

**UNIVERSITÉ PAUL SABATIER – TOULOUSE III  
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année : 2012

Thèse n°

**T H È S E**

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**BIGORGNE Marion**

le 31 octobre 2012

-----

**L'AIDE BUCCO-DENTAIRE INTERNATIONALE : EXEMPLE  
DU CAMEROUN**

Directeur de thèse: NABET Cathy

-----

**JURY**

Professeur Michel SIXOU

Docteur Cathy NABET

Docteur Olivier HAMEL

Docteur Paul MONSARAT

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



# FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

---

## ➔ DIRECTION

### DOYEN

Mr SIXOU Michel

### ASSESEURS DU DOYEN

#### - ENSEIGNANTS :

Mme GRÉGOIRE Geneviève

Mr CHAMPION Jean

Mr HAMEL Olivier

Mr POMAR Philippe

#### - PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme GRIMOUD Anne-Marie

#### - ÉTUDIANT :

Mlle MARTEGOUTTE Auriane

### CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard

Mr AUTHER Alain

### RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme GRAPELOUP Claude

## ➔ HONORARIAT

### DOYENS HONORAIRES

Mr LAGARRIGUE Jean +

Mr LODTER Jean-Philippe

Mr PALOUDIER Gérard

Mr SOULET Henri

## ➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

---

### 56.01 PÉDODONTIE

#### Chef de la sous-section :

#### Mr VAYSSE

Maîtres de Conférences :

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mr VAYSSE

Assistants :

Mlle BAQUÉ, Mr DOMINÉ

Chargé d'Enseignement :

Mme PRINCE-AGBODJAN, Mr TOULOUSE

### 56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

#### Chef de la sous-section :

#### Mr BARON

Maîtres de Conférences :

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

Assistants :

Mme ELICEGUI, Mme OBACH-DEJEAN, Mr PUJOL

Chargés d'Enseignement :

Mr GARNAULT, Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

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

#### Chef de la sous-section :

#### Mr HAMEL

Professeur d'Université :

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Maître de Conférences :

Mr HAMEL

Assistant :

Mr LANSUN

Chargés d'Enseignement :

Mr DURAND, Mr PARAYRE, Mr VERGNES

### **57.01 PARODONTOLOGIE**

***Chef de la sous-section :*** **Mr DUFFORT**

Professeur d'Université :

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mr DUFFORT

Assistants : Mr LAFFORGUE, Mr MOURGUES

Chargés d'Enseignement : Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mr PIOTROWSKI, Mr SANCIER

### **57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION**

***Chef de la sous-section :*** **Mr CAMPAN**

Professeur d'Université : Mr DURAN

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

Assistants : Mme BOULANGER, Mr FAUXPOINT, Mme FERNET-MAGNAVAL

Chargés d'Enseignement : Mr GANTE, Mr L'HOMME, Mme LABADIE, Mr PLANCHAND, Mr SALEFRANQUE

### **57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE**

***Chef de la sous-section :*** **Mr KÉMOUN**

Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr KEMOUN, Mr POULET

Assistants : Mr BLASCO-BAQUE, Mme GAROBY-SALOM, Mme SOUBIELLE, Mme VALERA

Chargés d'Enseignement : Mr BARRÉ, Mme DJOUADI-ARAMA, Mr SIGNAT

### **58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE**

***Chef de la sous-section :*** **Mr GUIGNES**

Professeur Associé : Mr VAN DER SLUIS

Maîtres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN

Assistants : Mr ARCAUTE, Mlle DARDÉ, Mme DEDIEU, Mr ELBEZE, Mme FOURQUET, Mr MICHETTI

Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr BELAID, Mlle BORIES, Mr MALLET, Mme MARET-COMTESSE, Mlle PRATS, Mlle ROSÉ, Mlle VALLAEYS

### **58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)**

***Chef de la sous-section :*** **Mr CHAMPION**

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN

Assistants : Mr DESTRUHAUT, Mr LUCAS, Mr MIR, Mr RAYNALDY, Mme SOULES

Chargés d'Enseignement : Mr ABGRALL, Mr DEILHES, Mr FARRÉ, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, , Mr GHRENASSIA, Mr KAHIL, Mme LACOSTE-FERRE, Mme LASMOLLES, Mr POGÉANT

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

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

Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE

Maîtres de Conférences : Mme JONIOT, Mr NASR

Assistants : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr DELANNÉE

Chargés d'Enseignement : Mme JORDANA, Mme MAGNE, Mr MOUNET, Mr TREIL, Mr VERGÉ

-----  
*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 1er Mars 2012*

À Ben, l'amour de ma vie, qui me donne la force de vivre, tout simplement.

À ma maman qui a toujours été un modèle pour moi.

À Jean-Marie, qui m'a fait découvrir le sens de la vie.

Merci pour votre soutien inconditionnel.

À Margaux, Antoine, Alice, Victor et Romain, mes frères et sœurs adorés, car rien ne vaut le lien qui nous unit.

À mon papa et à Leila, merci pour votre bienveillance.

À Marion, merci d'avoir toujours été là pour moi.

À toute ma grande famille, je vous aime.

À tous mes amis, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

À Clémence, Carole, Lisa, Anaïs, Cécile, Mathieu, Kristina et j'en passe, c'est bon de savoir qu'on a des amis sur qui compter.

À Chavière pour ton écoute.

À toute l'équipe de La Dent du Bonheur, en France et au Cameroun, pour m'avoir suivie dans ce projet ambitieux. Merci à Cécile et Mimi.

À tous mes amis camerounais avec qui j'ai partagé des moments inoubliables.

À toute l'équipe du centre hospitalier de Mfou, pour m'avoir accueilli à bras ouverts, merci de m'avoir accorder votre temps.

Nos remerciements vont :

Au président de notre jury,

Monsieur Michel SIXOU

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,

Lauréat de la Faculté de Médecine,

Docteur en Chirurgie Dentaire,

Docteur en Sciences Odontologiques,

Docteur d'État en Odontologie,

Habilitée à Diriger des Recherches

*Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury, veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude.*

Au membre de notre Jury,

Madame Cathy NABET

Chargé d'Enseignement à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,

Ex Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,

Docteur en Chirurgie Dentaire,

Docteur de l'Université Paul Sabatier,

Diplôme Universitaire de Parodontologie

*Pour l'aide apportée tout au long de la réalisation de ce travail. Nous vous remercions de votre bienveillance ainsi que de l'intérêt que vous avez bien voulu y témoigner.*

Au membre de notre Jury,

Monsieur Olivier HAMEL

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

Docteur en Chirurgie Dentaire,

Docteur de l'Université Paul Sabatier.

*Pour avoir accepté de siéger dans ce jury, pour la  
qualité de son enseignement durant toutes ces années.*

Au membre de notre Jury,

Monsieur Paul MONSARAT

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

Docteur en Chirurgie Dentaire.

Docteur de l'Université Paul Sabatier.

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.*

## ***SOMMAIRE***

Introduction.....	p.12
<b><i>Partie 1: La santé bucco-dentaire dans le monde</i></b> .....	p.15
<b>I- Les maladies bucco-dentaires, un problème de santé publique mondial</b> .....	p.16
I.1 La carie dentaire.....	p.16
I.2 Les maladies parodontales.....	p.19
I.3 Les édentements.....	p.19
I.4. Le cancer buccal.....	p.21
I.5. Le noma.....	p.21
<b>II- Les inégalités en matière de santé bucco-dentaire</b> .....	p.23
II.1. Importance des déterminants socioculturels et environnementaux.....	p.23
II.2. La problématique des pays en voie de développement.....	p.25
II.2.1. Évolution de la carie dentaire dans les pays en voie de développement.....	p.25
II.2.2. Le secteur dentaire, un domaine oublié des politiques de santé.....	p.26
<b><i>Partie 2 : L'aide bucco-dentaire internationale</i></b> .....	p.28
<b>I- L'aide sanitaire internationale</b> .....	p.29
I.1. Les formes de l'aide sanitaire internationale.....	p.29
I.1.1. L'aide multilatérale.....	p.29
1.1.1.1. Les institutions internationales spécialisées dans le domaine de la santé.....	p.29
I.1.1.2. Les institutions bancaires et les fonds de développement.....	p.30
I.1.2. L'aide bilatérale.....	p.31
I.1.3. Les Organisations Non Gouvernementales.....	p.31
I.2. Les origines de l'aide sanitaire internationale et les particularités françaises.....	p.32
I.3. L'évolution de l'aide sanitaire internationale.....	p.33
I.4. Le recul de l'aide sanitaire française.....	p.35
I.5. Le problème de l'efficacité de l'aide.....	p.36

<b>II- Les acteurs de l'aide bucco-dentaire internationale.....</b>	<b>p.38</b>
II.1. L'Organisation Mondiale de la Santé.....	p.38
II.1.1. Rôles de l'OMS pour la santé bucco-dentaire.....	p.38
II.1.2. Rôles de l'OMS pour la santé bucco-dentaire dans les pays en voie de développement.....	p.39
II.2. Les ONG dentaires.....	p.41
II.2.1. Généralités sur les ONG dentaires.....	p.41
II.2.1.1. Classification et évolution des ONG dentaires.....	p.41
II.2.1.2. Un manque d'expérience du volontariat, une particularité des ONG dentaires .....	p.42
II.2.1.3. Les problématiques du volontariat international .....	p.44
II.2.1.4. Le Paquet Minimum d'Activités, une référence pour les ONG dentaires.....	p.46
II.2.2. Exemple de deux ONG dentaires ayant un rôle très important dans la santé bucco-dentaire.....	p.48
II.2.2.1. La Fédération Dentaire Internationale.....	p.48
II.2.2.2. L'Aide Odontologique Internationale.....	p.49
 <b>Partie 3 : L'aide bucco-dentaire internationale au Cameroun.....</b>	<b>p.51</b>
<b>I- Le Cameroun.....</b>	<b>p.52</b>
 <b>II- La santé au Cameroun.....</b>	<b>p.53</b>
II.1. La situation sanitaire en quelques chiffres.....	p.53
II.2. Le système de santé camerounais.....	p.54
II.2.1. Le financement de la santé.....	p.54
II.2.2. L'organisation du système de soins.....	p.55
II.2.2.1. Le secteur privé.....	p.55
II.2.2.2. Le secteur public.....	p.55
 <b>III- La coopération sanitaire au Cameroun.....</b>	<b>p.58</b>
III.1. Le financement de la santé.....	p.58
III.1.1. La coopération multilatérale.....	p.58

