sud de Montauban. Il abrite la totalité des activités (réception et préparation des fournitures, conditionnement, secrétariat, etc.). Il abrite également toutes les réunions de conseil, bureau et les assemblées générales annuelles.

L'association est organisée en quatre pôles : Santé, Éducation et la Formation, Agriculture, Logistique-maintenance.

L'aide humanitaire se décline sous forme de missions humanitaires sur place, ainsi que l'envoi de matériel non disponible dans les pays et nécessaire aux missions et projets. L'ONG agit sur plusieurs zones :

- En Guinée, l'association est essentiellement basée en Haute-Guinée dans les secteurs de Kankan et Siguiri.

-Au Niger dans la région d'Agadez, de Zinder et de Tanout.

-Au Mali, les Enfants de l'Air agissent uniquement dans le domaine de la santé et sont limités au CHU Point G de Bamako.

Les enfants de l'Air en quelques chiffres

17 ans de vie

3 pays d'actions : Niger, Guinée, Mali

800 donateurs

179 adhérents en 2015

297 482 € de dons en 2015

6 à 7 missions par an

2 containers par an envoyé en Afrique de l'Ouest

2-2-2 Objectifs et missions de l'association :

Son but est de « répondre aux besoins exprimés, dans tous les domaines concourant au soutien de la population de Guinée/Mali/Niger et/ou d'autres pays. Elle met en œuvre des projets, essentiellement communautaires, dans une optique de développement à long terme et d'accès à l'autonomie » :

- en fonction des besoins exprimés,
- en valorisant les potentialités et les compétences locales,
- en s'intégrant dans les protocoles engagés par les autorités du pays,
- en intégrant les populations concernées dans les projets

Le pôle santé :

- Renforcer les capacités des structures de santé à chaque niveau de référence de la pyramide des soins

- Transférer les connaissances par formations théoriques, pratiques et compagnonnage
- S'intégrer dans les plans nationaux de développement de la santé
- Lutte contre la mortalité maternelle et infantile
- Projet Twin 2H (hygiène hospitalière et prévention des infections)
- Approvisionnement en besoins en médicaments, consommables et matériels : seuls les médicaments fournis dans le cadre du partenariat avec l'association TULIPE sont envoyés. Pour le matériel il faut tenir compte de ce qui sera strictement utile et utilisable sur le terrain. Par exemple les centres de santé ne sont pas électrifiés ; l'eau n'est pas disponible partout et toujours, donc aucun intérêt d'envoyer du matériel i-Tech électronique qui leur sera inutile. Pour les consommables il faut aussi penser à la gestion des déchets, un vrai problème en Afrique.
- Parrainage d'étudiants en médecine et paramédicaux

Le pôle éducation-formation :

- soutien aux écoles de brousses
- soutien aux collèges et lycées : fournitures scolaires, mise en place de salles informatiques
- Soutien aux IUT de Maradi et Zinder (Niger) et appui à la formation à l'université de Kankan (Guinée)
- Parrainage d'étudiants en médecine et paramédicaux
- Formation professionnelle en Guinée : les femmes travailleuses de Siguri

Le pôle agriculture :

- Soutien aux coopératives de femmes maraîchères de Bordo, près de Kankan.
- Projet de ferme démonstrative rizicole
- Apport de matériel, formation mécanique et culturelle

Le pôle logistique-maintenance est chargé :

- de remettre en état les véhicules et matériels qui se retrouvent au hangar. Il peut s'agir de véhicules propres à l'association ou de matériels agricoles destinés aux projets en Guinée. De même le matériel informatique destiné aux lycées est révisé et reconditionné avant d'être expédié par container.
- De l'entretien des locaux de l'association

-De la gestion du matériel et des consommables dont bénéficie l'association : Il leur est parfois proposé de récupérer du matériel, hospitalier notamment. La logistique gère l'acheminement, le stockage, le conditionnement, voire la remise en état, de ces matériels et consommables destinés à être envoyés au Niger et en Guinée par containers.

-De l'envoi des containers : C'est aujourd'hui le seul moyen pour convoier matériels et fournitures à destination du Niger et de la Guinée. La logistique prend en charge le conditionnement, la mise en container, l'acheminement.

-Des convois : Jusqu'en 2009, les apports de fournitures et matériels à destination du Niger se faisaient par voie routière et maritime. Les conditions sécuritaires n'étant plus remplies, ce mode d'acheminement a été abandonné depuis et remplacé par l'envoi de containers

-Du soutien logistique aux hôpitaux guinéens de Kankan et Siguiiri.

2-2-3 Le déroulement des missions en Guinée :

Les missions durent deux semaines. Nous étions entre 17 et 18 bénévoles repartis soit à Siguiiri soit à Kankan. J'étais la seule dentiste sur Siguiiri. Le reste de l'équipe était composé de sages-femmes, médecins urgentistes, chirurgiens, infirmières, pédiatre, mais aussi des agents de maintenance et informaticiens. Du lundi au samedi matin nous vaquions à nos missions respectives et tous les soirs en rentrant de l'hôpital nous débriefions sur notre journée.

Au niveau logistique, l'association s'occupe de tout (logements, transports, repas...).

III Immersion lors de deux missions humanitaires

3-1 Le cabinet dentaire de l'hôpital préfectoral de Siguiiri :

3-1-1 Siguiiri et son hôpital :

Siguiiri est une ville de 146 000 habitants, située au nord-est de la Guinée, sur la route qui mène à Bamako et sur le fleuve Niger.

C'est un chef-lieu de préfecture, dans la région de Kankan.

Elle est le siège de nombreuses sociétés minières en raison de ses gisements aurifères. La Société AngloGold ashanti de Guinée « SAG » exploite les gisements d'Or de Koron (Siguiiri) depuis 1998 (1er lingot d'or coulé le 8 février 1998). Sa production d'or en 2011 était de 292,693 onces. La société employait 1611 travailleurs permanents au 30 avril 2012.[20]



Cette société est très importante sur Siguiiri car c'est elle qui fournit l'électricité à la ville et à l'hôpital depuis 2015. En septembre 2016, la ville a voulu alimenter un quartier supplémentaire en électricité. Mais les générateurs n'étant pas assez puissants, il arrive donc régulièrement des coupures de courant qui peuvent durer de quelques heures à quelques jours. L'électricité à l'hôpital n'est donc pas constante, et parfois même si elle est présente, la tension est trop faible pour faire fonctionner le fauteuil dentaire. Ceci est un problème majeur pour l'évolution du cabinet.

L'hôpital de Siguiiri comporte un service d'urgence, de radiologie, de chirurgie, d'ophtalmologie, de médecine générale, de pédiatrie et un cabinet dentaire. S'ajoute à cela, une maternité, un centre de renutrition intensive (CRENI), un laboratoire d'analyse médicale et une pharmacie.



Figure 16 Cours d'entrée de l'hôpital



Figure 17 Cour du l'hôpital



Figure 18 Cours de l'hôpital



Figure 19 Incinérateur de l'hôpital



Figure 20 Cours de l'hôpital



Figure 21 Chambre d'hospitalisation dans le service de médecine générale



Figure 22 Salle d'attente du cabinet dentaire

3-1-2 L'équipe du cabinet dentaire

Adama KOULIBALI, 39ans, chirurgien-dentiste, a réussi son concours d'entrée dans la fonction publique, mais attend d'être titularisé. Il travaille donc bénévolement depuis 8 ans au cabinet de l'hôpital. Il est très motivé, a une soif de nouvelles connaissances et souhaite pratiquer une dentisterie plus moderne. Il craint la concurrence des cabinets privés en ville.

Aicha DIAKITE, infirmière titulaire, mais réalise aussi des extractions. Elle pose les perfusions aux patients régulièrement. Elle établit les dossiers des patients, les appelle quand c'est leur tour et fait les ordonnances sur les recommandations du Dr Koulibali.

Soumaila KOITA, 30ans, Agent Teritorial de Santé (ATS, équivalent entre un aide-soignant et un infirmier), travaille au cabinet depuis 5 ans. Il réalise les extractions mais prend aussi le rôle du stomatologue. C'est souvent lui qui remet en place les fractures maxillaires et réalise les contentions.

Sidafa KEITA, 28 ans, chirurgien-dentiste thésé, et bénévole depuis 5 mois. Il est très curieux, très à l'écoute de mes conseils, et demandeur de beaucoup d'informations. Il possède une vraie dextérité manuelle pour les soins, ce qui en fait un élément moteur pour le développement des soins conservateurs au cabinet de Siguri.

Marassa KEITA, 28ans, en préparation de sa thèse sur «les complications de l'éruption des dents de sagesse», a fini son année de synthèse clinique en 2013 et travaille bénévolement à Siguri depuis 8 mois. Jeune femme très motivée, très consciencieuse, elle réalise en plus des extractions et des soins, les prothèses amovibles.

Mamadi DANSOKO, en préparation de sa thèse sur «l'importance du brossage dentaire ». Il a fini sa synthèse clinique en 2014.

Mariam KEITA, en synthèse clinique

Rachel KOUROUMA, en synthèse clinique

Jeannette en stage de 6ième année.

Foromo DORE, en stage de 6ième année.



Figure 23 L'équipe du cabinet (de gauche à droite): Bary, Mammadi, Sidafa, Aïcha, Marassa, Rachelle, Mariam, Adama, Lucie, Soumaila, Jeanette

Malgré un nombre disproportionné de soignants comparé à la taille des locaux, tout le monde travaille ensemble, dans une ambiance très joviale. La bonne humeur est au rendez-vous, c'est un réel plaisir.

3-1-3 Fonctionnement général du cabinet :

Les dix membres de l'équipe sont présents au cabinet du lundi au samedi. Le dimanche seule une personne est de garde. La journée commence à 8h avec le STAFF réunissant tous les services de l'hôpital ainsi que la direction. Les équipes de gardes font leurs comptes rendus de la nuit, le nombre de patients entrants, sortants, évadés ou décédés. S'en suivent des questions et suggestions sur la manière dont ont été pris en charge les patients. Ce staff est assez mouvementé. Des graves fautes sont souvent relevées, et les membres du personnel en profitent pour régler leurs comptes entre eux. C'est cependant très enrichissant de voir comment les autres services fonctionnent, et les problèmes qu'ils rencontrent. Pendant ce temps l'agent d'entretien s'occupe du cabinet : serpillière et raclette sont passées tous les jours. Par la suite tous les membres de l'équipe récurent le cabinet, nettoient les surfaces, le fauteuil, et les bassines de décontamination sont préparées. Le poubinier (quand l'électricité a permis son fonctionnement) est vidé. Les activités commencent à 9h, avec une file d'attente déjà très importante.

De 9h à 13h30, les urgences affluent. L'après-midi est plus calme ce qui nous permettait de programmer des patients pour la réalisation de soins plus complexes et faire les formations aux soins conservateurs.

Même si les extractions sont les actes majoritairement réalisés au cabinet, on y réalise aussi des soins conservateurs (composites et traitement endodontique), de la prothèse amovible, de la traumatologie. Il n'y a pas de prothésiste, ni même de laboratoire et donc aucune activité de prothèse conjointe. La prothèse adjointe se réduit à de simples prothèses en résine auto polymérisables.

Répartition des activités du cabinet (en présence d'électricité)

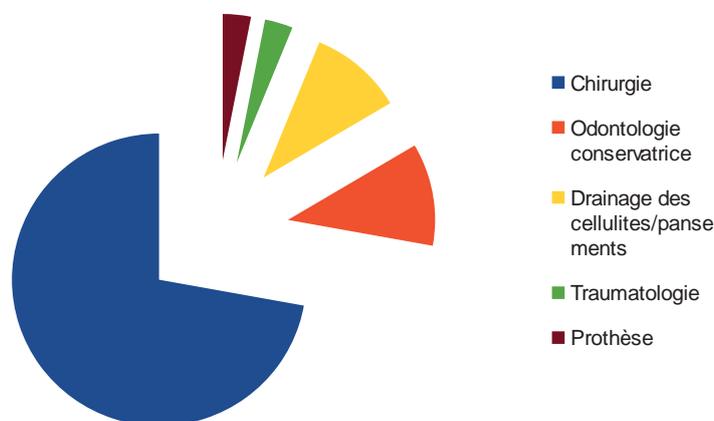


Figure 24 Répartition des activités du cabinet dentaire

Les accidents de la voie publique, les effondrements des mines, les accidents domestiques et les violences familiales engendrent de nombreuses fractures mandibulaires et maxillaires. Il y a donc une réelle activité de stomatologie, même de chirurgie maxillo-faciale au cabinet pour réparer ces « geules cassées ».



Figure 25 Traumatisme suite à un accident de la voie publique

Un ORL réalise aussi ses consultations à l'intérieur du cabinet. Lorsqu'il est absent, l'ATS prend son rôle. La pratique vaut plus que le diplôme en Guinée !

Aspect économique :

L'hôpital exige au cabinet dentaire une rétrocession par mois allant de 300 000 GNF à 4 200 000 GNF (il y a 8 ans le cabinet ne devait verser que 120 000 GNF). La somme est calculée en fonction du nombre de patients notés sur le registre et du nombre d'hospitalisations générées par le cabinet dentaire.

Tout le reste du chiffre d'affaire, s'il en reste après achats des consommables, est partagé entre les membres de l'équipe (en fonction des grades). Ceci leur permettant, même en étant bénévole, d'avoir un minimum de revenu.

A titre d'information, le dentiste référent touche en moyenne 1 200 000 Gnf (=120euros), le deuxième dentiste 500 000 GNF (=50euros), et les autres bien moins.

Il faut savoir que depuis octobre 2016, le cabinet dentaire reçoit un appui financier de cent euros par mois de la part d'un dentiste Française déjà partie en mission. Il a été convenu que l'argent versé devait servir à l'achat des consommables et du matériel nécessaire pour continuer à développer l'activité de soins conservateurs, et améliorer la qualité du cabinet en général.

Parenthèse **importante** pour comprendre les problèmes que rencontre le cabinet dentaire quotidiennement et qui nous ont pesés aussi lors de notre mission :

Le cabinet dentaire de Siguiri, notamment depuis l'appui des enfants de l'Aïr, est un service florissant. Avec le cabinet d'ophtalmologie, ce sont les deux services qui ont le plus d'activités à l'hôpital. Au lieu d'aider le cabinet dentaire dans son développement, le directeur de l'hôpital met des entraves à la progression de celui-ci en ralentissant les efforts menés par l'équipe. Et il semblerait qu'il garde une part des rétrocessions financières pour lui-même.

Le Dr Koulibali n'étant pas titulaire, ne peut pas faire entendre toutes ses revendications de peur d'être exclu définitivement du service. Ce conflit permanent entre l'administration et le cabinet ralentit considérablement l'évolution du service. Il s'en dégage une atmosphère de rivalité et de conflit permanent au sein de l'établissement.

3-1-4 Salles et matériels à disposition

Deux fauteuils dentaires sont à disposition :

-sur le plus ancien : turbine, contre angle, soufflette fonctionnent mais aucune arrivée d'eau. L'aspiration, le crachoir et scialytique ne fonctionnent pas.

-sur le fauteuil récent (amené par EDA), le conduit pour contre-angle ne fonctionne pas, ainsi que les ultrasons et l'aspiration.



Figure 26 Fauteuil 1



Figure 27 Fauteuil 2 amené par les EDA

Deux chaises servent à la fois pour les extractions, pour la prise en charge de cellulite, mais aussi aux consultations de l'ORL. Une poubelle est à disposition à côté des fauteuils et chaises pour servir de crachoir. Elle sert aussi à mettre les gants usagés, les dents extraites, les compresses sales, et le pus drainé...



Figure 28 Chaise n°1 de consultation et extraction



Figure 29 Chaise n°2 de consultation et extraction



Figure 30 Figure 27 Chaise n°2 de consultation et extraction

Le cabinet est équipé d'un poupinel et d'un autoclave. Lorsque l'électricité est absente, la stérilisation au poupinel ne peut se faire. La décontamination ne se fait alors qu'à froid. Les instruments sont trempés d'abord dans une bassine d'hypochlorite à 0,5%, puis dans de l'eau savonneuse et ensuite rincés à l'eau claire.

A noter l'**absence** de radiographie (rétro alvéolaire comme panoramique).

Le cabinet possède un compresseur ainsi qu'un groupe électrogène. Ce dernier n'est pas assez puissant pour faire fonctionner les fauteuils dentaires, il n'a pas d'utilité.



Figure 31 Bains de décontamination



Figure 32 Autoclave

La réalisation des soins conservateurs est récente à Siguiri. Jusqu'à l'arrivée des enfants de l'Aïr, le cabinet ne possédait pas beaucoup de matériel pour la chirurgie et rien pour la réalisation de soins quels qu'ils soient. Actuellement, élévateurs, daviers, syndesmotomes, précelles, miroirs, sondes sont présents en quantité. Pour les soins, deux lampes UV, un vibreur et quelques instruments pour sculpter les composites sont

disponibles. Cependant, on note une absence de fraises bague rouge ou jaune pour le polissage.

Au niveau des rotatifs : un jeu de contre angle bague verte et double bague bleue et une turbine sont fonctionnels. Il n'y a pas de pièce à main.

La pratique des soins conservateurs est en grande partie dépendante de l'engagement des Enfants de l'Air, et de tous les dentistes intéressés à approvisionner le cabinet en consommables qui sont introuvables en Haute Guinée et très difficilement à Conakry et Bamako.

3-1-5 Les tarifs :

A l'arrivée à l'hôpital le patient achète un carnet de soin :

-5 000 GNF (0,50 euros) pour le carnet et une consultation pédiatrique

-7 000 GNF pour le carnet et une consultation adulte.

A ce moment-là, il peut se présenter en consultation dentaire. Après le soin, Aïcha note dans le registre des consultations : le nom du patient, son lieu de résidence, son âge, son sexe, sa profession, les symptômes, le diagnostic, les soins réalisés et la prescription médicamenteuse effectuée. Elle gère l'encaissement des actes.

Il existe un prix moyen fixé par l'état pour les extractions:

-15 000 GNF pour les hôpitaux régionaux (ex : Kankan),

-10 000 GNF pour les hôpitaux préfectoraux (Siguir).
Le praticien peut faire le dépassement qu'il souhaite. A Conakry dans l'hôpital national l'extraction peut aller jusqu'à 50 000 GNF.

A Siguir :

extraction (toutes dents confondue)	25 000 GNF = 2,5euros
soin conservateur (amalgame ou composite)	60 000 GNF

Traitement endodontique (comprenant le composite)	120 000 GNF (=12 euros)
hospitalisation pour cellulite	250 000 GNF
fracture alvéolaire	150 000 GNF
blocage bimaxillaire avec atèle pour fracture mandibulaire	250 000 GNF
Bilan sanguin	40 000 GNF

Une idée des prix des médicaments :

-ordonnance pour de l'amoxicilline : 15 000 à 40 000GNF (en fonction de la spécialité)

-ordonnance pour cellulite : 300 000 à 400 000GNF (*Ceftriaxome IV, Flagyl en perfusion, Flagyl en comprimé, Doliprane en comprimé, Dexamethasone, compresse non stérile, gants d'examen, cathéter, seringues, sparadrap, eau oxygénée*)

A Conakry le tarif des soins conservateurs peut monter jusque 280 000 GNF.

Petit rappel, le salaire moyen des Guinéens est de 400 000 GNF (40 euros)

3-2-La première mission : du 8 au 23 octobre 2016:

3-2-1 Objectifs spécifiques du cabinet dentaire de Siguiri

Les objectifs ont été fixés en fonction des anciennes missions qui ont été réalisées. Après lecture des comptes rendus des missions dentaires, entretiens avec les dentistes qui ont exercé à Siguiri en mission, et les échanges de mails avec le Dr Koulibali, nous avons pu cibler les besoins du cabinet et de l'équipe soignante.

Notre but est de renforcer les capacités du personnel soignant du cabinet dentaire dans le domaine de l'asepsie, de l'organisation et de la technique des soins sous forme de compagnonnage.

Pour cela nous étions partis avec comme objectifs de :

- Faire l'inventaire du nouveau plateau technique du cabinet et de ses consommables, identifier les besoins en matériel et les différencier : ceux qui peuvent être achetés en Guinée, chez qui et à quel prix, ceux qui doivent être achetés en France.
- Poursuivre l'organisation des soins et l'accompagnement aux soins conservateurs de qualité avec le support de cours.
- Déterminer les possibilités de généraliser les anesthésies à carpule.
- D'améliorer la performance de la chaîne d'asepsie et d'élimination des déchets.
- Formations des chefs de centres de santé urbain à l'examen clinique dentaire et à la conduite à tenir. Les accompagner dans le rôle de prévention et de dépistage des pathologies buccodentaires.

3-2-2 Préparatifs de la première mission

Il s'est écoulé plus d'un an et demi entre la dernière mission comprenant un chirurgien-dentiste à Siguiri et mon arrivée. Il était donc difficile d'évaluer les besoins du cabinet que ce soit au niveau matériel, comme au niveau de la formation.

Le matériel :

Il paraissait cependant évident d'apporter tous les consommables utiles pour la réalisation de soins, sans quoi la formation n'aurait pas lieu d'être.

Le hangar de l'association est approvisionné par quelques entreprises (Hartmann...), qui donnent aux Enfants de l'Air toutes les fournitures qui leur sont revenues comme indésirables (beaucoup de compresses, d'anesthésiques, gants, masques, fils à suturer...) Le matériel spécifique dentaire est surtout récupéré suite à des départs en retraite de chirurgiens-dentistes.

Avec le stock du hangar, ainsi que les dons de consommables (composites, eatching, eugénol...) d'une dentiste membre de l'association, j'ai pu charger mes valises de 40 kg de matériel. En espérant qu'elles passent la douane !

Je tiens à remercier aussi Dr Gurgel Georgelin, chef de pôle Odontologie au CHU de Toulouse pour m'avoir fourni une grande quantité de composites et un pistolet à composite.

Avec le support des cours que l'on nous a enseignés en odontologie conservatrice, biomatériaux et anatomie dentaire, j'ai préparé des diaporamas afin de réaliser les formations théoriques.



Figure 33 Brosses à dents et dentifrices apportés

3-2-3 Déroulement du séjour , identification des besoins spécifiques:

Prise de contact avec les membres de l'équipe le 10 octobre. Ils m'ont très bien accueillie. Le lundi, il y a une très grande affluence d'urgences dentaires, j'ai donc directement été au cœur des activités, mais dans un premier temps comme observatrice. Tisser des liens avec le personnel soignant, comprendre comment ils fonctionnent, comment ils travaillent, découvrir le plateau technique faisait partie de mon premier objectif. De toute évidence, l'absence d'électricité à l'hôpital depuis quinze jours rendait la pratique de soins impossible pour ce début.

Cet aléa m'a laissé le temps de réaliser un tri et un rangement important du cabinet : tout était entassé dans les placards, il a fallu revoir l'organisation du plateau technique afin d'améliorer l'ergonomie.



Figure 34 Etat des daviers à mon arrivée



Figure 35 Sauterelle dans le crachoir



Figure 36 Mariam réalisant un triage du matériel



Figure 37 Organisation des boîtes de soins

J'ai réalisé l'inventaire du cabinet dentaire minutieusement, afin d'être fixée sur le plateau technique disponible.

J'ai constaté que beaucoup de matériel était « gâté » (c'est le mot qu'ils emploient pour dire abîmé), mais il n'était pas pour autant jeté. Nous nous sommes attelés à corriger tout cela. La place a été faite pour remettre les 40kg de matériel dentaires neufs amenés par mes soins à la plus grande satisfaction de toute l'équipe.

Observation de la réalisation d'une extraction :

Une anesthésie est toujours réalisée pour cet acte. Cependant même si elle n'est pas très efficace et que le patient se plaint, le praticien continue son geste chirurgical. Il n'y a aucune décontamination de la cavité buccale. L'absence de radiographie pré chirurgicale, et l'absence de moteur entraînent souvent des fractures des racines ou apex. Chose positive, si l'apex est cassé ils s'obstinent pour aller la chercher. Du fait du nombre important d'extractions effectuées quotidiennement, ils sont très performants.

Ne connaissant pas l'historique médical des patients, et compte tenu des conditions d'hygiène et de vie très précaires tous les patients sont mis systématiquement sous antibiotiques (amoxicilline ou amoxicilline + métronidazole).

La prise en charge des cellulites faciales :

Les patients sont directement mis sous antibiotiques en injection intraveineuse ainsi que sous antalgique. Ils réalisent l'incision endo et/ou exo buccale. N'ayant pas de lame de bistouri, l'incision exobuccale se réalise avec un ciseau, et en endobuccal avec un syndesmote. Ils drainent ensuite la collection de pus. N'ayant pas de mèche stérile, ils coupent l'élastique d'un gant, le trempe dans de la bétadine, et l'insère au lieu d'incision. Un pansement est mis en place pour protéger la plaie jusqu'à renouvellement de la « mèche » trois jours après.



Figure 38 Drainage du pus en endobuccale



Figure 39 Drainage du pus en exobuccale



Figure 40 Incision sous mandibulaire pour drainage



Figure 41 Mise en place du "méchage"



Figure 42 "Méchage" mis en place



Figure 43 Pansement recouvrant les points d'incision

Le matériel non stérile et le peu d'hygiène entraînent parfois des nécroses des tissus mous au point d'incision, comme le montre la photo ci-dessous. Les cicatrices qui en résultent sont assez importantes et défigurantes.



Figure 44 Nécrose au point d'incision du drainage

Observation de la réalisation d'une prothèse partielle amovible une dent :

L'empreinte est réalisée avec de l'alginate. Le modèle est ensuite coulé en plâtre. Le choix de la teinte est approximatif (car nous n'avons pas en stock une panoplie de teintes différentes). Il n'y a pas de prise d'empreinte de l'antagoniste, et l'examen clinique est très rapide. La réalisation de la prothèse partielle amovible se fait avec de la résine autopolymérisable. Pour des raisons esthétiques, il n'y aura pas de mise en place de crochets. Il n'y a pas de pièce à main, et aucun matériel pour polir. La résine est donc mise en place de manière très minutieuse pour éviter au maximum les retouches. Celles-ci seront effectuées avec du papier de verre à grosse granulométrie.



Figure 45 Fabrication de la prothèse avec de la résine autopolymérisable

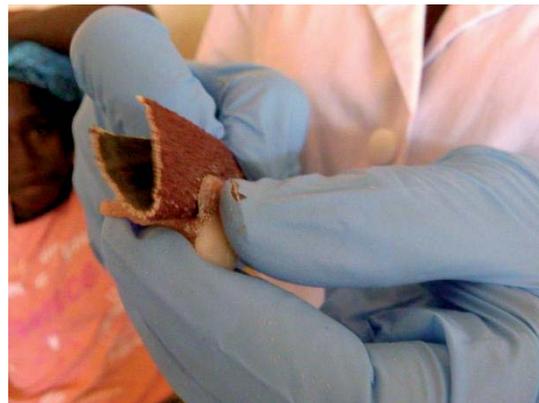


Figure 46 Retouches au papier de verre



Figure 47 Essayage de la prothèse amovible une dent

Les conseils apportés pour la prothèse :

La réalisation d'un examen clinique plus approfondi est nécessaire pour que la prothèse soit plus adaptée, plus fonctionnelle et esthétique. L'examen des tissus mous, de la présence d'éléments interférents (freins, brides, tubérosités), l'évaluation de l'espace prothétique utilisable ainsi que le type d'occlusion et la classe d'angle doivent être effectués afin d'éviter des retouches quasi impossibles. Je leur ai proposé l'achat de papier de granulométrie très fine afin d'avoir un état de surface moins poreuse, plus lisse. L'hygiène bucco-dentaire n'étant pas déjà exceptionnelle, moins la plaque s'accrochera, plus la prothèse et les muqueuses seront pérennes. J'ai fait un tour au marché pour essayer de trouver ce papier de verre de fine granulométrie, mais sans succès...