III.1.2. La coopération bilatérale.....	p.58
III.1.3. Autres financeurs.....	p.62
III.1.4. Nature de l'aire apportée.....	p.62
III.2. Actions de l'OMS au Cameroun.....	p.63
<b>IV- Les aides bucco-dentaires internationales au Cameroun.....</b>	<b>p.64</b>
IV.1. La situation bucco-dentaire au Cameroun.....	p.64
IV.2. Un projet pilote à Sangméléma.....	p.64
IV.3. La coopération Cameroun-Jura-Suisse.....	p.66
IV.3.1. Un projet axé sur les SSP.....	p.66
IV.3.2. Intégration des soins bucco-dentaires dans le programme.....	p.70
IV.3.2.1. Volet curatif.....	p.70
IV.3.2.2. Volet préventif.....	p.71
IV.3.2.3. Bilan et perspectives.....	p.73
IV.4. Association humanitaire La Dent du Bonheur.....	p.74
IV.4.1. Les objectifs de l'association.....	p.74
IV.4.2. Les différentes missions réalisées.....	p.75
IV.4.2.1. Une première mission de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire en 2010.....	p.75
IV.4.2.2. Création d'une unité de soins dentaires mobile en 2011....	p.77
IV.4.2.2.1. Pourquoi une structure mobile.....	p.78
IV.4.2.2.2. Les préparatifs en amont.....	p.79
IV.4.2.2.3. Le déroulement de la mission.....	p.81
IV.4.2.2.4. Les difficultés rencontrées.....	p.85
IV.4.2.2.5. Perspectives.....	p.85
Conclusion.....	p.86
Annexes.....	p.89
Index des illustrations.....	p.94
Bibliographie.....	p.97

# **Introduction**

# Introduction

De nos jours, le domaine de la santé bucco-dentaire a connu de grandes avancées. Cependant, les maladies bucco-dentaires représentent encore un réel problème de santé publique.

Alors que dans les pays industrialisés les maladies bucco-dentaires sont plus ou moins contrôlées, à l'heure actuelle, on observe une nette augmentation de la prévalence de la carie dentaire dans la plupart des pays d'Afrique. Cependant, les moyens de prévention sont limités et les structures de soins font défaut.

Le secteur bucco-dentaire est souvent délaissé des politiques de santé des pays en voie de développement, qui ont d'autres priorités sanitaires. De fait, dans ces pays, l'accès aux services de santé bucco-dentaire est souvent très limité. Il existe un manque de personnel soignant considérable, les cabinets sont concentrés dans les villes et les honoraires sont trop élevés pour la majorité de la population. De plus, les campagnes de prévention bucco-dentaire organisées par l'état sont très rares.

Devant ce triste constat, nous avons décidé, avec Cécile Perez, de créer l'association humanitaire La Dent du bonheur, afin de nous investir sur le terrain.

Un stage effectué au ministère de la santé publique du Cameroun, au coeur d'une structure de coopération bilatérale Cameroun-Jura-Suisse nous a également permis de comprendre en quoi l'aide internationale est importante pour l'amélioration de la santé dans les pays en voie de développement.

L'objectif de cette thèse est d'exposer les différents soutiens apportés par la communauté internationale, au renforcement du système bucco-dentaire des pays en voie de développement et de partager notre expérience au Cameroun dans ce domaine.

La thèse s'articule autour de trois parties :

La première partie s'intéresse à la situation bucco-dentaire dans le monde. Elle développe les inégalités en matière de santé bucco-dentaire et la problématique des pays en voie de développement.

La deuxième partie porte sur l'aide bucco-dentaire internationale. Il s'agit de faire le point sur ses formes, ses modalités et ses problématiques et de définir les différents acteurs au niveau bucco-dentaire.

La troisième partie traite le cas spécifique du Cameroun et des aides extérieures apportées au pays.

# **Partie 1 : La situation bucco-dentaire dans le monde**

Les maladies buccodentaires, à savoir la carie dentaire et la maladie parodontale principalement, sont les affections chroniques les plus fréquentes dans le monde. C'est pourquoi elles représentent un réel problème de santé publique à l'échelle mondiale de part leur prévalence, leur conséquences sur l'individu et la société et la dépense que constitue leur traitement. (1)

Il s'agit bien d'un fléau qui touche, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cinq milliards de personnes dans le monde.

D'après l'OMS, les maladies bucco-dentaires (carie dentaire, les parodontoses, les cancers de la cavité buccale et du pharynx) sont présentes sur tout le globe. (2)

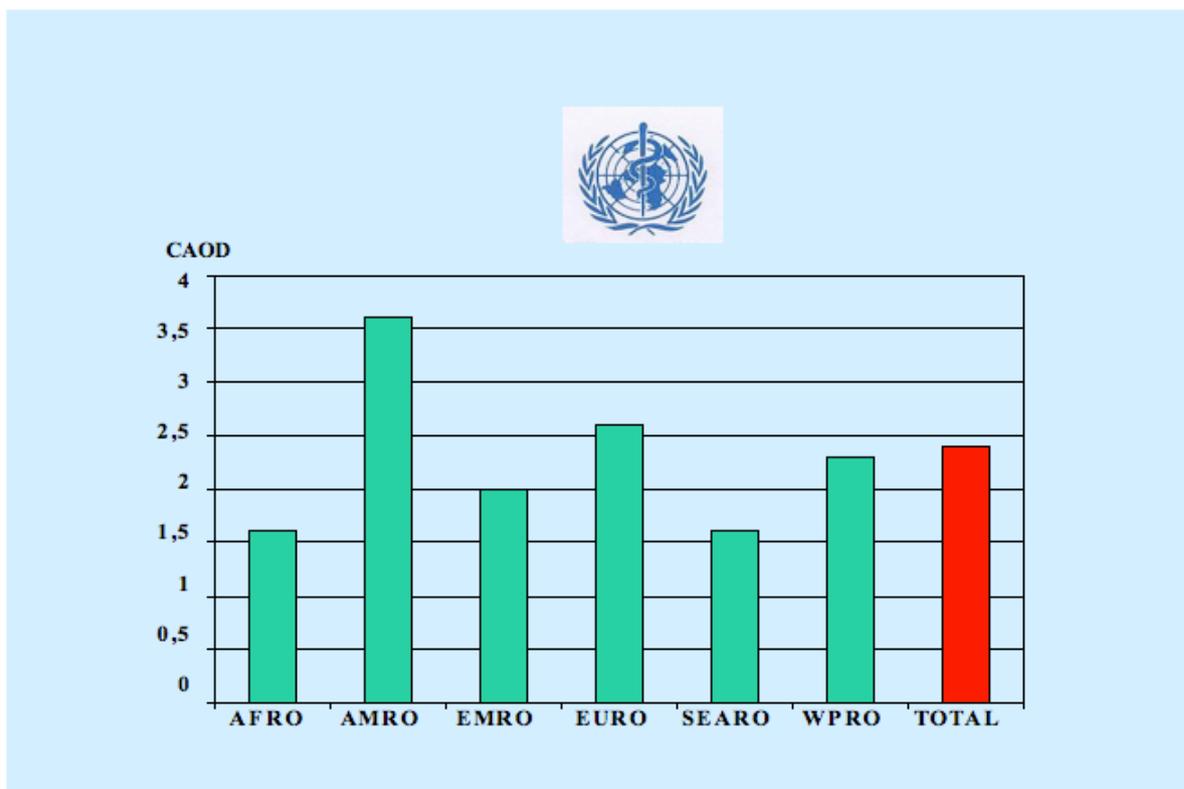
## I. Les maladies bucco-dentaires, un problème de santé publique mondial:

A notre époque, on peut considérer qu'il y a eu des avancées considérables dans le domaine bucco-dentaire. Cependant les maladies bucco-dentaires sont loin d'être éradiquées.

De nos jours, la répartition et la gravité des maladies bucco-dentaires varient selon les différentes régions du monde. (3)

### I.1. La carie dentaire :

La figure 1 illustre la situation de la carie dentaire chez les enfants âgés de 12 ans dans les six Régions OMS en 2000 (3, 4, 5) sur la base de l'indice CAOD (nombre de dents cariées, absentes et obturées). Cet indice mesure les antécédents carieux et le nombre de caries présentes dans la dentition permanente.