Observation de la réalisation d'un traitement endodontique :

Dans le cas de pulpite :

Réalisation de l'anesthésie puis utilisation du tire-nerf, et cathétérisme avec des limes manuelles allant du diamètre 10 jusque 40. De par l'absence de radiographie, la longueur de travail est trouvée approximativement, au « ressenti ».

L'irrigation est faite à l'eau chlorée (0,5%), mais peu fréquemment. Sans prévenir, ils injectent l'hypochlorite et demandent au patient de cracher dans la poubelle de déchets médicaux (l'aspiration étant non fonctionnelle).

Même si l'ampliation a été effectuée, ils temporisent avec un coton imbibé d'eugénol, et recouvrent avec un eugénate. Ils n'obturent jamais dans la séance. Trois jours après le patient est revu pour réaliser l'obturation : elle se réalise au lentulo avec de l'oxyde de zinc eugénol, puis insertion du maître cône, et très rarement de cônes accessoires. Il n'y a aucune condensation horizontale ou verticale. Ils sectionnent ensuite les cônes avec un instrument chauffé, et mettent en place un eugénate.

Dans le cas d'un abcès dentaire :

Le protocole pour la première séance reste le même que la prise en charge de la pulpite avec mise en place d'un coton imbibé d'eugénol puis eugénate. Au troisième jour est réalisée une temporisation à l'hydroxyde de calcium. Une semaine après, s'il n'y a pas de symptômes l'obturation sera réalisée.

Prise en charge d'une disjonction totale mandibulaire suite à des violences du père envers sa fille :

Après remise en place de la fracture, un blocage intermaxillaire à été mis en place. La patiente devra manger liquide à semi-liquide durant un mois.



Figure 48 Blocage intermaxillaire suite à une disjonction totale mandibulaire

Connaissant maintenant leur manière de travailler, j'ai pu ajuster les objectifs de la mission et les besoins réels de formation du personnel.

Le début de la formation des soins conservateurs a pu commencer avec l'arrivée de l'électricité le mercredi. J'ai réalisé des démonstrations de soins de manière commentée, en détaillant chaque étape : composites occlusaux avec fond de cavité, reconstruction d'un point de contact sur molaire, composite d'angle sur des incisives. J'ai ensuite laissé pratiquer mes confrères, en les guidant dans la réalisation des soins (contrôle du travail à chaque étape, conseils ...), les corrigeant lorsque le protocole n'était pas respecté.

L'organisation d'une séance de soin est primordiale pour une meilleure qualité de prise en charge ainsi qu'une efficacité optimale. J'ai insisté sur le fait de travailler à quatre mains. En effet, étant donné qu'il n'y a pas d'arrivée d'eau sur les rotatifs il est donc impératif que l'assistante irrigue la dent à l'aide d'une seringue pendant que le praticien réalise le soin. J'ai donc pris le rôle de l'assistante afin de montrer et de définir les différentes tâches qui

lui sont attribuées. Puis en retrait et dans l'observation, j'ai corrigé et conseillé la préparation d'un soin et le rangement du plateau technique.



Figure 49 Formation aux soins conservateurs

Lors des consultations, je prenais part au bilan dentaire, et nous réalisions ensemble les diagnostics et plans de traitement. Nous nous sommes heurtés à beaucoup d'échecs concernant la tentative de réalisation de soins conservateurs. Enormément de patients arrivent pour des urgences sur des dents souvent trop délabrées, impossibles à restaurer avec le plateau technique trop rudimentaire.

Convaincre les patients que faire des soins conservateurs est plus raisonnable et pérenne est très compliqué. Ils arrivent souvent en état de souffrance importante et souhaitent l'extraction.

Rappel : une extraction coûte 25 000 FG, l'acte est rapide et réalisé en une séance alors qu'un soin conservateur coûte 60 000 à 120 000 FG et nécessite parfois plusieurs séances.

A noter que le fait de montrer des clichés de cas clinique sur mon appareil photo a permis aux patients de visualiser ce qu'était un composite, et ainsi de déclencher chez eux une envie spontanée de réalisation de soins conservateurs. En 15 jours la population a eu échos de nos pratiques et nous avons pu constater avec satisfaction une affluence plus importante de consultations au cabinet. Il existe donc une réelle demande de soins, certes par un faible pourcentage de la population, mais elle existe !

Le deuxième volet de ma mission était de faire de la prévention et formation du personnel soignant des centres de santé urbaine. Pour cela nous nous sommes rendus avec le Dr Koulibali au Centre de santé urbain de Bolibana, à Siguiri.



Figure 50 Centre de santé urbain de Bolibana

Nous avons fait deux groupes de 7 ATS. Le but étant l'explication :

- de la carie dentaire,
- de ses symptômes en fonction du stade
- son évolution possible jusqu'à la cellulite faciale
- son traitement
- comment la prévenir.

Nous avons aussi parlé de la méthode et la fréquence de brossage des dents, du choix d'un bon dentifrice, des habitudes alimentaires.

Sous forme d'ateliers nous demandions aux participants de nous montrer sur le modèle de bouche de démonstration comment se brosser les dents. Les autres ATS devaient corriger si nécessaire.

J'ai réalisé l'examen clinique de la cavité buccale d'une ATS afin de montrer aux autres ce qu'était réellement une carie, du tartre.



Figure 51 Formation des ATS au centre de santé urbain

J'ai expliqué le traitement d'une carie grâce à des supports visuels : illustrations sur un livre d'odontologie que j'avais porté, et photos de cas clinique prises au cabinet de Siguri.

Le Dr Koulibali était très motivé et très pédagogue, il prenait un réel plaisir à informer les ATS.

Sur tous les ATS rencontrés, seul le deuxième groupe était vraiment très intéressé et posait des questions. C'est bien dommage, car ce sont ces acteurs de santé qui vont être confrontés en premier aux patients. C'est grâce à eux que l'on pourrait mettre en place des actions de préventions, voire de diagnostics et de premiers soins dentaires. Ainsi cela soulagerait l'activité du cabinet dentaire de l'hôpital. C'est ce personnel soignant qui est la clé pour améliorer la situation bucco-dentaire en Guinée.



Figure 52 Formation des ATS au centre de santé urbain

3-2-4 Formations mises en place :

Je leur ai fait des cours avec comme support des diaporamas sur :

-« les matériaux de restauration directs : composite, amalgame, ciment verre ionomère »

-« restauration antéro-postérieure simple en composite »,

-« gestion du point de contact en odontologie conservatrice »,

Nous avons aussi abordé différents sujets comme l'importance de l'hygiène au cabinet, la protection du personnel et du patient, et la relation praticien-patient.

La majorité de la formation a été l'accompagnement de tous les actes : corriger les protocoles lorsqu'ils n'étaient pas respectés, donner des conseils et astuces tout le long du soin.



Figure 53 Accompagnement aux soins conservateurs



Figure 54 Soins conservateurs sur 12-11-21-22 réalisés par Dr Koulibali Adama

J'ai insisté sur certains points :

Pour la réalisation d'un composite :

- préparation du plateau technique avant le soin : sortir le matériel utile
- protection du patient avec une serviette
- irrigation de la dent à l'aide d'une seringue remplie d'eau
- réalisation du soin dans un milieu exempt d'humidité : cotons salivaires +++
- mise en place de la matrice : respect des points de contacts

-réglage de l'occlusion

L'absence de fraises à polir nous a empêchés d'améliorer la finition des composites. Ce qui était assez frustrant.

Pour la réalisation d'un traitement endodontique :

-la réalisation d'une bonne voie d'accès

-l'importance de l'irrigation : je leur ai fait augmenter la concentration de leur eau chlorée (de 0,5 à 2,5%). J'ai ensuite insisté sur le fait d'irriguer dès l'ouverture de la chambre et entre chaque passage de lime.

-le passage de limes de récapitulation

-si les canaux sont nécrosés, il n'y a pas nécessité de mettre une boulette de coton imbibé d'eugénol dans la chambre en inter séance

-une bonne obturation qui ne peut se faire que si l'on arrive à sécher le canal

-faire attention au patient : ne pas manipuler les limes endodontiques et la seringue remplie d'hypochlorite au-dessus de ses yeux, protéger ses vêtements à l'aide d'une bavette...

A force d'insister sur tous ces points, tous les jours, à chaque patient, au bout de quinze jours, certaines choses sont presque devenues des réflexes !

Tout de même, le manque de matériel dédié à cette spécialité a été une entrave pour une nette amélioration de la pratique (absence de fouloirs, d'EDTA, radiographie...)

Sur le plan de l'hygiène :

-ranger le matériel après chaque utilisation : penser à passer un coton imbibé de chlore sur les objets touchés avec les gants contaminés.

-nettoyer le fauteuil après CHAQUE patient : penser à toutes les parties que l'on est susceptible de toucher avec nos gants (ex : manche du scialytique)

-porter des lunettes de protection pour le praticien : je leur ai laissé les miennes. A la mission suivante, j'en ai acheté une paire pour chacun.

3-2-5 Problèmes rencontrés :

-Les coupures d'électricité : Problème majeur lors de notre mission (et par la suite celle de janvier 2017) rendant impossible la réalisation des soins.

-l'absence de matériel rendant la réalisation d'un traitement endodontique de qualité difficile

-Les coutumes du pays avec son système patriarcal : Dans certaines ethnies, la prise de décision est faite par le mari, le chef de famille. Certaines femmes doivent donc attendre l'autorisation de celui-ci pour effectuer le soin. S'il juge inutile de traiter la dent, la femme n'a pas son mot à dire.

-Le recours à l'automédication et notamment aux AINS de façon quasi systématique pour tout type de douleur de la sphère orale expliquant ainsi le nombre important de cellulites que nous avons pu voir.

-Le niveau de vie du patient qui est à prendre en compte lors de la réalisation du plan de traitement. De nombreuses fois nous avons extrait des dents peu délabrées mais souffrantes d'une carie profonde, et dont le traitement endodontique n'aurait pu être payé par le patient.

-Le manque de seringues anesthésiques métalliques obligeant les praticiens à avoir recours à des seringues intramusculaires jetables. Celles-ci avaient une aiguille de très gros diamètre entraînant des nécroses au point d'injection.



Figure 55 Nécrose au point d'injection de l'anesthésique

3-2-6 Temps d'évaluation :

3-2-6-1 Nombre de participants :

Les neuf membres de l'équipe du cabinet dentaire sont venus par demi-groupe aux formations théoriques avec projection des diaporamas.

La réalisation des soins conservateurs au fauteuil a été effectuée seulement par :

-les deux dentistes diplômés : Dr Koulibali Adama et Dr Keita Sidafa,

- les deux thésards : Marassa keita et Mamadi Dansoko

Les étudiants, infirmières et ATS ont regardé et parfois pris le rôle de l'assistante dentaire.

3-2-6-2 Evaluation :

	Évaluation post-formation	Points à améliorer
Organisation d'une séance de soins	Acquis en partie	Débarrasser/ranger après le soin (laissent souvent tout traîner...)
Travail à 4 mains	Assimilé et efficace	Doit devenir un automatisme
réalisation composite	Protocole théoriquement et en pratique assimilé	Polissage/état de surface/point de contacts
Endodontie	Partiellement acquis	Aménagement des voies d'accès /absence de radiographie/absence d'aspiration
Prothèse amovible	Réalisation de prothèses correctes vu le peu de moyens techniques	Polissage de l'état de surface +/- Analyse prothétique
Généralisation de l'anesthésie à carpule	Acquise	Seringue à usage unique souvent de trop gros diamètre. Nécrose due à des anesthésies intra-septales Techniques à revoir



Figure 56 Soins conservateurs sur 11-21 réalisés par Marassa Keita



Figure 57 Soins conservateurs sur 21 réalisés par Mamadi

3-2-6-3 Points forts :

- La motivation de l'équipe dans l'acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences.
- Leur dévouement pour mettre en place les moyens techniques et matériels pour améliorer le cabinet.
- La bonne gestion des déchets : poubelles déchets médicaux, poubelles autres déchets, midinette pour les aiguilles, carton pour les carpules en verre d'anesthésie.
- Explication des techniques de brosse et des conseils : on sent une motivation de l'équipe soignante dans le domaine de la prévention, et de l'éducation à la santé bucco-dentaire.



Figure 58 Démonstration de la technique de brossage

3-2-6-3 Points à améliorer :

- Techniques de finition des composites : polissage, occlusion.
- Gestion d'un point de contact.
- Aménagement des voies d'accès en endodontie.
- Organisation ergonomique du travail et rangement du matériel après chaque soin.
- Evaluation de la balance bénéfices/risques lors de la prise de décisions de conservation ou d'extraction de la dent.
- Approfondissement de la relation et du dialogue patient-praticien vers le développement d'une médecine moins paternaliste.

3-2-7 Conclusion de la première mission :

Ce fut une mission très positive où le mot compagnonnage a pris tout son sens. Un réel échange avec l'équipe du cabinet s'est créé et nous a permis d'avancer petit à petit vers une meilleure autonomie du cabinet. Malgré la grande volonté de l'équipe, les problèmes de matériels restreignent l'activité souhaitée.

La réalisation des soins conservateurs est dépendante de l'électricité. Le Dr Koulibali devrait investir très prochainement dans un générateur pour remédier à ce problème et être enfin indépendant.

Les seuls fournisseurs de matériels et consommables dentaires se trouvent à Conakry et ils ne possèdent pas tous le nécessaire à la réalisation de soins conservateurs. L'apport de consommables par l'association Les Enfants de L'Air est donc un élément moteur à la réalisation de soins de qualité.

Le manque de prévention dans les centres de santé, l'absence d'information de la population sur l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire et d'un contrôle régulier chez le dentiste entraînent un délabrement dentaire souvent trop important qui ne nous donne pas d'autre choix que l'extraction. D'où l'importance des sessions de sensibilisation dans les centres de santé et écoles.

L'apport de la radiographie pour une meilleure qualité des diagnostics, des traitements endodontiques, de l'anatomie dentaire et péri apicale en chirurgie (proximité du nerf alvéolaire inférieur, sinus...) serait d'une grande utilité.

3-3 Nouvelle définition des objectifs du cabinet :

Je suis allée rencontrer Barbara, aux Sables-d'Olonne, la dernière dentiste partie en mission avant moi. Nous avons longuement échangé sur nos expériences respectives à Siguri, sur les manières dont nous envisageons l'évolution du cabinet.

Il est très important dans ce type d'ONG, où plusieurs dentistes sont amenés à partir en mission dans un même cabinet, d'avoir les mêmes lignes directrices. Les dentistes des futures missions doivent se donner comme objectif la continuité des formations précédemment enseignées afin d'agir tous dans le même sens, et vers une progression réfléchie.

Avec Barbara nous avons donc constaté, qu'à ce jour, l'accompagnement réalisé avec nos confrères en Guinée est concentré :

-sur la formation aux soins conservateurs non iatrogènes et durables,

-mais aussi et surtout sur la bonne prise de décision de soins en tenant compte du ratio bénéfice/risques.

C'est ce dernier point qu'il faudra accentuer lors des prochaines missions.

Le choix thérapeutique est complètement différent de nos pratiques quotidiennes en France. Beaucoup de facteurs sont à prendre en compte :

-l'absence de radiographie :

-l'absence de prothèse conjointe : une perte coronaire trop importante non reconstituable de manière directe nous orientera vers l'extraction

-le patient : la possibilité pour lui de revenir sur plusieurs séances, le coût financier que représente un soin.

Sans radiographie, il n'y a aucun contrôle de l'obturation (tous les canaux sont-ils traités ? Les longueurs de travail sont-elles bonnes ?), aucun contrôle de la lésion apicale possible et de sa cicatrisation. Il est donc difficile de concevoir la réalisation d'un traitement endodontique sur une dent nécrosée ou abcédée.

En effet, compte tenu de l'effort financier très important demandé au patient, on ne peut se permettre l'échec de son traitement endodontique. On préférera extraire cette dent, et proposer au patient, de se concentrer sur le traitement de dents où les caries sont à un stade moins avancé afin de préserver ses dernières. Il est primordial pour le praticien de mettre tout en œuvre pour réussir son traitement.

Cette démarche peut paraître archaïque au vu des données acquises de la science, mais il faut se remettre dans le contexte dans lequel nos confrères guinéens travaillent, et en connaissance des conditions de vie de la population. Cette démarche reste essentielle pour la santé du patient comme celle du cabinet dentaire.

Afin de faire le bon choix thérapeutique (en tenant compte du ratio bénéfice/risques), nous avons réalisé :

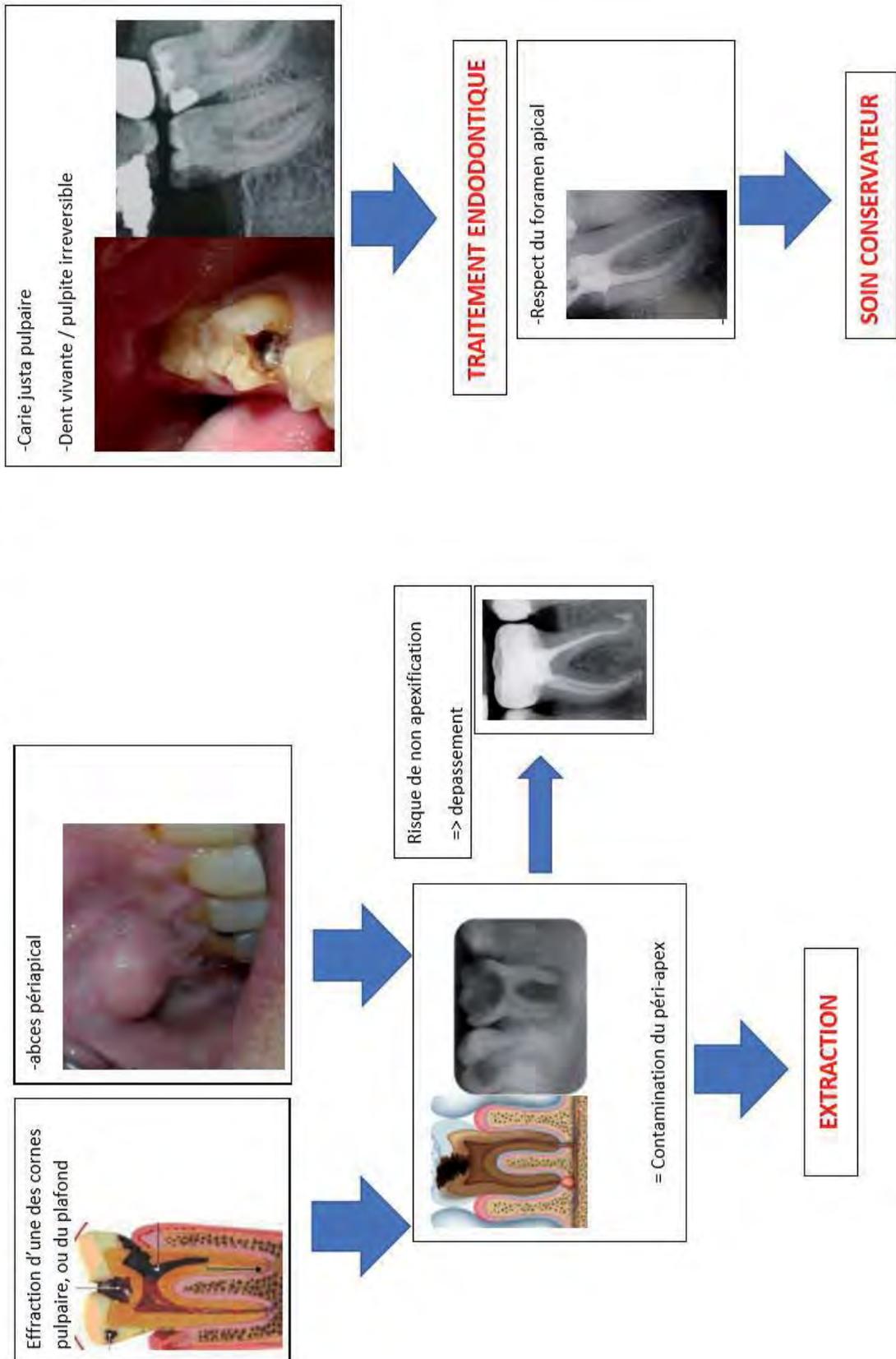
-des arbres décisionnels thérapeutiques adaptés aux moyens matériels du cabinet dentaire et à la patiente :

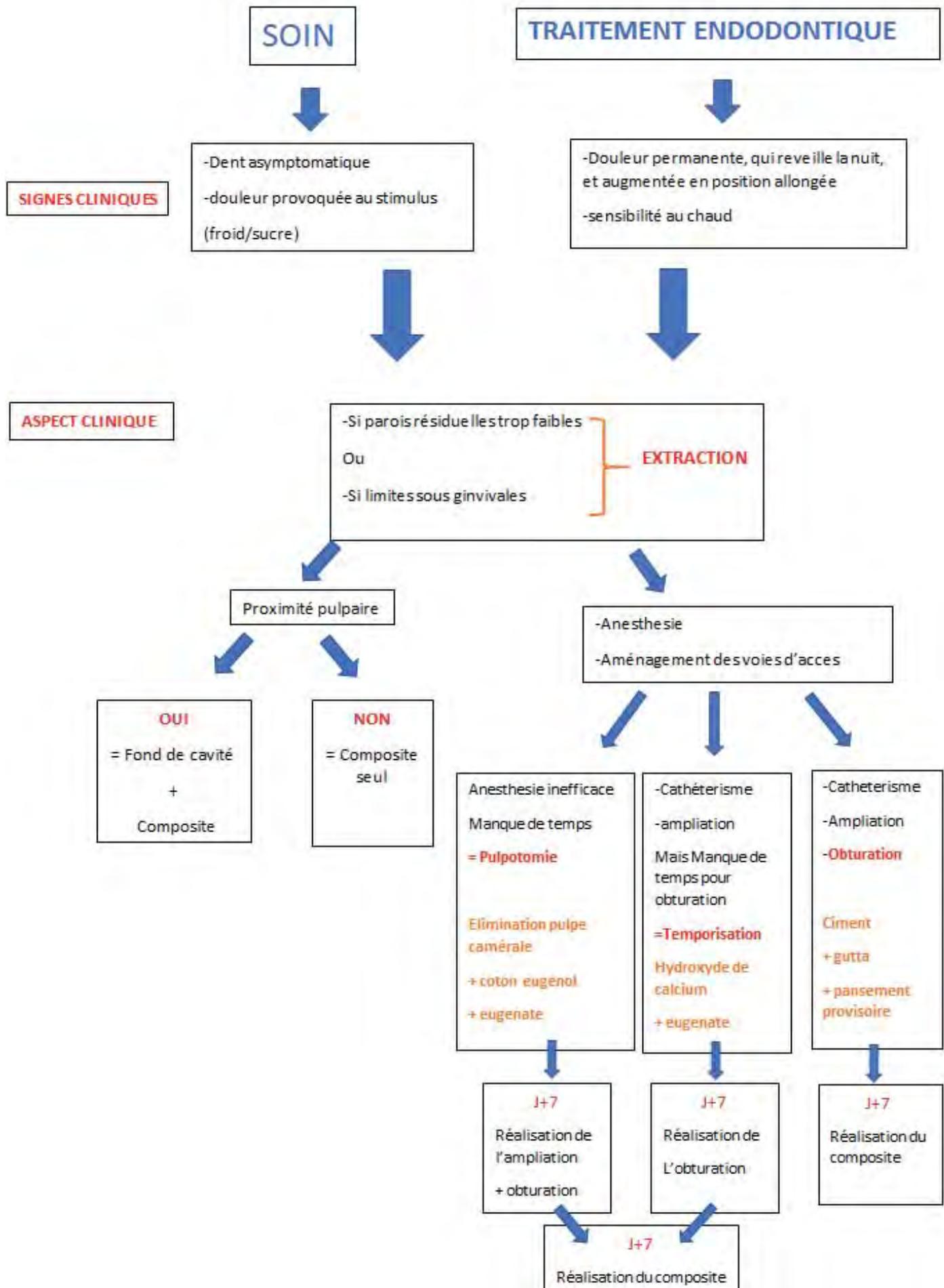
-extraction ou soins conservateurs

-traitement endodontique ou simple composite (+- fond de cavité)

-la préparation de TD avec comme support des photos de cas cliniques pour discuter des diagnostics et plan de traitement à suivre.

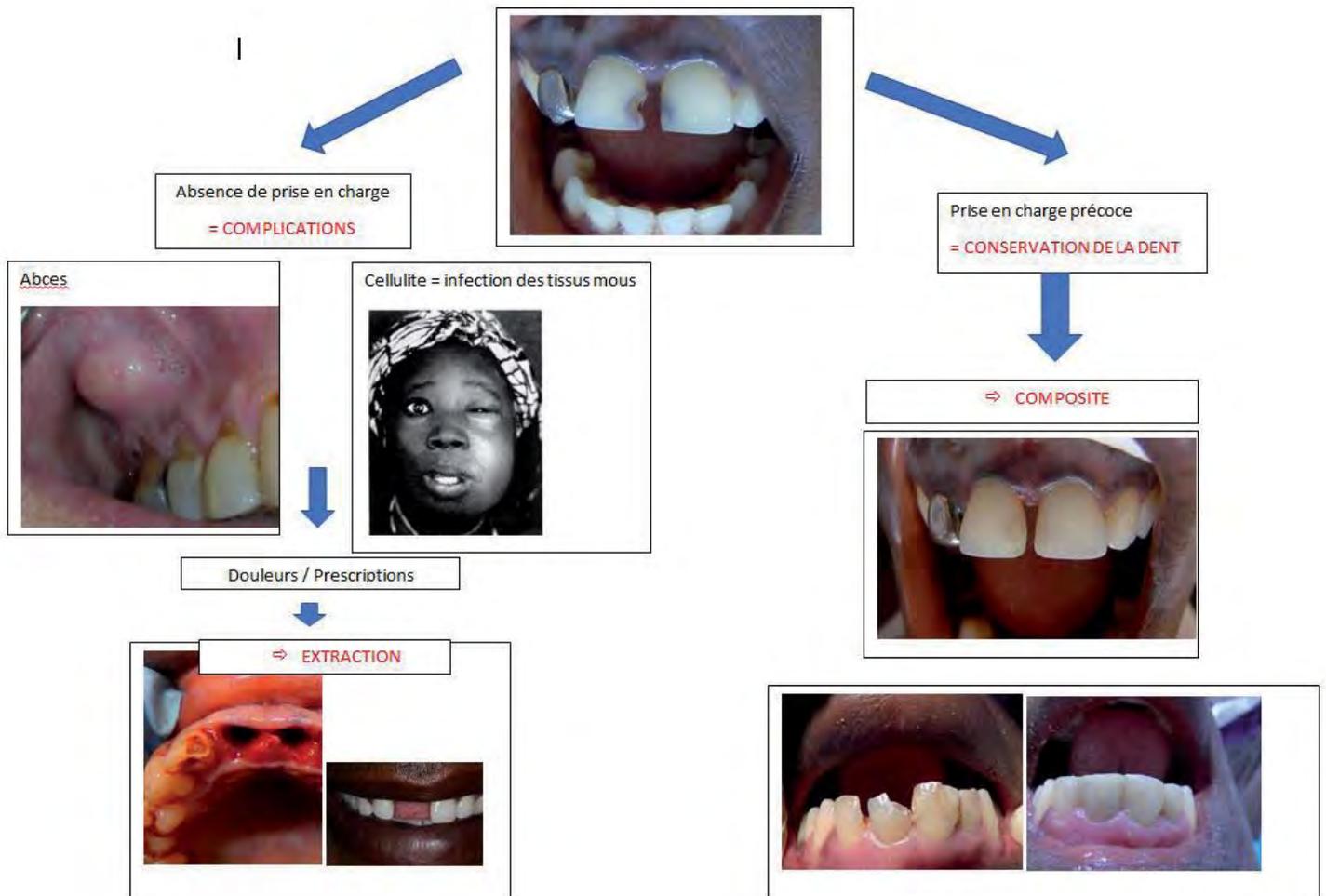
TRAITEMENT ENDODONTIQUE OU EXTRACTION ?