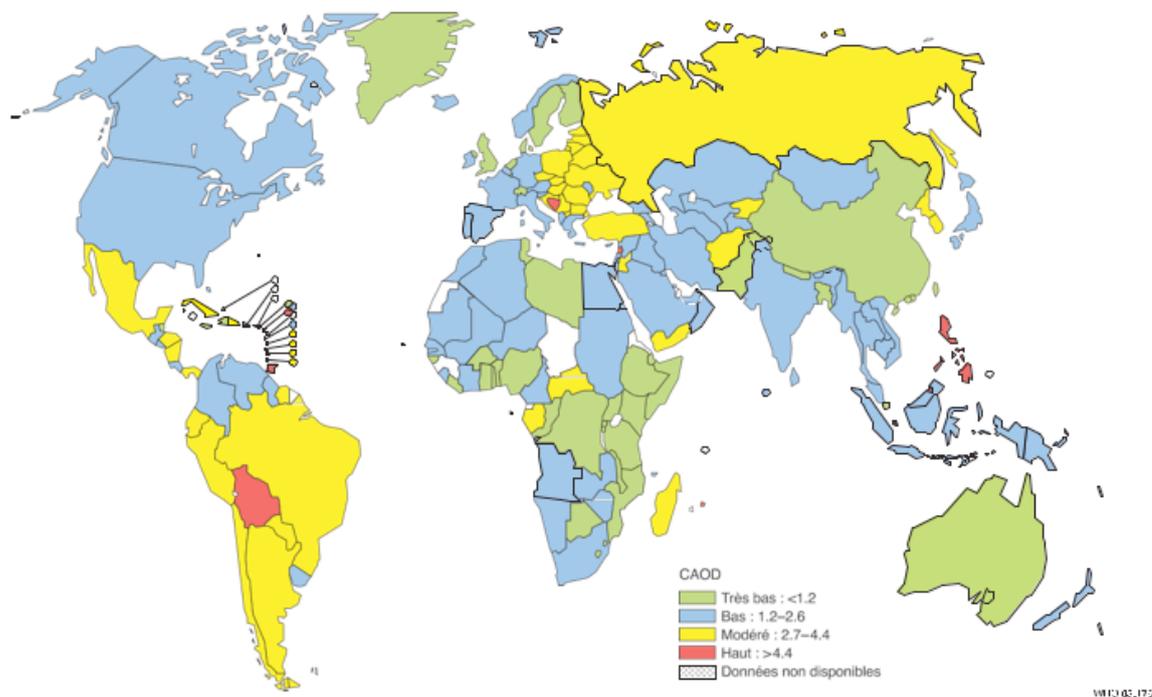


AFRO Afrique - AMRO Amériques - EMRO Méditerranée orientale - EURO Europe - SEARO Asie du sud est WPRO Pacifique occidental

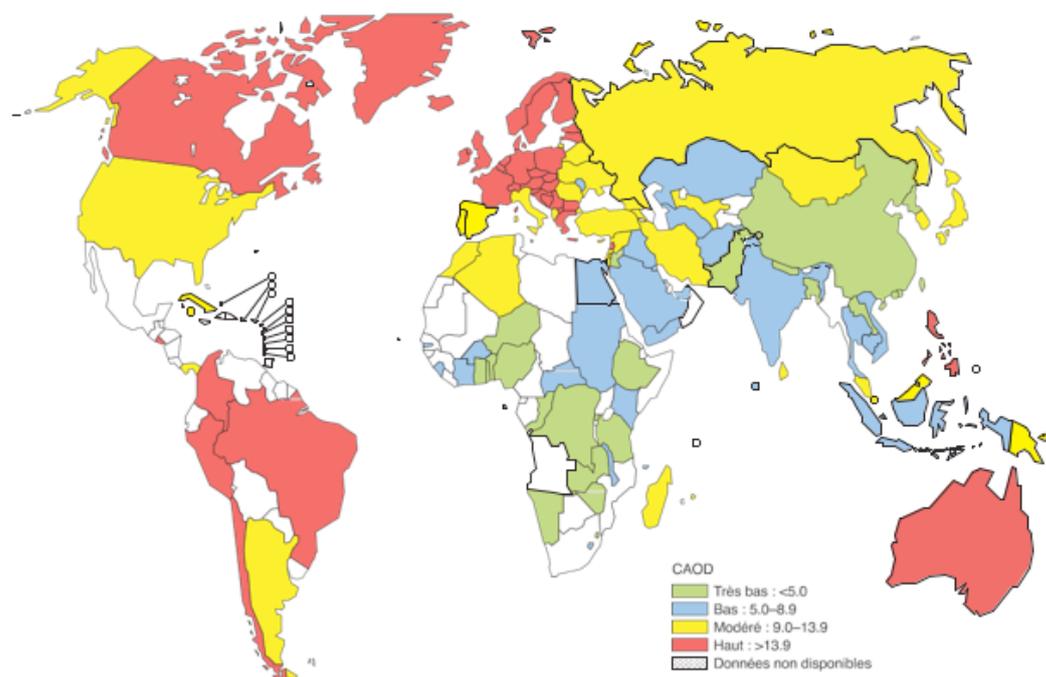
**Figure 1** Caries dentaires (indice CAOD moyen) chez les enfants âgés de 12 ans selon les bureaux régionaux OMS.

*(Source: Banque de données de l’OMS sur la santé bucco-dentaire et Programme OMS sur les profils de santé bucco-dentaire par pays/région, 2000) (3, 4, 5)*

Les Figures 2 et 3 présentent les cartes actuelles de la carie dentaire chez les enfants de 12 ans et les adultes de 35-44 ans, en 2000. (3, 4, 5)



**Figure 2.** La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans.



**Figure 3.** La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les adultes de 35-44 ans.

(Source: Banque de données de l'OMS sur la santé bucco-dentaire et Programme OMS sur les profils de santé bucco-dentaire par pays/région, 2000) (3,4,5).

D'après les figures 1, 2 et 3, on peut observer que la carie dentaire reste un problème de santé majeur dans la plupart des pays industrialisés. En effet, à l'heure actuelle, le niveau de morbidité est très élevé dans les pays occidentaux et principalement en Amérique.

Le Dr Catherine Le Galès-Camus (Sous-directeur général de l'OMS pour les maladies non transmissibles et la santé mentale) a déclaré : « *On croit que la carie dentaire ne pose plus problème dans les pays développés alors qu'elle touche 60 à 90 % des enfants d'âge scolaire et la grande majorité des adultes.* » (2)

Cependant, on observe une baisse générale de prévalence la carie dentaire dans les pays industrialisés au cours des 20 dernières années.

On peut également constater que la carie dentaire est répandue dans plusieurs pays d'Asie et semble plus rare et moins grave dans la plupart des pays d'Afrique.

## I.2. Les maladies parodontales :

Dans le monde, la plupart des enfants et des adultes sont touchés par les premiers stades de la maladie parodontale : la gingivite.

La parodontite, étant la principale cause de la perte des dents, touche 5 à 15% de la population mondiale.

Le tabagisme est un facteur de risque majeur de maladie parodontale chez l'adulte. La prévalence des maladies parodontales a diminué dans les pays où on a observé une diminution de la consommation de tabac. (3)

## I.3. Les édentements :

Dans le monde entier, la perte des dents à partir d'un certain âge est encore considérée par beaucoup de personnes comme une conséquence naturelle du vieillissement, alors que celle-ci est évitable. Il s'agit en réalité de la conséquence directe d'une prise en charge trop tardive des caries dentaires et des maladies parodontales. (3)

Le taux d'édentés reste encore très élevé dans certains pays développés (Canada, Royaume Uni), mais de manière générale on observe une tendance à la diminution des

édentements chez l'adulte depuis quelques années dans la plupart des pays industrialisés (Tableau 1). (3)

Région/pays OMS	Pourcentage d'édentés	Groupe d'âge (ans)
<b>Afrique</b>		
Gambie	6	65+
Madagascar	25	65-74
<b>Amériques</b>		
Canada	58	65+
Etats-Unis d'Amérique	26	65-69
<b>Méditerranée orientale</b>		
Arabie Saoudite	31-46	65+
Egypte	7	65+
Liban	20	64-75
<b>Europe</b>		
Albanie	69	65+
Autriche	15	65-74
Bosnie-Herzégovine	78	65+
Bulgarie	53	65+
Danemark	27	65-74
Finlande	41	65+
Hongrie	27	65-74
Islande	15	65-74
Italie	19	65-74
Lituanie	14	65-74
Pologne	25	65-74
Roumanie	26	65-74
Royaume-Uni	46	65+
Slovaquie	44	65-74
Slovénie	16	65+
<b>Asie du Sud-Est</b>		
Inde	19	65-74
Indonésie	24	65+
Sri Lanka	37	65-74
Thaïlande	16	65+
<b>Pacifique occidental</b>		
Cambodge	13	65-74
Chine	11	65-74
Malaisie	57	65+
Singapour	21	65+

**Tableau 1** Prévalence d'édentés totaux (%) chez les personnes âgées dans une sélection de pays. (Source: Banque de données de l'OMS sur la santé bucco-dentaire et Programme OMS sur les profils de santé bucco-dentaire par pays/région, 2000) (3,4,5).

La proportion d'édentés en France (population 65-74 ans) en 1995 s'élevait à 16,3 % (OMS). (6)

#### I.4. Le cancer buccal :

La prévalence du cancer de la cavité buccale est plus élevée dans les pays en voie de développement (surtout en Asie du Sud-est) que dans les pays développés.