J'ai réalisé des planches photos montrant la carie, son évolution jusqu'à la cellulite, mais aussi sa prise en charge possible avec un composite. Ceci dans le but d'avoir un support visuel à montrer au patient lorsqu'on lui propose la réalisation d'un soin suite à une carie diagnostiquée.

SOINS CONSERVATEURS



Nous avons défini les nouveaux objectifs pour la mission de janvier :

- Evaluer l'activité du cabinet dentaire et la gestion des stocks durant les trois mois séparant les deux missions : quel matériel amener en priorité lors de futures missions.
- Poursuivre l'organisation des soins et l'accompagnement aux soins conservateurs de qualité avec le support de cours.
- Mettre en place des schémas thérapeutiques à suivre : assurer la pérennité des soins pour le patient et le cabinet et sa notoriété.
- Améliorer la performance de la chaîne d'asepsie et d'élimination des déchets.
- Former les chefs de centres de santé urbains à l'examen clinique dentaire et à la conduite à tenir. Les accompagner dans le rôle de prévention et de dépistage des pathologies buccodentaires.
- Réaliser des campagnes de prévention dans les écoles de Siguiri.

3-4 Préparatifs matériel de la deuxième mission :

Il était impératif de trouver des fraises pour sculpter, retoucher et surtout polir l'état de surface des composites. La société STONER, représenté par Jean-François Boyer, m'a encore une fois soutenue dans mes projets humanitaires. Il m'a fait don d'une centaine de fraises et des composites.



Figure 59 Matériels récoltés pour la mission



Figure 60 Fraises offertes par STONER

Pour améliorer les traitements endodontiques, nous avons commandé des fouloirs horizontaux, de l'EDTA, des cônes de papiers, et des cônes de gutta calibrés pour la mise en forme manuelle.

Pour améliorer l'information aux patients, l'éducation des patients, et la prévention : un grand nombre de brosses à dents, dentifrices, et surtout affiches de prévention, et prospectus ont été récoltés (où figurait des explications de techniques et fréquences de brossage, l'importance d'une alimentation équilibrée...).

J'aurais voulu amener plusieurs seringues d'anesthésie (afin qu'ils évitent ces anesthésies si invasives et iatrogènes avec des seringues jetables intramusculaires de gros diamètre). Faute de budget, je n'ai pu en porter qu'une seule.

Mes deux valises remplies de matériel et de cours, j'étais fin prête pour cette deuxième mission. J'avais tout de même un peu d'appréhension à savoir comment allais-je retrouver le cabinet. Resterait-il un minimum de choses mises en place lors de ma dernière mission ?

3-5 La deuxième mission : du 28 janvier au 12 février 2017 :

3-4-1 Identification des besoins spécifiques :

Depuis octobre, certaines modifications ont eu lieu. Au niveau logistique, l'accueil des patients se fait dans une salle isolée à côté du cabinet dentaire. Cette pièce est dédiée au secrétariat, mais aussi à la pose de perfusions. Un lit de repos est installé dans cette pièce.

Cette modification de l'infrastructure est une réelle avancée, car les deux fauteuils dentaires ne sont maintenant dédiés qu'aux soins. Il n'y a plus cette ambiance de marché avec 20 personnes autour du fauteuil en train d'attendre.

Le Dr Koulibali a aussi mis en place un planning avec des roulements au niveau des stagiaires. Le cabinet est moins bruyant, et il y a plus de place pour exercer sereinement.

L'équipe reste quasiment inchangée.



Figure 61 Repas avec toute l'équipe dans le cabinet !

Nous avons refait un tri. Encore du matériel « gâté » non jeté. Notamment cette fois des fraises bien rouillées (pour une carie soignée, le tétanos est offert !) et un tri dans les limes endodontiques (souvent très tordues voir fracturées). Je leur ai proposé un rangement plus ordonné des tiroirs.



Figure 62 Rangement des placards



Figure 63 Trie des fraises "gâtées"

"

Il était important que je refasse l'inventaire des consommables pour me rendre compte de ce qui avait été utilisé en trois mois. Il restait un bon nombre de consommables types composite, hydroxyde de calcium, cônes gutta... J'en ai déduit que l'activité des soins conservateurs restait très modérée.

Les éléments manquants :

- seringues métalliques pour anesthésie
- cônes papiers pour sécher les canaux
- limes endodontique diamètre 15
- plateau métallique de consultation
- Lames bistouris
- mandrins pour disque polissage composite

Le cabinet dentaire a investi, entièrement à ses frais, dans un groupe électrogène plus puissant. Celui-ci permettant d'alimenter les deux fauteuils dentaires en électricité. Ils ont voulu l'installer dans le cabinet, mais le directeur de l'hôpital a refusé avec comme arguments la nuisance sonore que produit le groupe. A preuve du contraire, c'est les membres du personnel du cabinet qui risquent d'être importuné par le bruit et non le directeur qui travaille dans des bâtiments bien plus éloignés... De plus le groupe est là pour fonctionner à l'occasion, seulement en cas de panne d'électricité venant de la ville.

L'équipe dentaire a proposé comme alternative de disposer le groupe plus loin dans la cour de l'hôpital et de tirer des câbles jusqu'au cabinet. Dr Koulibali a même fait venir un électricien pour mettre en place ce projet de manière professionnelle et dans les règles. Tous les aménagements auraient été pris en charge par le cabinet dentaire. Et nous avons eu, une fois de plus, un refus de la part de la direction. A chaque tentative d'amélioration du cabinet, la direction trouve un moyen de nous mettre une barrière.



Figure 64 Accompagnement aux soins

J'ai pu remarquer une amélioration de la qualité des composites réalisés. Les erreurs étaient moindres qu'en octobre. Avec l'apport des fraises à polir, nous avons enfin pu réaliser la finition des composites. Après leur avoir montré l'utilisation des fraises bagues rouges, et des disques à polir, les membres du cabinet ont pris un réel plaisir à donner un état de surface lisse, impeccable.



Figure 65 Dr Koulibali réalisant un soin



Figure 66 Polissage d'un composite

Par contre, au niveau des traitements endodontiques il a fallu reprendre la base. Le protocole n'était plus du tout suivi dans l'ordre chronologique. Je pense que très enthousiaste de pouvoir conserver les dents ils se précipitaient à réaliser la dévitalisation sur des dents où il y avait de gros abcès et des délabrements trop importants. Leur technique était approximative, sans rigueur. Ce que j'ai noté en arrivant :

-après une séance de temporisation à l'hydroxyde de calcium ils enlevaient l'eugénate et obturaient sans avoir repassé de limes ni irrigué puis sécher

-l'obturation se faisait avec des cônes non calibrés au diamètre de la dernière lime passé : ils prenaient le premier cône qu'ils trouvaient

-la séquence des limes n'était pas respectée : le passage des limes se faisait de manière décroissante au niveau du diamètre.

-L'aménagement des voies d'accès était insuffisant

J'étais très étonné, car lors de la dernière mission le protocole était bien mieux respecté, avec beaucoup plus de rigueur.

3-4-2 Déroulement du séjour :

Au cabinet dentaire :

Cette mission s'est déroulée sur le même schéma que la précédente. Je passais mes journées de 8h à 17h à accompagner la prise en charge des patients. Je prenais la main lorsque nécessaire pour corriger certains gestes. A leurs côtés en permanence je supervisais la réalisation des soins, pointant le doigt sur les parties du protocole non correctement effectuées, tout en donnant des conseils.

J'ai donc réexpliqué toutes les étapes d'un traitement endodontique. J'avais par chance réalisé un cours sur l'aménagement des voies d'accès et les objectifs du traitement endodontique. Il nous a été d'une grande aide. J'ai affiché ensuite au cabinet des fiches récapitulatives (par exemple les schémas des cavités d'accès présent ci-dessous).

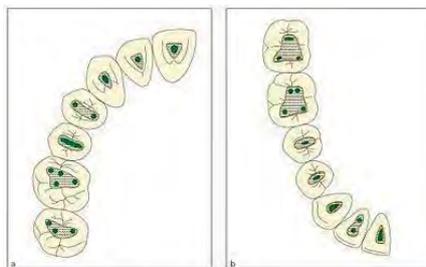


Figure 67 Schémas des cavités d'accès et entrées canalaires

Nous avons accroché sur la porte d'entrée des affiches de prévention. Lorsque l'hygiène bucco-dentaire des patients était catastrophiques, nous expliquions les méthodes de brossage et offrions aux patients des brosses à dents, dentifrices, et petit livret explicatif sur la prévention bucco-dentaire.



Figure 68 Porte d'entrée du cabinet dentaire

Des coupures de courant sont survenues la deuxième semaine, ce fut un nouveau combat avec la direction pour qu'ils nous allument le groupe électrogène de l'hôpital. Certains patients ont crié scandale car cela faisait trois jours qu'ils attendaient à l'hôpital pour finir les soins commencés. C'est fatiguant car l'équipe du cabinet dentaire n'y est pour rien, et c'est pourtant son image qui en est dégradée. C'est irrespectueux de

la part de la direction envers les patients. J'étais assez remonté, et ils ont fini par nous donner l'électricité.

J'ai donc pris le temps avec toute l'équipe pour réaliser un grand nettoyage du cabinet. La poussière rouge de Siguri est très importante et rentre partout. Ce n'était pas possible de mettre les instruments stériles dans des boîtes où le fond est rempli de poussière et de sable, et cette boîte étant dans un tiroir rempli lui aussi de poussière. Nous avons tout sorti, tout nettoyé et rangé de manière intelligente. J'ai affiché au mur du côté de la stérilisation, les conduites d'hygiène à tenir : ce qu'il faut nettoyer entre chaque patient, chaque soir, et une fois par semaine.

J'ai insisté sur l'entretien des rotatifs qui doivent leur être très précieux (décontamination, lubrification).



Figure 69 Rangement des tiroirs, nettoyage des boîtes

Au Centre de santé urbain de Siguri Koro :



Figure 70 Centre de santé de Sigurikoro

Avec le Dr Koulibali nous avons quitté l'hôpital pour consacrer une matinée au centre de santé urbain de SiguiriKoro, pour une campagne de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire. Un accueil très chaleureux nous a donné. Le chef de poste été très intéressé par la formation, et posait des questions pertinentes.

Nous avons fait deux groupes : le premier comprenant 17 ATS, stagiaires, infirmiers. Le deuxième groupe comprenait 6 ATS.

Nous avons repris le même fil conducteur que lors de notre passage au centre de santé urbain de Bolibana : explication de la carie dentaire, son évolution, son traitement et comment la prévenir.

A l'aide de mes planches photos illustrant l'évolution d'une carie, ainsi qu'avec des photos « chocs » prises au cabinet de Siguiri qui montraient d'énormes cellulites et leurs drainages, nous avons fait pointer le doigt aux ATS sur la gravité qu'entraîne une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Le support visuel est vraiment indispensable pour interpeller les ATS. Nous avons distribué brosses à dents et dentifrices à tous les participants.

Le Dr Koulibali, fidèle à lui-même, prenait son rôle d'informateur très au sérieux et avec beaucoup d'enthousiasme. Trouvant notre démarche de prévention très importante, le chef de poste nous a même demandé si on pouvait revenir tous les mois pour faire des interventions.



Figure 71 Formation des ATS au centre de santé

On touche ici au point clé de l'améliorer de la situation bucco-dentaire en Guinée : LA PREVENTION. Elle se fait par la formation du personnel soignant des centres de santé mais aussi et surtout à travers l'éducation à la santé des plus jeunes. Pour cela nous avons prévu d'aller dans des écoles faire de la prévention. Malheureusement nous n'avons pas pu intervenir, car une grève de fonctionnaires à débiter dès notre arrivé. Les

écoles étaient donc fermées, et les enfants en vacances obligatoires pendant les 15 jours de notre mission.



Figure 72 Premier groupe des ATS pour la formation à l'hygiène bucco-dentaire et sa prévention

3-4-3 Contenu de la formation

La formation théorique s'est déroulée sous forme de cours avec:

- des diaporamas sur l'aménagement des voies d'accès.
- l'explication des arbres décisionnelles et des conduites à tenir
- des discussions de plans de traitements avec comme support des photos de cas clinique
- Une vidéo de démonstration de réalisation de composite d'angles.
- des topos sur des règles d'hygiène

La formation pratique a occupé la majorité de notre temps avec :

En premier temps la démonstration commentée de réalisation :

- de voies d'accès en endodontie, de l'utilisation des fraises endo Z
- de la condensation horizontale et verticale avec les fouloirs endodontique,
- de composite de tout type (occlusaux, angles...) C'est surtout eux qui exerçaient, et j'étais à côté pour commenter et réfléchir ensemble sur les points à améliorer. Je leur demandais à chaque fois de travailler à quatre mains.

-d'anesthésie : point d'injection, vitesse d'injection...

Mais surtout en deuxième temps, l'accompagnement tout au long des soins et la correction des gestes iatrogène et perfectibles.



Figure 73 Soins 11 -21 réalisés par Sigdafa

3-4-4 Problèmes rencontrés :

-Gestion de la douleur en pédodontie :

Nous avons reçu à deux reprises des enfants ayant subi de graves accidents « domestiques ». La première fillette âgée de cinq ans s'est fait piétiner par un bœuf. Elle a eu une fracture maxillaire horizontale avec notamment une déchirure de toute la muqueuse du fond du vestibule. Au village ils ont tenté de suturer la plaie. L'enfant a été reçu par la suite aux urgences de l'hôpital puis au cabinet dentaire. Il a fallu déposer les sutures, cureter et nettoyer tous le maxillaire. Même si l'anesthésie locale était faite, la petite hurlait de douleur, et ils étaient trois à la tenir pendant que Soumalia intervenait. Je leur ai conseillé la prochaine fois de réaliser une sédation au préalable, car ce n'était pas possible de soigner un patient dans la force et la souffrance.

Lorsque deux jours après un petit garçon est arrivé avec un « trou » dans la joue (il s'était fait piétiner par un âne) nous sommes allés voir le pédiatre afin de prescrire du diazépam avant d'intervenir pour suturer cette communication exo-endo buccale. Le patient, la famille et l'équipe étaient bien plus tranquilles pour la prise en charge de l'urgence.

-le recours à la dentisterie du « marché » :

Ne supportant pas son diastème entre les incisives centrales, et entre la 11 et 12, le patient est allé consulter sur le marché. Avec de la résine autopolymérisable, et une barre métallique, les diastèmes ont été comblés. Le résultat, surement jugé esthétique du point de vue du patient, est une catastrophe pour la santé du parodonte et de ses dents.



Figure 74 Comblement des diastèmes réalisés au "marché"

Autre exemple : « couronne » résine sur la 12



Figure 75 "couronne" en résine sur la 12 réalisée au marché

-différences de culture et de droits :

J'ai ressenti un sentiment d'impuissance face à la condition des femmes et enfants battus. Nous avons reçu une jeune adolescente consultant pour une double fracture mandibulaire suite à des violences effectuées par son père. Un autre jour une jeune

femme voilée sous la burka, qui présentait toutes ses incisives mandibulaires luxées suite à des coups donnés par son mari. Ce dernier, présent tout au long du soin et prenant la parole à la place de sa femme, nous donnait comme explication qu'elle avait trébuché ! C'est en chuchotant discrètement à l'oreille du Dr Koulibali que la jeune femme nous à raconté la vraie version de l'histoire...



Figure 76 Contention mise en place après luxation des incisives mandibulaires

L'équipe du cabinet dentaire ne paraissait pas choquée de ces situations et ont même été surpris quand je leur ai annoncé que chez nous en France, l'agresseur pouvait aller en prison pour des actes comme cela.

Il existe aussi une négligence de certains parents envers leurs enfants. En voici un exemple : un jeune enfant de 7 ans a été vu en consultation pour un fort trismus. L'ouverture buccale était excessivement limitée, il n'y avait d'espace que pour un doigt. Le patient avait été vu 6 mois auparavant pour une cellulite dû à une nécrose de la 46 et présentait un léger trismus. Il avait été mis sous antibiotique, et on lui avait extrait la dent causale. Le père très négligent n'a pas voulu consulter à nouveau pour son enfant sachant que le trismus s'aggravait. Son alimentation était liquide à semi-liquide. C'est seulement 6 mois après, lorsque son enfant était complètement dénutri, dans un état d'extrême faiblesse qu'il a amené son fils.

-Accidents de la voie publique :

L'absence de port du casque, le nombre de personnes sur une seule et même moto, et la circulation assez chaotique entraîne de graves et nombreux accidents de la voie publique. De nombreux patients arrivent au cabinet avec des fractures mandibulaire ou maxillaire.



Figure 77 Contention après fracture alvéolaire suite à un accident de la voie publique

-Consultations trop tardives :

Les patients attendent que la douleur soit insupportable, ou la gêne trop importante pour venir consulter.

Une patiente est venue consulter pour une « gêne » à la fermeture de la bouche... Un an auparavant la 11 avait été extraite, et depuis la gencive a proliféré jusqu'à créer un épulis tellement important que les incisives mandibulaires ont migré pour laisser la place à la prolifération de la gencive. Des examens biologiques ont été réalisés avant toute intervention sur la patiente. Après incision, nous avons envoyé l'épulis au laboratoire pour une biopsie. Aucune anomalie n'a été relevée.

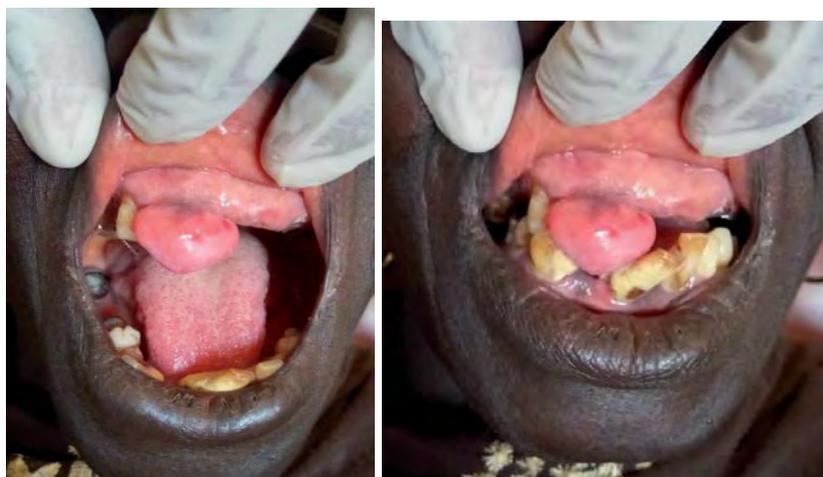


Figure 78 Epulis en regard de la 11



Figure 79 Vue endo-buccale après exérèse de l'épulis



Figure 80 Epulis après exérèse

Une patiente consultant pour des douleurs secteur 4. La patiente est partiellement édentée. La migration verticale des molaires secteurs 1 ont ulcéré la muqueuse sur la crête alvéolaire secteur 4.



Figure 81 Vue endo buccale



Figure 82 Ulcération secteur 4 du à l'égression de 16

- Autre cas clinique :

Jeune garçon consultant pour un abcès secteur 1. Il nous dit avoir déjà eu des douleurs à plusieurs reprises et sa joue qui gonflait. En bouche on aperçoit un abcès en regard de 16 ainsi qu'une nécrose osseuse entre 15 et 16. Le patient après avoir été mis sous antibiotique et antalgique est venu 4 jours après pour l'extraction. Après avoir extrait la 15, l'os nécrosé s'enlevé comme du beurre. Des morceaux entiers d'os alvéolaire sont venus simplement avec la curette. Nous avons dû extraire la 16. La perte osseuse était impressionnante.



Figure 83 Nécrose osseuse et abcès en regard de 15 et 16

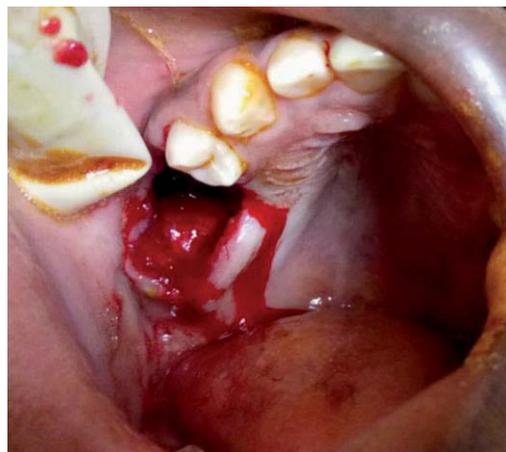


Figure 84 Alvéole après extractions et curetage



Figure 85 Dents extraites, et os avéolaire nécrosé et cureté

-Absence de suivi des patients :

Normalement, on note sur le carnet de santé que les patients ont acheté à l'accueil, le diagnostic, les actes réalisés, l'ordonnance prescrite. Il arrive régulièrement que les patients oublient de le ramener lors des rendez-vous suivants. Avec le planning de roulement du personnel, et le fait que ce n'est pas toujours le même praticien qui prend en charge le même patient, il arrive que l'on se retrouve devant un patient sans savoir ce

qui a été fait. Il faudrait mettre en place des dossiers patients (soit papier, soit sur l'ordinateur le jour où l'électricité sera constante). Ceci favorisera le suivi des patients. Si, par exemple, un patient revient un an après pour des douleurs sur une dent soignée, on pourra vérifier ce qu'il avait été réalisé, et les conditions et l'état buccale à l'époque. Pour ce qui est de l'organisation de l'emploi du temps, les rendez-vous sont fixés un peu au hasard. Les praticiens leur disent de revenir dans deux jours à 15H. Etant donné qu'un certain nombre de patients ne reviennent pas pour finir les soins (ou viennent trois jours après comme ça les arrange), ils n'hésitent pas à fixer un bon nombre de patients en même temps. Le problème est quand ils viennent tous, et encore pire lorsqu'ils viennent mais qu'il n'y a pas d'électricité, alors ils attendent... des heures voir des jours ... Je leur ai proposé l'achat d'un agenda papier pour noter les rendez-vous, afin que tous les membres de l'équipe ne mettent pas un patient chacun à 15h !

-Relation patient/praticien :

« Ce n'est pas qu'une bouche que vous soignez mais un être humain ». Il y a très peu de relationnel. Le praticien agit sans interagir avec son patient. On est dans la médecine paternaliste. Je leur ai dit que c'est important d'établir un dialogue, d'avoir une relation de confiance d'autant plus si l'on souhaite que le patient revienne pour faire des soins.

3-4-5 Temps d'évaluation:

	Évaluation préformation	Evaluation post-formation
Organisation d'une séance de soins	Acquis en partie	Encore quelques efforts à faire pour le rangement du plateau technique après le soin
Travail à 4 mains	Assimilé et efficace	Doit devenir un automatisme
Réalisation composite	Protocole assimilé théoriquement et en pratique. Absence de polissage	Polissage/état de surface très correct mais à perfectionner.
Endodontie	Protocole pas assez rigoureux. Aménagement des voies d'accès insuffisant, aucune condensation lors de l'obturation	Meilleure visualisation et réalisation de l'aménagement des voies d'accès. Condensation horizontale et verticale en partie acquise
Technique d'anesthésie	Injection trop rapide, Seringue à usage unique souvent de trop gros diamètre. Nécrose due à des anesthésies intraseptales	Injection moins douloureuse, plus lente, et techniques des para-apicales
Prise en charge de la	Absence de toute prémédication	Prémédication au diazépam

douleur chez l'enfant		pour les gros traumatismes
Hygiène au cabinet	-Absence de nettoyage du fauteuil entre chaque patient -Tiroirs et boites de rangement sales, poussiéreuses -Fraises encore sales (ciments++, dentine) après « stérilisation ».	Nette amélioration Doit devenir des automatismes
Mise en place d'un plan de traitement pérenne	Légèrement trop confiant sur la réalisation des traitements endodontiques	Analyse plus globale du patient et de sa prise en charge.



Figures 86 soins conservateurs sur 12 par Dr koulybali Adama

3-4-5 Points forts

-La mission d'octobre a porté un peu ses fruits : on note une progression dans la qualité des composites réalisés

-La motivation de l'équipe est toujours aussi importante. Malgré des tensions permanentes avec la direction, toute l'équipe garde la tête haute, en espérant voir leur cabinet dentaire évoluer vers une activité plus moderne.

- Un amélioration dans la réflexion de la prise en charge des patients : évaluer justement la conservation ou extraction de la dent

-Le dynamisme présent chez le chef de poste du centre de santé urbain de SiguiriKoro



Figures 87 Soins réalisés par le dr Koulibali

3-4-6 Points à améliorer :

- Réalisation de traitements endodontique de qualités.
- Mise en place de plans de traitements au long terme.
- Techniques d'anesthésie.
- Perfectionnement de l'hygiène et prendre soin du matériel (bien gratter les fraises après chaque utilisation).
- Mise en place de la matrice et des cônes interdentaires lors de la réalisation de points de contacts en composite.
- Gestion de la douleur en pédodontie.
- Suivi des patients : création de dossiers patients.
- Relation patient praticien.
- La prise en charge parodontale : les détartrages sont rarement effectués : premièrement car ce n'est pas le motif de consultation du patient, deuxièmement c'est un coût supplémentaire pour le patient (le détartrage est réalisé manuellement, il n'y a pas d'ultrasons).



Figure 88 Etat parodontal alarmant

3-4-6 Conclusion de la seconde mission:

La quantité de consommables restant (depuis l'apport en octobre) montre une activité encore relativement faible des soins conservateurs. Elle est notamment due au statut socioéconomique des patients mais aussi à l'alimentation en électricité du cabinet dentaire. Ce dernier est un problème majeur et pourrait rapidement être résolu si la direction y mettait du sien.

La mise en place du secrétariat du cabinet dentaire dans une autre salle permet un fonctionnement du cabinet de manière plus ordonné. Le praticien peut ainsi exercer plus sereinement.

Le vibreur du cabinet étant fonctionnel, il serait intéressant de travailler avec des amalgames. Le profil polycarié des patients associé au manque d'hygiène bucco-dentaire sont des critères favorables à la mise en place d'amalgame pour les dents des secteurs postérieurs.

Le travail avec l'équipe soignante sur la prise de décisions des choix thérapeutiques en fonction du bénéfice risque est un point primordial sur lequel il faudra continuer de travailler. Le traitement endodontique aura beau être parfaitement maîtrisé, si l'indication n'est pas la bonne, l'échec thérapeutique se produira.

L'apport d'une radiographie semble la prochaine étape incontournable pour améliorer les compétences et la qualité de travail de l'équipe. Cependant, pour donner du sens à l'utilisation d'une radio et au diagnostic encore faut il y répondre par la réalisation d'un soin de qualité et pérenne.

Cette mission fût un réel bonheur, tant par l'ambiance chaleureuse et la motivation de l'équipe du cabinet, que par celle de toute l'équipe des Enfants de l'Air avec qui je suis partie. Merci à vous tous.