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

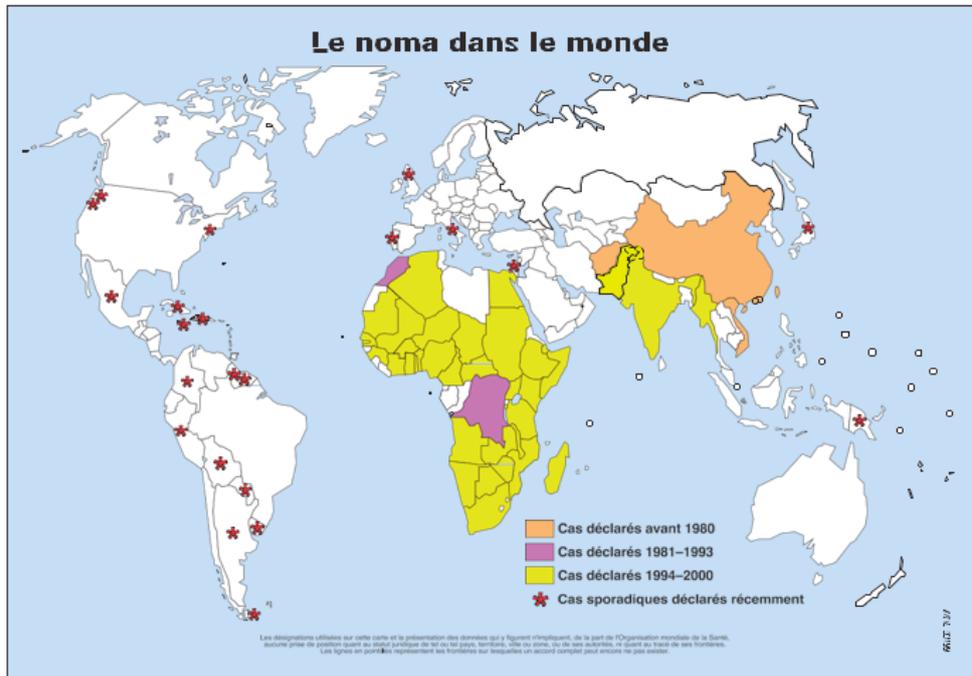
Le cancer de la cavité buccale est particulièrement retrouvé chez les hommes et arrive au huitième rang des cancers les plus fréquents dans le monde. (3)

#### I.5. Le noma :

La prévalence de noma (gangrène orofaciale) est importante dans les pays en voie de développement, principalement en Afrique et en Asie. Le noma commence par une ulcération de la gencive qui s'étend rapidement aux tissus de la sphère orofaciale et qui devient nécrotique jusqu'à la destruction totale des tissus. (3) Le noma touche essentiellement les enfants entre 2 et 6 ans. (7)

La pauvreté est le principal facteur de l'apparition d'un noma, c'est pourquoi on le retrouve presque exclusivement dans les pays en voie de développement.

L'Afrique concentre 80% des cas de noma, et 39 des 46 pays du continent africain sont touchés par le noma (Figure 4). L'incidence annuelle est de 20 cas pour 100 000, avec un taux de mortalité d'environ 70%-90% en absence de traitement. (7)



**Figure 4** Cas de noma signalés dans le monde. (Source: Programme OMS de Santé Bucco-Dentaire, Genève, Suisse) (3)

## II. Les inégalités en matière de santé bucco-dentaire :

Les inégalités en matière de santé bucco-dentaire continuent à exister. En effet, que ce soit dans les pays à hauts, moyens, ou faibles revenus, un nombre significatif de personnes souffrent de maladies bucco-dentaires de nos jours.

A l'intérieur d'un même pays, on observe de très fortes inégalités concernant l'incidence de ces maladies.

Ce sont, en effet, toujours les populations défavorisées et pauvres qui souffrent le plus et qui souvent ne reçoivent pas les soins bucco-dentaires appropriés.

D'après la banque de données globale de l'OMS concernant la santé orale et l'enquête de santé mondiale de 2003, l'élargissement des disparités sociales en matière de santé orale existe dans les pays à bas, moyen ou haut niveau de développement. (8)

On peut dire que les avancées de la science en matière de santé bucco-dentaire, n'ont pas encore bénéficié aux populations pauvres et désavantagées du monde entier.

### II.1. Importance des déterminants socioculturels et environnementaux:

Le rôle significatif des facteurs socio culturels et environnementaux dans l'apparition des maladies bucco-dentaires a été montré dans de nombreuses enquêtes épidémiologiques.

Il est apparu que ces facteurs de risque, communs aux quatre principales maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer et pneumopathies obstructives chroniques) jouent un rôle important dans l'apparition des caries dentaires chez les enfants et adultes du monde entier. (9)

On a ainsi pu déterminer un profil de risque distinct à travers le monde, en rapport avec l'éducation, les circonstances économiques, les possessions matérielles, les conditions de vie et de travail, le style de vie et l'environnement de santé propres à chaque individu. (8,9)

L'implication ou non d'un système de santé axé sur la prévention bucco-dentaire a également une influence sur l'apparition des maladies-buccodentaires.

Ces déterminants sociaux sont aussi responsables des inégalités d'accès et d'utilisation des services de santé bucco dentaires et cela a par conséquent une influence sur la prévalence des maladies bucco-dentaires. (8)

D'après une étude française réalisée en 2003 au pôle odontologie du centre hospitalier La Pitié Salpêtrière, qui analyse les liens entre précarité et état bucco-dentaire, « La précarité constitue un facteur de risque d'état dentaire déficient. Les personnes précaires ont deux fois plus de risque d'avoir plus de 4 dents absentes non remplacées. De même, elles ont un niveau d'étude plus faible (60 % *versus* 46 %), sont plutôt de sexe masculin (72 % *versus* 59%), sont majoritairement étrangères (59% *versus* 37 %) et ont des difficultés à payer leurs médicaments. » (10)

D'une manière générale, on peut dire que le risque de maladie bucco-dentaire est favorisé par (11):

**-des conditions de vies pauvres** (manque d'accès à l'eau potable, conditions sanitaires médiocres, accessibilité aux systèmes de soins réduit, taux d'exposition au fluor bas)

**-un niveau d'éducation bas** (impliquant un manque de connaissances en matière de prévention dentaire)

**-un style de vie** influençant négativement la santé buccale (mauvaises pratiques d'hygiène buccale, consommation de sucres/tabac/alcool).

Ces déterminants sociaux en matière de santé sont largement universels et apparaissent malheureusement persistants avec le temps, mais ils sont modifiables. Les inégalités en matière de santé bucco-dentaire sont donc évitables, grâce à des mesures de prévention. (7)

## II.2. La problématique des pays en voie de développement :

Nous avons vu que l'indice CAOD dans la majorité des pays en voie de développement est faible, par rapport aux autres régions du monde. Mais ce n'est pas pour autant que les maladies buccodentaires ne représentent pas un grave problème de santé publique dans ces pays.

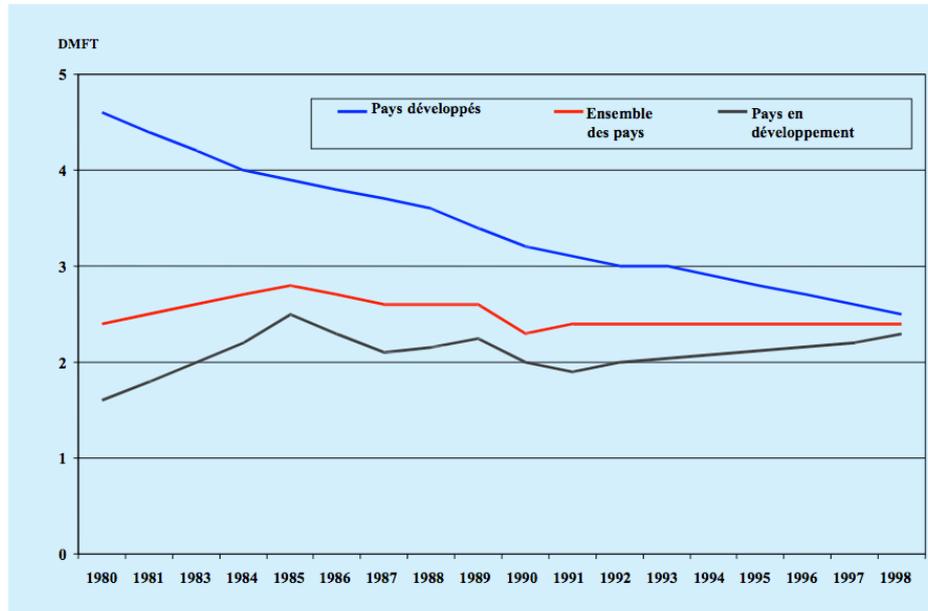
### II.2.1. Évolution de la carie dentaire dans les pays en voie de développement :

Une surveillance des maladies bucco-dentaires a été mise en place par l'OMS depuis plusieurs années. (3)

Une première carte du monde dévoilant l'indice CAOD chez les enfants de 12 ans a été présentée en 1969. Elle mettait en évidence une forte prévalence de la carie dentaire chez les enfants dans les pays industrialisés alors que dans les pays en développement la maladie était beaucoup moins présente. (3)

Depuis, on a observé une nette évolution de la prévalence de la carie. Celle-ci a nettement baissé dans de nombreux pays développés. Ceci est le résultat de nombreuses mesures de santé publique, concernant l'utilisation de fluorures, l'amélioration des conditions de vies et des pratiques d'hygiène personnelles. La carie dentaire n'est donc pas éradiquée dans les pays développés, mais plus ou moins contrôlée.

Au contraire, dans la plupart des pays en voie de développement, la prévalence de la carie dentaire, qui était très basse jusqu'à ces dernières années, a tendance à augmenter de nos jours. (Figure 5)



**Figure 5.** Evolution de la carie dentaire (indice CAOD) chez les enfants de 12 ans dans les pays développés et en développement (3,4,5)

### II.2.2. Le secteur dentaire, un domaine oublié des politiques de santé :

Avec l'évolution des conditions de vie dans les pays en voie de développement, de part la mondialisation, on observe une consommation croissante de sucres, ainsi qu'un manque considérable d'exposition aux fluorures, dû à la quasi inexistence de campagnes de prévention bucco-dentaire. Ceci a pour conséquence une augmentation constante de l'incidence de la carie dentaire dans les pays en voie de développement ces dernières années. (2)

De plus, dans la plupart des pays en voie de développement, le secteur dentaire est souvent considéré comme mineur et peu important par rapport aux nombreuses priorités de santé auxquelles doivent faire face les plus démunis. Cependant, le manque d'accès aux services de santé bucco-dentaire dans le monde représente une triste réalité.