Figure 89 Toute l'équipe des Enfants de l'Air de la mission de janvier !

Conclusion

D'un point de vue général :

La prévalence des maladies bucco-dentaires augmente de manière alarmante dans les pays africains alors qu'elle diminue en occident grâce à la prévention. Au sein de la population, les niveaux de connaissances et les habitudes d'hygiène bucco-dentaires sont relativement faibles. L'absence de campagne de préventions, l'urbanisation croissante, le sous-effectif de chirurgien-dentiste et leur localisation en ville, mais aussi le statut socio-économique de la population, leurs mythes et croyances amènent la population à négliger leur santé bucco-dentaire.

L'intégration de la prévention de la santé bucco-dentaire dans les programmes de l'OMS montre une prise de conscience de l'importance de ces maladies, de leurs impacts sur la santé générale de la population.

L'objectif de la prévention est de modifier le comportement par l'éducation. Les établissements scolaires comptent parmi les lieux les plus efficaces pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires. Il faudrait assurer l'intégration de la santé bucco-dentaire dans le programme de santé scolaire en particulier dans les écoles primaires.

Cette prévention doit aussi se faire au niveau des centres de santé, car c'est la première porte d'entrée des malades. La formation donnée aux chefs de centres de santé urbain en matière de dépistage des pathologies buccodentaires et la mise en place de prévention est essentiel. Le fait de les former à l'examen clinique dentaire et à la conduite à tenir permettrait d'orienter le patient dans son parcours de soins.

A ce jour l'accompagnement de nos confrères au cabinet est concentré sur la formation aux soins conservateurs non iatrogènes et durables, mais aussi sur la bonne décision de soins en tenant compte du ratio bénéfice/risques. Après chaque passage des missions des enfants de l'Air, le cabinet dentaire de Siguri gagne en autonomie, l'équipe devient plus performante et les soins conservateurs prennent une part de plus en plus importante. Ces soins conservateurs sont aussi une manne économique sous-jacente pour le cabinet mais qui dépend des ressources financières de la population et de son éducation à la santé. Au vu du coût très important d'un soin pour un Guinéen, les soins prodigués se doivent d'être de la meilleure qualité possible. La prise de décision de conservation ou d'extraction argumentée par un examen clinique et radiologique faciliterait l'énoncé d'un diagnostic fiable et introduirait une dimension éthique du soin (où seul le bon soin peut être proposé au patient). Pour cela l'envoi d'un radio argentique en Guinée est un besoin urgent nécessaire et indispensable.

L'apport d'une radio s'accompagne alors de son installation de sa maintenance de l'apport en consommable, de la formation à son utilisation, de la gestion du risque (qu'en est-il de la radio protection du personnel et du patient), de la gestion des déchets (qu'en est-il de l'évacuation des feuilles de plomb et des bacs de développement).

Nous ne pouvons pas renforcer les capacités en soins buccodentaires sans associer démarche qualité et environnementale.

Avant chaque préparation de mission et sur place au travers des échanges avec nos confrères nous avons une responsabilité face aux patients Guinéens en tentant de répondre au plus juste à leurs besoins dans la même éthique déontologique. L'identification des besoins, la définition des objectifs, le temps d'évaluation, et la définition des nouveaux objectifs semblent être un moyen efficace pour construire des projets à long terme, et adaptés à la population cible. Mettre en place une mission humanitaire pérenne et essayer de développer l'autonomie du pays est un travail long, nécessitant patience, persévérance et esprit d'équipe.

D'un point de vue personnel :

Cette expérience s'est révélée incroyablement formatrice, tant du point de vue professionnel que du point de vue humain. La perpétuelle adaptation à des paramètres auparavant inhabituels m'a permis d'apprendre à avoir du recul par rapport à notre profession et nos enseignements reçus. Il ne s'agit pas d'appliquer un protocole défini mais bien de s'adapter à la population, à ses coutumes, au plateau technique, afin de répondre au mieux aux besoins des guinéens. Cette expérience m'a aussi appris la patience. On ne peut pas révolutionner un système de santé en un claquement de doigts. Les progrès viennent petit à petit, et chaque objectif atteint nous amène une grande satisfaction et nous projette vers de nouvelles perspectives.

La découverte d'un nouveau pays, d'une autre culture, de pratiques dentaires différentes m'a davantage ouvert l'esprit. Le plus constructif étant sûrement les merveilleuses personnes que j'ai rencontrées et l'échange humain qui s'en est découlé. Cette entraide et ces liens créés avec l'équipe du cabinet dentaire guinéen, mais aussi avec les autres bénévoles partis avec moi furent des plus enrichissants. Travailler avec une équipe hétéroclite (en âge, en professions...) a été une riche découverte forte en expérience.

Etre en immersion dans ce contexte est parfois dur émotionnellement et physiquement. On prend conscience que la misère est juste là, sous nos yeux, cependant les Guinéens gardent cette joie de vivre, cette force de vivre. Malgré leur pauvreté et les difficultés qu'ils rencontrent, les éclats de rire sont présents à chaque moment, et nous enseignent sagesse et humilité.

Penser que l'aide humanitaire n'est que « donner » est un tort. On reçoit autant que l'on donne et beaucoup plus qu'on ne le pense. Elle est peut-être là la réciprocité...

Je finirai comme j'ai commencé :

« Sourire provoque le meilleur chez l'autre ».



*Le Président
Le Directeur
du Jury*

Annexes

Inventaire à fournir à la douane renseignant le contenu de mes valises (première mission)

DCI	DESCRIPTION	QTE	PEREMPTION
ACIDE PHOSPHORIQUE	37% seringue 1,2g	8	01-déc-16
ACIDE PHOSPHORIQUE	37% seringue 5g	2	01-sept-18
ADHESIF	5ml	1	01-févr-18
AIGUILLE dentaire	27G-35mm	600	01-nov-19
AIGUILLE dentaire	27G-42mm	200	01-août-20
AIGUILLE dentaire	30GX21	1200	01-mai-19
AIGUILLE dentaire	30GX21	200	01-juil-20
ARTICAINE	1/100.000 adrénalinée carpules	300	01-juin-17
ARTICAINE	1/100000 carpules	50	01-sept-17
ARTICAINE	1/100000 carpules	50	01-janv-17
ARTICAINE	1/100000 carpules	50	01-mai-17
ARTICAINE	1/200000 carpules	100	01-déc-17
ARTICAINE	1/200000 carpules	100	01-juin-17
ARTICAINE	1/200000 carpules	400	01-sept-17
ARTICAINE	noradrénalinée carpules 1/25000	750	
Bouche	SPATULE	5	
Ciment	SPATULE	1	
CIMENT DENTAIRE	Scellement	1	01-déc-16
CIMENT DENTAIRE	verre ionomère	1	01-janv-17
CISEAU		1	
CK6		1	
COMPOSITE	seringue 3g	3	01-déc-16
COMPRESSE NON STERILE 5X5cm pq/100	dentaire	200	01-mars-20
CURETTE	à OS	4	
DAVIER		9	
DENTS PROTHETIQUES	sachet	2	
DETERGENT DESINFECTANT INSTRUMENTS	Sachets	24	01-févr-17
DISPOSITIF INJECTION SECURISEE		2	01-nov-16
ELEVATEUR (dentiste)	métallique	8	
EUGENOL	100ml	1	01-déc-16
FIL de SUTURE RESORBABLE	4/0 20mm	12	01-sept-20
FIL de SUTURE RESORBABLE	4/0 75cm	18	01-déc-16
FOULOIR		1	
GANT NON S	T7 M	900	
HYDROXYDE DE CALCIUM	24g	1	01-sept-17
MASQUE CHIRURGICAL ou SOIN		150	

MATRICE	Métallique	50	
MEPIVACAINE	30mg/ml carpules 1,8ml	200	01-oct-17
MIROIR métallique (dentiste)		50	
PINCE PRECELLE (dentiste)	métallique	12	
PLATEAU PLASTIQUE	UU	150	
PORTE EMPREINTE		24	
SEALENT	Seringue 1,2ml	3	
SERINGUE	dentaire	3	
SONDE DENTAIRE	Usage unique	10	
SYNDESMOTOME		1	

Inventaire de mes valises lors de la deuxième mission :

DCI	DESCRIPTION	QTE	PEREMPTION
aiguille anesthesie locale	27G-16mm	400	01-avr.-19
acide phosphorique 37%	Seringue 1,2ml	4	01-oct.-18
aiguille anesthesie locale	25G-8mm	300	déc.-19
aiguille anesthesie locale	30G-25mm	300	mars-19
articaïne chlorhydrate/adrénaline 1/100000	anesthesie local, carpules 1,7ml	500	juin-17
articaïne chlorhydrate/adrénaline 1/100000	anesthesie local, carpules 1,7ml	100	01-mai-17
articaïne chlorhydrate/adrénaline 1/200000	anesthesie local, carpules 1,7ml	500	01-sept.-17
articaïne chlorhydrate/adrénaline 1/200000	anesthesie local, carpules 1,7ml	100	01-déc.-17
articaïne chlorhydrate/adrénaline 1/200000	anesthesie local, carpules 1,7ml	200	01-mai-17
brosse à dent enfant		30	
brosses à dents		94	
champs de protection	32*40	100	
compresse en non tissé	5cm*5cm	2100	01-mai-17
cones interdentaires		100	
dents prothetique		100	
dispositif injection sécurisé sterile à usage unique	seringue 5g	2	01-sept.-18
disques polissage		160	
edta 17%	flacon + 3 seringues	100ml	09/06/2018
fouloirs endodontique	diametre 30	6	
fouloirs endodontique	diametre 40	6	
gant latex		200	
gant latex			

gants en nitrile	gant nitrile, taille Xs	100	sept.-17
gutta percha	cones d'obturation 4% diam 30	60	mars-20
gutta percha	cones d'obturation 4% diam 30	540	janv-17
gutta percha	cones d'obturation 4% diam 35	450	août-17
gutta percha	cones d'obturation 4% diam 40	270	déc-17
gutta percha	cones d'obturation 4% diam 40	60	janv-19
hydroxyde de calcium	hydroxyde de calcium	,	01-juil.-18
papiers d'occlusion	40 microns	200	
pointes papier absorbantes stériles	pointes 29mm, diametre 35	1260	juin-18
polyhexanide	nettoyage et desinfection des systemes d'aspiration	2000mL	01/08/17
rouleaux cotons salivaire	5x5	300g	
seringue aspiration		1	
set odontologie usage unique	precelle, miroir, sonde , champ impermeable	5	01-févr.-19
spatules pour composites		5	
spray lubrifiant	entretient rotatif dentaires	1	



LA CHARTE DU POLE SANTE DES ENFANTS DE L'AÏR

La qualité de membre du pôle santé oblige chacun à respecter :

- l'objet de l'association tel que défini dans l'article 1 de ses statuts
- une stricte neutralité et impartialité politiques et religieuses avec refus de toute discrimination.

Les orientations définies par l'ensemble du pôle ne pourront être déclinées dans les projets et activités que si chacun s'implique efficacement en France et/ou lors des interventions de terrain.

Il en découle certaines obligations

1/ en France :

- participation à la recherche des fournitures biomédicales et de partenaires pour les projets et aux manifestations de communication.
- pour ceux habitant dans une zone géographique proche de Montauban, contribution, selon les disponibilités, au conditionnement des fournitures biomédicales dans le local de l'association.

2/ en Guinée et au Mali

- Chaque membre d'une mission sera autorisé à exercer dans le pays par les services compétents du Ministère de la Santé et selon des agréments et conventions d'établissements préalablement signés et renouvelés annuellement : il s'engage donc à respecter la politique de santé du pays, en particulier dans le domaine du médicament (Initiative de Bamako), les plans annuels d'action et les protocoles diagnostiques, thérapeutiques et préventifs élaborés par le Ministère de la Santé et en vigueur dans les structures sanitaires (tous documents que l'association pourra fournir quand elle en dispose).
- avant le départ en mission, le candidat aura un entretien avec un représentant du pôle santé et aura obligation, pour assurer la continuité des actions, de prendre connaissance des rapports des missions antérieures (disponibles sur le site)
- un compte rendu de mission sera élaboré par chaque représentant de domaine selon un modèle remis au départ puis adressé aux responsables du pôle santé dans les quinze jours qui suivent le retour de mission
- aucun membre d'une mission médico-chirurgicale ne devra remplacer un soignant d'une structure (sauf demande expresse de l'intéressé) ; au contraire, il aura pour tâche de l'accompagner dans sa pratique pour parfaire sa formation et apporter un complément de compétence dans le plus strict respect de ces soignants.
- Le membre du pôle santé, volontaire pour une mission, devra s'acquitter de sa cotisation à l'association, des frais de transport aérien et d'une participation forfaitaire aux frais d'hébergement et de nourriture. Il s'engage à être très réactif aux échanges de mails et à toute demande de renseignements, en particulier au moment de la préparation des missions.

Fait à

NOM, PRENOM :

Le

Signature

Album photo



Figure 90 Patient du cabinet



Figure 91 Enfant hospitalisé au centre de renutrition intensive



Figure 92 Famille au CRENI



Figure 93 Pousseée d'herpès



Figure 94 Fils d'une patiente au cabinet

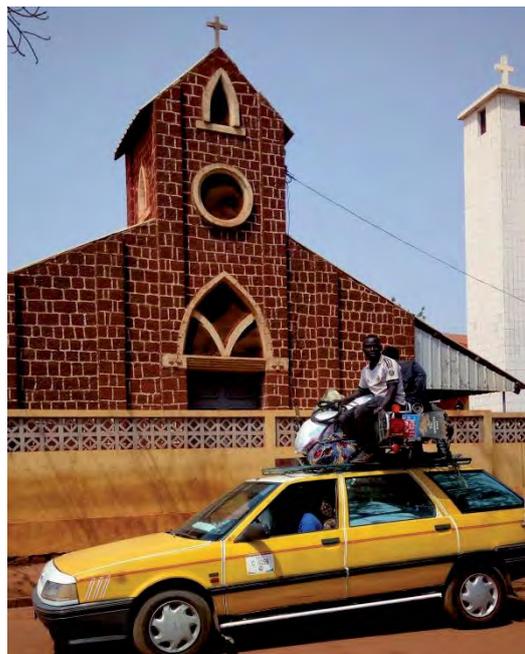


Figure 95 Transport en Guinée



Figure 92 Complication d'une hernie ombilicale opérée



Figure 97 Femme et son nourrisson sortant de la maternité



Figure 98 Chez les vendeuses de tissus



Figure 99 Cellulite faciale chez l'enfant



Figure 100 Femmes au marché



Figure 101 Le dimanche sur les berges du Niger



Figure 93 Les EDA en route pour l'hôpital



Figure 103 Mes deux papas de mission



Figure 104 Enfants au marché



Figure 105 Périphérie de Siguiri



Figure 106 Famille Malinké



Figure 107 Brochettes sur le marché de Siguiri



Figure 108 Danseuses du centre culturelle de Siguiri



Figure 109 Vache devant la mosquée



Figure 94 Déjeuner des toubabous



Figure 95 Marché de Siguiri



Figure 96 Tchîn tchin ! Siguiri !!!!

Bibliographie :

1-Site internet de Perspective world, indice de developpement humain 2014 (6 janvier 2016)

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.POP.GROW&codePays=GIN&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&codeStat2=x&codePays2=GIN&optionsDetPeriodes=avecNumeros&langue=fr>

2-Site de l'Organisation mondiale de la santé (consulté en février 2017). Statistiques mondiale 2014. Rapport disponible sur :

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/

3-La Guinée, le petit futé, Nouvelles Editions De L'université 07/11/2012

4-Site internet (consulté en février 2017)

<http://www.africaciel.com/afrique/portail/index/Guin%C3%A9e.html#Codes>

5- Site internet (consulté en décembre 2016) :

http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/guinee_franco.htm

6- Site internet de l'ambassade de France en Guinée et Sierra léonne : (consulté en décembre 2016) : <http://www.ambafrance-gn.org/Presentation-generale-38>

7-Site internet de Central intelligence agency, World factbook (consulté le 13 décembre 2016) : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gv.html>

8-Site des nations unis et droit de l'homme, « Les mutilations génitales féminines augmentent en Guinée » – Zeid Ra'ad Al Hussein (consulté en février 2017)

<http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19869&LangID=F>

9-Rapport de l'UNICEF disponible sur:

https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

10-Nations Unis, droit de l'homme : Rapport sur les droits humains et la pratique des mutilations génitales féminines/excision en Guinée , Avril 2016. Disponible sur :

http://www.ohchr.org/Documents/Countries/GN/ReportGenitalMutilationGuinea_FR.pdf

11-Site internet (consulté en décembre 2016) : <http://guinee.ouest-atlantique.com/guineens.html> (08 novembre 2016)

12-Site internet de l'UNICEF, JMP who unicef joint monitoring program (jmp) for water supply and sanitation (consulté en février 2017)

<https://www.wssinfo.org/service/search/cx=002548599726670694675%3Aehmaofcbv38&cof=FORID%3A11&ie=UTF-8&q=guin%C3%A9e>

13-Site du Secrétariat Permanent de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté de la République de Guinée: rapport « Plan stratégique de développement sanitaire »

<http://www.srp-guinee.org/download/sp-pnds-2001-plan-strategique-sante.pdf>

14- Plan Stratégique National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées en Guinée 2011 – 2015, République de Guinée , Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction Nationale de la Santé Publique ,Division Prévention et Lutte contre la Maladie. Disponible sur (consulté en janvier 2017) :

<http://www.ntdenvision.org/sites/default/files/docs/11->

[06_guinee_mshp_plan_strategique_national_integre_de_lutte_contre_les_mtn_2011-2015.pdf](http://www.ntdenvision.org/sites/default/files/docs/11-06_guinee_mshp_plan_strategique_national_integre_de_lutte_contre_les_mtn_2011-2015.pdf)

15-Site de l'université de Gamal abdel Nasser (consulté le 8 février

2017) : <http://uganc.org/faculte-de-medecine-pharmacie-et-odontostomatologie/>

16-Sit internet de l'Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Afrique, « promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique, » rapport disponible sur

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205894/1/9789290312239.pdf>

17-Alain CLALOSCI, Education, culture, développement : quelles relations ? Exemple de la Guinée Conakry. Edition l'Hamarttan, 1 septembre 2008.

18-Site internet (consulté en février 2017) : <http://www.lasemaine.org/la-semaine-en-quelques-clics/la-charte/quest-ce-que-la-solidarite-internationale-pour-la-semaine>

19- Site internet des enfants de l'Aïr (consulté en septembre 2016) : <http://www.enfants-air.com/>

20-Site internet de la chambre des mines (consulté en novembre 2016) :

<http://chambredesminesgn.com/sag-s-a-societe-anglogold-ashanti-de-guinee/>

Table des illustrations

Figure 1 Carte des quatre régions géographiques de Guinée	15
Figure 2 Carte des régions de Guinée	16
Figure 3 Drapeau de la Guinée Conakry	17
Figure 4 Carte: répartition des différentes «ethnies présentes en Guinée	20
Figure 5 Tableau des différentes ethnies [5]	21
Figure 6 Cohue à la station essence lors de la pénurie	26
Figure 7 Diagramme des religions présentent en Guinée.....	28
Figure 8 Brouette de "cures-dents" guinéen.....	37
Figure 9 Brosse à dents vendues sur le marché.....	38
Figure 10 Photo endobuccale après retrait de la prothèse amovible	39
Figure 11 Extrados puis intrados de la prothèse du "marché"	40
Figure 12 Photo endobuccale après extraction de 11, 21, 22	40
Figure 13 Cellulite faciale chez un enfant.....	40
Figure 14 Photo endobuccale d'un abcès en regard de la 16.....	42
Figure 15 Logo de l'association.....	44
Figure 16 Cours d'entrée de l'hôpital.....	48
Figure 17 Cours du l'hôpital	49
Figure 18 Cours de l'hôpital	49
Figure 19 Incinérateur de l'hôpital	49
Figure 20 Cours de l'hôpital	49
Figure 21 Chambre d'hospitalisation dans le service de médecine générale.....	50
Figure 22 Salle d'attente du cabinet dentaire.....	50
Figure 23 L'équipe du cabinet (de gauche à droite): Bary, Mammadi, Sidafa, Aïcha, Marassa, Rachelle, Mariam, Adama, Lucie, Soumaila, Jeanette.....	51
Figure 24 Répartition des activités du cabinet dentaire	52
Figure 25 Traumatisme suite à un accident de la voie publique	53
Figure 26 Fauteuil 1	54
Figure 27 Fauteuil 2 amené par les EDA	54
Figure 28 Chaisse n°1 de consultation et extraction.....	55
Figure 29 Chaisse n°2 de consultation et extraction	55
Figure 30 Chaisse n°2 de consultation et extraction	55
Figure 31 Bains de décontamination.....	56
Figure 32 Autoclave	56
Figure 33 Brosses à dents et dentifrices apportés	60
Figure 34 Etat des daviers à mon arrivée.....	60
Figure 35 Sauterelle dans le crachoir	60
Figure 36 Mariam réalisant un trie du matériel.....	61
Figure 37 Organisation des boîtes de soins.....	61
Figure 38 Drainage du pus en endobuccal	62
Figure 39 Drainage du pus en exobuccale.....	62
Figure 40 Incision sous mandibulaire pour drainage	62
Figure 41 Mise en place du "méchage"	62
Figure 42 "Méchage" mis en place.....	62
Figure 43 Pansement recouvrant les points d'incision	62
Figure 44 Nécrose au point d'incision du drainage	63

Figure 45 Fabrication de la prothèse avec de la résine	63
Figure 46 Retouches au papier de verre autopolymérisable	63
Figure 47 Essayage de la prothèse amovible une dent.....	64
Figure 48 Blocage intermaxillaire suite à une disjonction totale mandibulaire	65
Figure 49 Formation aux soins conservateurs	66
Figure 50 Centre de santé urbain de Bolibana	67
Figure 51 Formation des ATS au centre de santé urbain	67
Figure 52 Formation des ATS au centre de santé urbain	68
Figure 53 Accompagnement aux soins conservateurs	69
Figure 54 Soins conservateurs sur 12-11-21-22 réalisés par Dr Koulibali Adama.....	69
Figure 55 Nécrose au point d'injection de l'anesthésique.....	71
Figure 56 Soins conservateurs sur 11-21 réalisés par Marassa Keita	73
Figure 57 Soins conservateurs sur 21 réalisés par Mamadi	73
Figure 58 Démonstration de la technique de brossage.....	74
Figure 59 Matériels récoltés pour la mission.....	78
Figure 60 Fraises offertes par STONER	80
Figure 61 Repas avec toute l'équipe dans le cabinet !.....	82
Figure 62 Rangement des placards	82
Figure 63 Trie des fraises "gatées"	82
Figure 64 Accompagnement aux soins	83
Figure 65 Dr Koulibali réalisant un soin	84
Figure 66 Polissage d'un composite	84
Figure 67 Schémas des cavités d'accès et entrées canalaires	85
Figure 68 Porte d'entrée du cabinet dentaire	85
Figure 69 Rangement des tiroirs, nettoyage des boîtes.....	86
Figure 70 Centre de santé de Siguirikoro.....	86
Figure 71 Formation des ATS au centre de santé	87
Figure 72 Premier groupe des ATS pour la formation à l'hygiène bucco-dentaire et sa prévention.....	88
Figure 73 Soins 11 -21 réalisés par Sigdafa.....	89
Figure 74 Comblement des diastèmes réalisés au "marché"	90
Figure 75 "couronne" en résine sur la 12 réalisée au marché.....	90
Figure 76 Contention mise en place après luxation des incisives mandibulaires	91
Figure 77 Contention après fracture alvéolaire suite à un accident de la voie publique	92
Figure 78 Epulis en regard de la 11.....	92
Figure 79 Vue endo-buccale après exérèse de l'épulis.....	93
Figure 80 Epulis après exérèse.....	93
Figure 81 Vue endo buccale.....	93
Figure 82 Ulcération secteur 4 du à l'égression de 16.....	93
Figure 83 Nécrose osseuse et abcès en regard de 15 et 16	93
Figure 84 Alvéole après extractions et curetage	94
Figure 85 Dents extraites, et os avéolaire nécrosé et cureté.....	94
Figure 86 soins conservateurs sur 12 par Dr koulybali Adama	96
Figure 87 Soins réalisés par le dr Koulibali	97
Figure 88 Etat parodontal alarmant.....	97
Figure 89 Toute l'équipe des Enfants de l'Air de la mission de janvier !.....	98
Figure 90 Patient du cabinet.....	105
Figure 91 Enfant hospitalisé au centre de renutrition intensive	105
Figure 92 Famille au CRENI	105
Figure 93 Poussée d'herpès	105

Figure 94 Fils d'une patiente au cabinet.....	107
Figure 95 Transport en Guinée.....	107
Figure 96 Complication d'une hernie ombilicale opérée.....	106
Figure 97 Femme et son nourisson sortant de la maternité.....	106
Figure 98 Chez les vendeuses de tissus.....	106
Figure 99 Cellulite faciale chez l'enfant.....	106
Figure 100 Femmes au marché.....	107
Figure 101 Le dimanche sur les berges du Niger.....	107
Figure 102 Les EDA en route pour l'hôpital.....	107
Figure 103 Mes deux papas de mission.....	109
Figure 104 Enfants au marché.....	108
Figure 105 Périphérie de Siguiri.....	108
Figure 106 Famille Malinké.....	108
Figure 107 Brochettes sur le marché de Siguiri.....	108
Figure 108 Danseuses du centre culturelle de Siguiri.....	108
Figure 109 Vache devant la mosquée.....	109
Figure 110 Déjeuné des toubabous.....	109
Figure 111 Marché de Siguiri.....	109
Figure 112 Tchîn tchîn ! Siguiri.....	109

SOURZAT Lucie

2017-TOU3-3037

ODONTOLOGIE ET PAYS EN DEVELOPPEMENT :

EXEMPLE D'UN ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL AU CABINET DENTAIRE DE L'HÔPITAL PREFECTORAL DE SIGUIRI, EN GUINEE CONAKRY

Résumé : La pratique dentaire dans les pays en développement n'a pas encore atteint aujourd'hui le degré d'évolution que l'on connaît en France. Les conditions de vies très précaires, le manque d'éducation à l'hygiène, le plateau technique rudimentaire des cabinets, orientent majoritairement l'activité du chirurgien-dentiste vers la chirurgie et non pas vers les soins conservateurs. Ce travail présente l'accompagnement professionnel effectué au cabinet dentaire de l'hôpital préfectoral de Siguiiri en Guinée au travers des deux missions humanitaire que j'ai effectuées avec l'association des Enfants de l'Air. L'objectif de nos missions étant l'accompagnement des équipes soignantes afin de renforcer leurs compétences dans le domaine de l'asepsie, de l'organisation, de la prévention et du développement des soins conservateurs. Transférer les connaissances par formations théoriques, pratiques et compagnonnage nécessite un travail d'équipe et une collaboration constante aussi bien avec les bénévoles qu'avec nos confrères Guinéens. Mettre en place des projets pérennes, développer l'autonomie de la structure du pays dans lequel on intervient, contribuer sans se substituer, tels peuvent être les lignes directives préconisées pour une action humanitaire bénéfique à tous.

TITLE: ODONTOLOGY AND EMERGING COUNTRIES : AN EXEMPLE OF PROFESSIONAL SUPPORT IN SIGUIRI PREFECTORAL HOSPITAL, GUINEA CONAKRY

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Humanitaire, pays en développement, Guinée Conakry, accompagnement professionnel, odontologie conservatrice

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Philippe POMAR