Dans de nombreux pays en développement, l'accès aux services de santé bucco-dentaire est limité. De nos jours, la majorité de la population dans plus de 150 pays n'a pas accès aux soins dentaires. (2)

Cela est dû tout d'abord au faible nombre de dentistes dans ces pays. De fait, en Afrique, le nombre de dentistes par habitant est d'environ 1 pour 150 000 contre 1 pour 2000 dans la plupart des pays industrialisés. (2)

La concentration de l'offre de soins dans les zones urbaines et le coût élevé des prestations sont également responsables du défaut d'accès aux soins. En effet, le traitement classique des maladies dentaires est extrêmement onéreux, puisqu'il arrive au quatrième rang en termes de coût dans la plupart des pays industrialisés. La majorité des systèmes de soins des pays en voie de développement étant calquée sur le modèle occidental, une grande partie de la population renonce donc à bénéficier des soins bucco-dentaires, compte tenu du coût élevé de cette technologie qui ne répond pas aux demandes des populations défavorisées. D'après l'OMS, "Dans de nombreux pays à faible revenu, si le traitement de la carie dentaire était accessible, le coût seul du traitement chez les enfants dépasserait le budget total des soins de santé qui leur est consacré." (3)

Dans ces pays, les dents restent donc souvent sans traitement et finissent par être extraites en urgence en raison des douleurs provoquées.

## **Partie 2 : L'aide bucco-dentaire internationale**

# I – L'aide sanitaire internationale :

## I.1 Les formes de l'aide sanitaire internationale :

Dans le domaine de la santé, l'aide internationale est diverse. (12)

### I.1.1. L'aide multilatérale :

Les donateurs multilatéraux sont des institutions internationales financées par un ensemble de pays et dont la majeure partie des activités sont menées en faveur des pays en développement. Cette aide se divise en deux sous-groupes.

#### I.1.1.1. Les institutions internationales spécialisées dans le domaine :

L'aide accordée par ces organismes se fait essentiellement sous forme de dons.

Il s'agit principalement des institutions suivantes: (12)

- **L'organisation Mondiale de la Santé (OMS)** qui ne finance pas de projets, mais qui dirige et coordonne, dans le domaine de la santé, des actions internationales au sein du système des Nations Unies. Elle intervient comme conseiller technique auprès des gouvernements.
- **le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP)**. Cette institution finance ses propres projets et s'occupe des problèmes de démographie, de planification familiale et de reproduction.
- **Le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE- UNICEF)**. Son objectif principal est l'amélioration de la santé de l'enfance. Cet organisme a ses propres projets et ses propres sources de financement.
- **Le Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD)** qui possède des ressources propres. Son objectif est de promouvoir d'une manière globale le développement humain. Ses projets peuvent alors concerner le développement social et économique, mais également la santé.

Dans le domaine de l'aide à la santé, on distingue les stratégies horizontales (institutions citées ci-dessus) et les stratégies verticales :

- L'approche horizontale (globale, systémique) (13)

“Stratégie basée sur l'organisation des soins et des services de santé (curatifs, préventifs, promotionnels) pour répondre à l'ensemble des problèmes de santé générale de la population.”

- L'approche verticale (spécifique, ciblée) (13)

“Stratégie basée sur une ou plusieurs interventions dont une ou plusieurs des composantes sont exécutées en parallèle du système de santé et qui cible une population particulière (maladie ou risque spécifique).”

En effet, certaines autres institutions financent ou exécutent des projets verticaux, c'est à dire des actions spécialisées dans la lutte contre une pathologie particulière, comme l'Union Internationale contre la Tuberculose (UIT), contre la lèpre, ou encore le paludisme. (12)

#### I.1.1.2. Les institutions bancaires et les fonds de développement (12)

Généralement, ces organismes accordent leur aide sous forme de prêts. Ils ne sont pas spécialisés dans la santé, qui ne représente qu'un de leurs domaines d'intervention.

Les principales institutions bancaires qui interviennent dans les pays en voie de développement sont :

- **La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD)**, ou Banque mondiale
- **Le Fonds Monétaire International (FMI)**
- **Le Fonds Européen pour le Développement (FED)**

Les prêts accordés sont généralement liés à des restructurations budgétaires influençant le Ministère de la Santé.

### I.1.2. L'aide bilatérale : (12)

Il s'agit des aides privilégiées accordées par un pays industrialisé à un pays en voie de développement. Elle peut intervenir dans tous les domaines et peut concerner la santé. L'aide bilatérale se retrouve souvent entre deux pays liés par l'histoire coloniale. Par exemple, la Belgique va apporter son aide aux pays tels que le Zaïre, le Rwanda, le Burundi et la France financera souvent des projets dans le reste de l'Afrique francophone. Les dons des pays industrialisés permettent de financer des projets dans les pays en voie de développement, décidés d'un commun accord entre les deux gouvernements.

Chaque pays industrialisé possède sa propre institution responsable de l'aide bilatérale. En France, il s'agit du Ministère de la Coopération et le Fonds d'Aide et de Coopération (FAC).

### I.1.3. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) : (12)

Les ONG correspondent à plusieurs centaines d'associations de différents pays industrialisés qui sont légalement indépendantes des gouvernements. Ces ONG représentent une part minime de l'Aide Publique au Développement (APD) d'un pays : moins de 10% en général.

Les ONG ayant une action dans le domaine de la santé sont de trois types :

- les ONG dont les interventions sont limitées à l'urgence médicale.
- les ONG spécialisées dans l'évaluation et la gestion des services de santé et dans la réalisation de projets pilotes.
- les ONG qui envisagent la santé comme un facteur de développement.

## I.2. Les origines de l'aide sanitaire internationale et les particularités françaises :

Durant la présence française en Afrique, lors de la colonisation, le développement d'un système de soins « à la française » a permis de nombreux acquis : la découverte de certains agents pathogènes, la formation de personnel médical, la création d'universités de médecine, et une assistance technique sur le terrain non négligeable. Quand ils ont obtenu leur indépendance, la plupart des pays d'Afrique francophone ont hérité du système sanitaire de la période coloniale. Cependant, ce système était axé principalement sur un réseau hospitalier urbain, souvent dans les localités de résidence des agents de l'administration coloniale. Il ne couvrait donc pas toutes les couches de la société. (12, 14) Les programmes de santé dans les zones rurales étaient, en effet, très réduits et dirigés uniquement contre certaines maladies telles que la lèpre, la fièvre jaune, la tuberculose, le paludisme, etc. (12)

On peut noter également, à cette période, une quasi inexistence de la médecine privée et une méconnaissance ou un rejet des médecines traditionnelles (guérisseurs, accoucheuses traditionnelles, etc.) qui existaient avant l'arrivée des colons. Plus tard, il y a eu, suivant les pays, soit une préservation de ces acquis, soit un effondrement de ce système sanitaire. (12)

Les institutions internationales (créées après la seconde guerre mondiale) sont venues en aide aux pays en voie de développement, et des accords entre ceux-ci et les pays industrialisés ont été mis en place. Le but était de rétablir le système sanitaire issu de l'époque coloniale et de le renforcer. De 1960 à 1980, grâce à la coopération, l'aide sanitaire de la France est restée importante. (15) Cependant, il s'agissait d'un système très inégalitaire qui ciblait principalement les populations urbaines et aisées. Ceci étant de moins en moins acceptable, au début des années 70, une nouvelle approche des services de santé dans les Pays en Voie de Développement a du être pensée (aménagement géographique, accessibilité à toute la population), afin de permettre à une grande majorité de la population qui en était encore privée, d'avoir accès aux soins. (12)

La conférence d'Alma-Ata, qui a eu lieu en 1978, rassemblait des représentants sanitaires d'une centaine de pays industrialisés et en voie de développement. L'objectif principal de ce rassemblement était d'établir un cadre de référence permettant de répondre aux besoins sanitaires des populations des pays en voie de développement et d'améliorer l'efficacité des interventions dans ce domaine. Cela a permis de faire la synthèse des

différentes expériences novatrices en matière d'organisation des systèmes de santé dans les pays en voie de développement. Un nouveau concept a alors été abordé : **les soins de santé primaires**. Celui-ci est apparu comme la stratégie idéale pour permettre d'offrir l'accès aux soins de santé essentiels à l'ensemble de la population des pays en développement. Les responsables politiques présents se sont engagés à la restructuration des systèmes de santé sur la base de cette nouvelle stratégie afin d'atteindre « la santé pour tous en 2000 ». Il s'agissait de la première étape dans le changement des systèmes de santé. Cette nouvelle notion prenait en compte l'origine multisectorielle du problème de la santé et l'importance de l'engagement individuel et collectif des populations dans l'amélioration de leur état de santé.

Ce nouveau concept a marqué considérablement l'évolution de la santé publique dans les pays en voie de développement. (12)

### I.3. L'évolution de l'aide internationale :

La croissance économique mondiale et les progrès spectaculaires dans le domaine de l'hygiène et de la médecine, ont des effets considérables sur l'état de santé des populations, mais principalement dans les pays industrialisés et auprès des populations favorisées. A l'inverse, la situation sanitaire dans les pays pauvres s'améliore très lentement et les inégalités s'aggravent.

La communauté internationale est consciente de cette situation et ces dernières décennies, on a vu se développer des stratégies volontaristes pour accélérer l'état de santé des populations. (16)

Selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), l'aide internationale publique et non publique affectée à la santé a quadruplé depuis 1990, et s'élevait en 2007 à plus de 20 milliards de dollars.

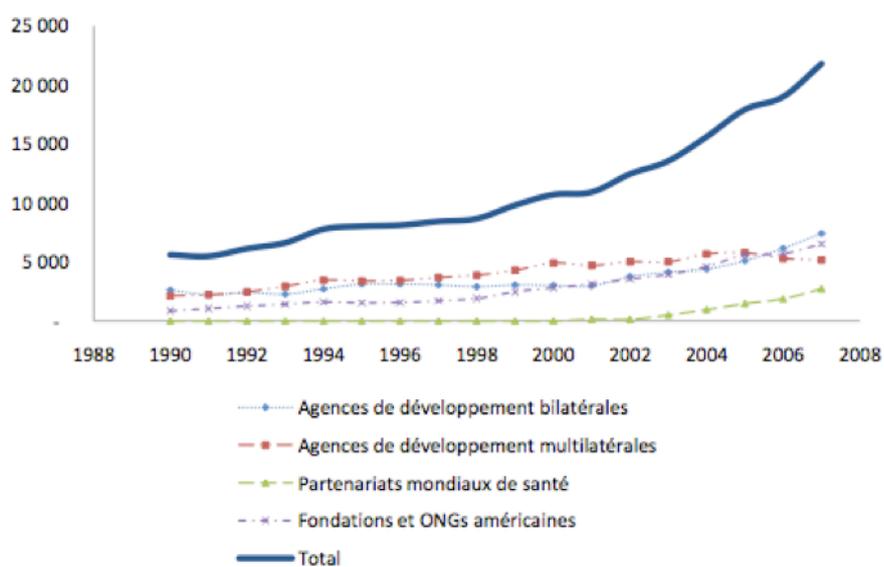
Toujours selon les données de l'IHME (2009), en 2007, environ un tiers de l'aide étrangère attribuée à la santé provenait du secteur privé américain.

La plus grande partie de l'assistance à la santé est néanmoins de source publique.

Selon l'IHME, en 2007, plus d'un tiers de l'aide à la santé provenait d'agences de

développement bilatérales, le reste provenant des Nations Unies (15%), de la Banque Mondiale (5%), de la Commission Européenne (2%) et des Banques Régionales de Développement (2%). Il s'agit principalement de flux financiers (60%), mais aussi d'aide en nature (dons de médicaments et marchandises ou assistance technique, services, gestion et recherche). (17)

La figure 6 montre l'évolution de l'aide sanitaire internationale dans le monde.



Source : IHME 2009

**Figure 6** Évolution de l'aide internationale à la santé dans le monde, en millions de dollars américains de 2007. (Source IHME 2009) (17)

#### I.4. Le recul de l'aide sanitaire française :

Alors que le monde entier s'investit davantage auprès des pays en voie de développement, on observe un désengagement progressif de la France concernant l'aide sanitaire.

En effet, à partir de 1980, la coopération sanitaire française se transforme radicalement. La France remplace l'assistance technique de substitution par une assistance technique d'accompagnement et diminue ainsi brutalement le nombre de coopérants d'assistance technique sur le terrain. (15)

La coopération sanitaire française, qui représentait 50% de l'assistance technique mise à disposition des pays en développement par les pays industrialisés, rejoint progressivement les stratégies internationales et perd petit à petit sa place de premier contributeur, même au sein des pays francophones. (15) Avec 9,3 milliards d'euros d'APD en 2011, la France reste le quatrième contributeur mondial après les Etats-Unis, l'Allemagne et le Royaume-Uni en ce qui concerne le développement de manière générale. (18) Cependant, elle a diminué considérablement la part de l'APD consacrée au secteur de la santé. (19) De fait, seulement 4% de l'aide publique française au développement sont affectés à la santé contre 11% en moyenne pour les autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). (15)

Alors que l'aide bilatérale est encore très ancrée dans le domaine de l'éducation, l'action de la France en faveur du secteur de la santé privilégie le multilatéralisme, en finançant des organismes internationaux. Cela se retrouve notamment à travers de fortes contributions aux fonds verticaux spécialisés tels que le Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. (18)

Le fait de privilégier la voie du multilatéral au détriment de l'aide bilatérale dans le domaine sanitaire a des conséquences néfastes en ce qui concerne la présence technique et humaine sur le terrain. Ceci est d'autant plus dommageable, que l'expertise de la France dans ce domaine est mondialement reconnue. Ce choix a également pour résultat un manque de visibilité de l'action française du point de vue des pays en voie de développement, puisque l'aide française se fond à l'aide internationale. Ils y voient alors un désengagement de notre pays. (19)

## I.5. Le problème de l'efficacité de l'aide :

L'augmentation de l'aide à la santé ne suffit pas à résoudre les défaillances sanitaires de la plupart des pays d'Afrique. En effet, les populations de deux états présentant des dépenses de santé comparables peuvent avoir des niveaux de santé très différents et inversement. Par exemple, en Ethiopie, l'espérance de vie est de 50 ans pour des dépenses de santé de 20 dollars par habitant alors qu'en Ouganda elle est de 49,5 ans pour des dépenses de santé de 75 dollars par habitant.

Pour que l'aide internationale apportée soit optimale, il faudrait également se préoccuper de l'efficacité dans l'utilisation des fonds et de vérifier s'ils respectent le principe d'équité.

Tout d'abord, il conviendrait de savoir si l'aide est utilisée dans un domaine où elle a un impact maximal sur les conditions de santé. On remarque qu'il faudrait davantage évaluer le rapport coût efficacité des différentes actions de santé publique qui sont financées par ces budgets. En effet, la distribution de l'aide aux fardeaux des différentes maladies est déséquilibrée. (Tableau 2) Par exemple, les fonds destinés à la lutte contre le VIH/SIDA, qui représentent 30% de l'aide totale, concernent moins de 6% du fardeau de maladie. (20)

Type de maladie	Années en bonne santé perdues, 2001 (milliers)	Part du fardeau d'années en bonne santé perdues (%)	Aide extérieure affectée directement ou non au type de maladie
Maladies infectieuses (hors MST et VIH/SIDA)	327407	23.6	20.8
MST et VIH/SIDA	80173	5.8	28.5
Problèmes de santé maternelle et périnatale	115494	8.3	19.8
Déficiences nutritionnelles	29564	2.8	3.8
Maladies non contagieuses	678842	48.9	22.1
Blessures	155945	11.2	5.1
<b>Total</b>	<b>1387426</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : MacKellar (2005).

**Tableau 2** Fardeau des différentes maladies comparé à l'aide publique au développement destinée à lutter contre ces maladies, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. (20)

Le problème est donc que l'aide ne correspond pas toujours aux priorités de santé des gouvernements bénéficiaires.

De plus, les initiatives actuelles sont de plus en plus tournées vers l'approche verticale. Cependant, les programmes ciblant un objet particulier, n'intègrent pas leurs actions dans le système de santé du pays. Or, il est nécessaire de mener des réformes au sein du système de santé dans son ensemble pour obtenir des résultats satisfaisants.

On observe un manque de coordination des différents intervenants de l'aide entre eux et avec les gouvernements bénéficiaires, ce qui entrave également l'efficacité des actions menées. Les différents acteurs du secteur de la santé, publics, associatifs ou privés, et nationaux ou étrangers, devraient travailler en partenariat, afin de contribuer ensemble au renforcement du système de santé du pays.

## **II. Les acteurs de l'aide bucco-dentaire internationale :**

### **II.1. L'Organisation Mondiale de la Santé :**

L'OMS dirige et coordonne, dans le domaine de la santé, des actions internationales au sein du système des Nations Unies.

Le but de l'OMS est de combattre la maladie et de permettre aux populations et aux communautés de vivre sainement. (21)

Elle a pour objectif de : (22)

- diriger l'action sanitaire mondiale
- définir les programmes de recherche en santé
- fixer des normes et des critères
- présenter des options politiques fondées sur des données probantes
- fournir un soutien technique aux pays
- suivre et apprécier les tendances en matière de santé publique.

#### **II.1.1. Rôles de l'OMS pour la santé bucco-dentaire :**

La menace posée par les maladies « non transmissibles » et le besoin de fournir des réponses de santé publique urgentes et efficaces amène à la formulation d'une stratégie globale pour la prévention et le contrôle de ces maladies, approuvée en 2000 par la 53ème assemblée de l'OMS. La priorité est donnée aux maladies, incluant les maladies buccales, qui sont liées par les facteurs de risque communs en rapport avec le style de vie et que l'on peut prévenir. (21) L'un des principaux axes de la stratégie mondiale de l'OMS est de diminuer le risque d'exposition aux principaux facteurs de risque. La prévention des maladies bucco-dentaires doit être intégrée à celle des maladies chroniques et s'inscrire dans une véritable démarche de promotion de la santé. (23)

L'OMS agit alors en permettant le renforcement des capacités au niveau national et local, afin d'organiser et de mettre en place des programmes de santé bucco-dentaire. (23)

Le cadre des actions de l'OMS en matière de santé buccale est établi par les 4 stratégies

suivantes (21) :

- Réduire le fardeau des maladies bucco-dentaires et les incapacités, principalement chez les populations pauvres et marginalisées.
- Promouvoir un style de vie sain et réduire les facteurs de risque des maladies dentaires qui viennent de causes mentales, économiques, sociales et comportementales.
- Développer des systèmes de santé bucco-dentaires qui améliorent équitablement les résultats en matière de santé buccale, qui répondent aux demandes légitimes des populations et qui sont financièrement justes.
- Encadrer des politiques de santé bucco-dentaires basées sur l'intégration de la santé buccale dans les programmes de santé nationaux et communautaires et promouvoir la santé buccale comme un facteur de développement efficace.

### II.1.2. Rôle de l'OMS pour la santé bucco-dentaire dans les pays en voie de développement :

Le challenge actuel des pays en voie de développement est d'offrir les soins de santé bucco-dentaire essentiels aux populations dans le cadre du programme de santé primaire. Cela consiste à s'adapter aux besoins de santé basiques de la population et à assurer des soins dentaires primaires, tout en renforçant le travail communautaire de proximité.

Plus de 20 ans après son adoption largement répandue, la stratégie de santé pour tous à travers les soins de santé primaires n'est pas encore complètement implantée. Dans beaucoup de pays, les ressources et capacités nationales (humaines, financières et matérielles) sont toujours insuffisantes pour assurer la disponibilité et l'accès à un service de santé de qualité pour les individus et populations. Ceci est d'autant plus vrai dans les communautés défavorisées. (21)

Dans ce contexte, l'action de l'OMS auprès des populations défavorisées des pays en voie de développement s'avère alors plus que jamais primordiale. Son programme supporte le développement des services de santé bucco-dentaire en fonction des besoins du pays. Le travail de réorienter les services de santé bucco-dentaire vers la prévention et la promotion de la santé buccale est effectué en collaboration avec les bureaux régionaux et les bureaux de

l’OMS de chaque pays. (21)

L’OMS fournit les supports techniques et politiques pour permettre aux pays d’intégrer la promotion de la santé orale à la promotion de la santé générale.

Le développement de programmes pour la santé bucco-dentaire dans les pays ciblés se concentre sur : (21)

- Identification des déterminants de la santé, et mise en place de mécanismes afin d’améliorer les interventions qui promeuvent la santé buccale.
- Mise en œuvre de projets de démonstration communautaire pour la promotion de la santé buccale, principalement pour les groupes de populations pauvres et désavantagées.
- Planification et évaluation de programmes nationaux de promotion de la santé buccale.
- Développement des méthodes et outils pour l’analyse des processus et résultats des interventions de promotion de la santé orale comme part des programmes de santé nationaux.
- Etablissement de réseaux et d’alliances pour renforcer les actions nationales et internationales de promotion de la santé buccale. L’accent est placé sur le développement de réseau pour permettre l’échange d’expériences entre les pays. L’OMS publie une base de données dans laquelle on retrouve les enseignements tirés de ces expériences. Cela constitue les fondements des politiques de santé bucco-dentaire. (23)

L’OMS propose également des conseils techniques pour la mise en place de systèmes intégrés de surveillance de la santé bucco-dentaire. (23)

## II.2. Les ONG dentaires :

### II.2.1. Généralités sur les ONG dentaires :

Les Organisations Non Gouvernementales sont des « Structures d'origine privée sans but lucratif, indépendantes financièrement et politiquement, orientées vers le bien publique. »

Le secteur dentaire est souvent considéré comme mineur par rapport aux grandes maladies dont souffrent les populations démunies et il est par conséquent généralement oublié des aides internationales bénévoles, qui sont davantage orientées vers d'autres parties de la médecine. (24)

#### II.2.1.1. Classification et évolution des ONG dentaires :

On peut dire qu'il existe habituellement plusieurs étapes dans la vie d'une ONG (Tableau 3).

Le début de l'activité d'une ONG se fait généralement autour d'une intervention d'urgence, durant laquelle des bénévoles agissent pendant une courte durée et sur un site défini.

Ensuite, on observe souvent une deuxième étape plus réfléchie, durant laquelle l'ONG prend compte de l'importance du développement local, et de l'éducation des professionnels sur place, pour qu'ils puissent eux même contribuer à l'amélioration de la situation locale et assurer une action pérenne.

La troisième étape, plus rarement mise en pratique, correspond à la mise en œuvre d'un partenariat local avec coopération, et intégration plus approfondie de l'action entreprise au système de santé du pays.

Parfois, certaines ONG sont conscientes du contexte sanitaire mondial et connaissent les objectifs de l'OMS pour la santé bucco-dentaire ainsi que les objectifs du millénaire pour le développement. Elles ont alors une action encore plus adaptée, qui va permettre un renforcement des capacités locales et un accompagnement des structures locales. Leur rôle est alors de superviser les actions.

La plupart des ONG dentaires se situent entre les deux premières générations, selon le

système décrit par Korten et al. (24)

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

**Tableau 3** Classification et évolution des ONG – modifié selon Korten et al. (24)

### II.2.1.2. Un manque d'expérience du volontariat, une particularité des ONG dentaires :

Il existe de plus en plus d'ONG dans le secteur médical et celles-ci, grâce à l'expérience acquise depuis des années, sont maintenant de très bonne qualité. Elles rassemblent des professionnels de très haut niveau et sont socialement responsables et transparentes financièrement.

Cependant le cas des ONG spécialisées dans le domaine bucco-dentaire est bien différent. Les particularités de ce domaine sont les suivantes :

- Un secteur peu développé :

Tout d'abord, il faut rappeler que le secteur est assez peu développé. On compte, en effet, uniquement 500 ONG qui s'occupent de la santé dentaire dans le monde, alors qu'il y a au total 50 000 ONG médicales. D'autre part, les ressources financières de la majorité des ONG sont limitées.

- Un manque de sérieux :

Ensuite, le degré de professionnalisme de ces ONG, en termes d'organisation, formation des volontaires, expertise, contrôle de qualité, évaluation et durabilité par exemple, est souvent très bas. (25)

- Reproduction du système des pays industrialisés:

La dentisterie est un domaine qui fait appel à de nombreuses connaissances techniques.

C'est pourquoi beaucoup d'ONG agissent en exportant les technologies dentaires complexes dans les pays en voie de développement afin de proposer des soins curatifs aux populations. Mais cette approche de l'humanitaire est très en retard par rapport aux tendances actuelles. (26)

- Un manque d'outils de référence :

Dans l'idéal, toutes les interventions des ONG devraient s'appuyer sur la science et l'expertise. Mais malheureusement, c'est rarement le cas en ce qui concerne les ONG dentaires. En effet, il existe peu de recherche dans le domaine des ONG dentaires et presque aucune documentation concernant les aspects sociologiques, économiques, organisationnels liés à l'aide dentaire. C'est pourquoi les ONG dentaires possèdent peu d'outils de référence, leur permettant de monter des projets valables. (24, 26)

- Peu de travail en réseau :

Dans l'idéal, les ONG devraient partager les informations, mettre en commun les idées, et s'entraider afin d'être le plus efficace possible. Mais dans la réalité, les ONG dentaires ne communiquent pas entre elles et travaillent dans l'isolement.

Contrairement aux autres ONG du secteur médical, qui élaborent souvent des alliances stratégiques, les ONG dentaires ont peu développé le travail en réseau. Elles coopèrent très peu entre elles ni avec les autres ONG médicales et sont très rarement en relation avec les ministères de la santé des pays. A tel point, que parfois elles ne connaissent pas les besoins réels et les conditions sur place. (26)

Ceci a également pour conséquences des phénomènes de compétition entre ONG, alors qu'elles devraient agir en étroite collaboration.

- Un défaut d'intégration aux communautés locales :

On note également un manque d'intégration aux communautés dans lesquelles elles mettent en place un projet, dû au défaut de partenariats avec les autorités locales. Cela conduit souvent à un échec des actions entreprises. (26)

Une enquête effectuée par la Fédération Dentaire Internationale<sup>1</sup> (FDI) en 2001-2002, démontre la faiblesse des ONG dentaire. Un questionnaire a été soumis à 214 ONG dentaires et les conclusions sont les suivantes : (24)

La plupart des ONG témoignent d'une bonne volonté, mais également d'un manque d'expérience et d'un manque d'expertise. De fait, pour 75% d'entre elles, leurs actions étaient menées en fonction de ce qui leur semblait être le meilleur. On compte plus d'1/3 des ONG qui se dispensent d'étude pilote et très peu évaluent leurs activités à posteriori.

Pour 80% des ONG, l'activité consiste uniquement à proposer des soins curatifs à l'exemple du modèle des pays développés. (24)

Il s'agit souvent pour les volontaires de vivre une expérience humanitaire enrichissante, mais ils sont très rarement formés pour gérer de manière durable des projets de santé et résoudre les véritables problèmes de santé bucco-dentaire des populations. C'est le défaut de professionnalisation dans ce secteur qui remet nettement en cause la pérennité de ce type de programme. (24)

En plus du manque d'expérience des volontaires, la plupart des ONG ne leur fournissent pas de directives précises. D'après cette même enquête de la FDI, il apparaît que 2/3 des ONG n'ont pas de plan stratégique et opérationnel. Les activités qu'elles entreprennent sont spontanées et ne sont parfois pas justifiées. (24)

### II.2.1.3. Les problématiques du volontariat international :

- Problème de pérennité des actions :

La plupart des ONG dentaires proposent des soins curatifs qui n'ont peu ou pas d'avantages à long terme sur les populations et ceci au détriment de la prévention et de la formation. Malgré les recommandations de la FDI et de l'OMS qui suggèrent une réorientation des actions des ONG afin d'obtenir des résultats plus satisfaisants, le type de volontariat pour la plupart des ONG dentaires reste sensiblement le même. (27)

Dans la majorité des cas, les volontaires agissent sur une durée de quelques semaines et

---

<sup>1</sup> Cf chapitre II.2.2.1 La FDI p.48

pratiquent des extractions pour soulager la douleur immédiate des personnes qui bénéficient des soins. Ce modèle de volontariat basé sur des soins dentaires directs sur le terrain pose des problèmes de couverture et de durabilité. En effet, les actions sont limitées dans le temps, le nombre de personnes bénéficiant des soins est donc réduit et la continuité des soins représente un problème majeur de ce type d'action.

- Une pratique dentaire différente :

De plus, les volontaires n'ont généralement pas d'expérience de la pratique dentaire en dehors de leur milieu habituel de travail, à savoir des cabinets dentaires modernes et bien équipés. En arrivant dans un pays en voie de développement, ils doivent faire face à de nouveaux défis tels que les différences sociales, de climat, la barrière de la langue etc. et doivent exercer dans des conditions de travail hostiles. Souvent ils n'ont pas bénéficié des conseils nécessaires et partent avec leurs concepts sur la santé bucco-dentaire qui peuvent sembler inopportuns dans un contexte de pays en voie de développement. (27)

- Un manque de stratégie évident :

A cela s'ajoute le manque de stratégie, et le manque d'expertise préalable et d'évaluation des actions menées.

Dans beaucoup de pays en voie de développement l'offre en soins bucco-dentaires est faible, particulièrement dans les zones rurales. Au lieu de travailler pour renforcer le système de santé local, des ONG dentaires agissent souvent de manière isolée et ne tentent pas de s'intégrer au système. Il s'agit donc d'une action parallèle et qui de plus est généralement gratuite. Ceci peut entraîner une dévaluation du système de santé local existant, et peut également lui faire de la concurrence. Les actions peuvent alors avoir un effet inverse au résultat voulu.

Les activités des ONG contribuent également à la dépendance des pays, en incitant les communautés à compter sur une aide extérieure plutôt que de développer leur propre système de soins efficace. (27)

C'est pourquoi on s'interroge de plus en plus sur les bénéfices réels à long terme sur la communauté locale des efforts déployés par les ONG dentaires. Les recommandations de santé publique actuelles, telles que le prônent les agences de développement du monde entier,

sont davantage tournées vers des types de volontariat qui développent et renforcent le système de santé local.

Une ONG qui agit bien dans ce sens est la Health Volunteers Overseas (HVO), basée aux Etats Unis. Cette organisation promeut la santé buccale dans les pays en voie de développement à travers l'éducation et la formation. Son but est que les volontaires partagent leur savoir et forment des professionnels de santé locaux qui pourront eux même continuer le travail sur place et donc avoir une action au long terme. Des actions de prévention sont organisées, mais également des actions de soins en partenariat intense avec les acteurs de santé du pays, à savoir les dentistes locaux ou les étudiants. (24, 28)

La santé bucco-dentaire a été reconnue comme un droit essentiel de l'homme. Les ONG doivent donc agir selon un principe fondamental : celui d'atteindre un niveau de santé dentaire optimal pour tous.

Pour atteindre cet objectif, une profonde réorientation stratégique des ONG dentaires et du volontariat s'avère primordiale afin d'améliorer l'impact de leurs actions sur la santé bucco-dentaire au niveau international. Il faut insister pour que leurs programmes et leurs projets soient plus efficaces, durables, intégrés et acceptés par communautés locales, en choisissant des interventions qui vont au-delà du modèle traditionnel de l'approche curative. (25, 26)

#### II.2.1.4. Le Paquet Minimum d'Activités, une référence pour les ONG dentaires :

Les ONG dentaires ont malgré tout un rôle important à jouer pour la santé dentaire dans le monde. C'est pourquoi l'OMS a établi des recommandations sur la base d'approches scientifiquement reconnues, sous forme d'un Paquet de Minimum d'Activités (PMA), issu du concept de Soins de Santé Primaire. L'idée est de fournir les soins bucco-dentaires basiques les plus urgents dont ont besoin les populations. Ce PMA constitue les directives à suivre par les volontaires qui agissent dans les pays en voie de développement. Cela a pour objectifs de permettre une évolution vers des actions plus adaptées et une amélioration notable du niveau de santé dentaire de la population. (26)

Le PMA dans le domaine bucco-dentaire est basé sur les trois caractéristiques

principales suivantes: (26)

- Promotion de la santé bucco-dentaire et accessibilité à un dentifrice fluoré.
- Traitement des urgences dentaires: le soulagement de la douleur est la principale demande des populations. Cela comprend également les premiers soins pour les infections et les traumatismes dento-alvéolaires, et le référencement des cas complexes.
- Traitement Restaurateur Atraumatique (ART). Cette approche ne nécessite ni instruments rotatifs, ni eau courante, ni électricité. Pour les caries de la dentine, elle consiste en un curetage des cavités en utilisant des instruments manuels. Les cavités sont obturées avec un matériau de restauration adhésif libérant du fluor (habituellement un ciment verre ionomère).

Environ dix ans ont passé depuis que le concept de PMA a été développé et depuis il est devenu évident que, quand les ressources sont limitées, l'accent doit être placé prioritairement sur le traitement des urgences dentaires et la prévention. (27)

## II.2.2. Cas particulier de deux ONG ayant un rôle très important dans la santé bucco-dentaire :

### II.2.2.1. La Fédération Dentaire Internationale :

La Fédération Dentaire Internationale (FDI) est l'une des plus anciennes organisations professionnelles de santé du monde. Elle a été fondée à Paris en 1900, dans le but de « promouvoir l'éducation dentaire ».

Actuellement, la FDI est constituée de plus de 190 associations dentaires nationales de plus de 130 pays, représentant plus d'un million de chirurgiens-dentistes dans le monde.

La FDI est une organisation non gouvernementale qui entretient des relations officielles avec les Nations-Unies (ONU) et l'OMS. Elle est domiciliée à Genève en Suisse. (29)

#### La FDI a 4 missions principales :

- Etre le porte-parole mondial, autorisé et indépendant de la profession dentaire.
- Promouvoir une santé bucco-dentaire et générale optimale pour tous les peuples.
- Encourager l'intérêt des associations membres et de leurs membres.
- Faire progresser et favoriser l'éthique, l'art, la science et la pratique de l'odontologie, grâce au transfert des informations.

Cinq comités permanents sont chargés d'assurer ces différentes missions. (29)

#### Actions de la FDI dans les pays en voie de développement :

Un des cinq comités de la FDI permet la promotion de la santé dans les pays à faibles et moyens revenus. Il s'agit du Comité de Développement Dentaire Mondial et de Promotion de la Santé (WDDHPC). Il est chargé de la gestion du fonds de développement dentaire mondial.

Ce fonds est financé grâce aux dons individuels de particuliers, mais également issus des membres d'associations dentaires nationales et de partenaires industriels. Le but est de financer des projets innovants permettant de promouvoir la santé bucco-dentaire, principalement dans les pays en voie de développement. (30)

La FDI intervient ainsi à trois niveaux afin de promouvoir le développement d'une santé bucco-dentaire mondiale pour les communautés et les populations défavorisées: (29)

- Au niveau local : Des projets à caractère local sont mis en place en Amérique Latine, en Asie et en Afrique, en coopération avec les associations membres de la FDI et les organisations non-gouvernementales. Ils sont financés par des subventions du Fonds de développement dentaire mondial de la FDI.
- Au niveau national : La FDI soutient les gouvernements et d'autres organisations grâce à l'élaboration, la formulation et la mise en place de politiques globales de promotion de la santé bucco-dentaire appropriées.
- Au niveau mondial : La FDI a également établi des partenariats mondiaux notamment avec l'OMS, avec qui elle collabore de manière intense et avec d'autres organismes de l'ONU et les professions et organisations de santé. Tout cela dans le but de contribuer à l'amélioration de la santé bucco-dentaire au niveau mondial.

La FDI a également établi un partenariat commercial avec la société Unilever Oral Care. Il s'agit du programme « Live, Learn, Laugh ». Ce partenariat unique a pour but d'améliorer l'éducation et la promotion de la santé bucco-dentaire dans le monde entier.

#### II.2.2.2. L'Aide Odontologique Internationale :

L'Aide Odontologique Internationale (AOI) est née il y a 30 ans, au moment de la mouvance des professions médicales à créer l'Aide Humanitaire, selon le principe du « droit à la santé » pour tous. La création de l'AOI est donc issue de la volonté de quelques chirurgiens-dentistes français d'agir dans des orphelinats au Cambodge, à la suite du génocide. (31)

Depuis, l'AOI est devenue une ONG qui contribue à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations défavorisées. En 30 ans, l'association a évolué. (32)

Au départ, les chirurgiens-dentistes de l'AOI aidaient par des actions principalement techniques et thérapeutiques. Des premières missions de soins ponctuelles ont été organisées en Afrique ou en Asie. Le but était d'apporter de l'aide en soignant des populations pauvres,

rurales, nomades ou réfugiées, qui ont généralement peu d'accès aux soins. En parallèle, des actions d'éducation à la santé bucco-dentaire dans les écoles sont organisées, ainsi que des actions de réhabilitation ou de création de cabinets dentaires. (31)

Mais des questionnements concernant la qualité et l'accessibilité des soins, la pertinence du service rendu et le problème de pérennité des actions apparaissent.

À partir de 1990, l'AOI se base sur le principe des soins de santé primaires en proposant la formation de personnels auxiliaires pour réaliser les soins dentaires essentiels, le but principal étant de soulager la douleur. Mais le problème de pérennité des actions se pose encore. C'est pourquoi l'AOI se concentre de plus en plus sur des approches de prévention des maladies bucco-dentaires.

En 2000, une nouvelle stratégie en rapport avec les consignes de l'OMS est établie. L'accent des activités de l'AOI est donc mis sur: (31)

- la promotion de la santé
- les différents moyens d'accès au fluor
- l'accès aux soins essentiels et de qualité des populations démunies
- le contrôle de l'infection

Aujourd'hui, on peut dire que l'AOI a acquis un savoir-faire reconnu grâce à ses différentes actions dans de nombreux pays. Elle apporte son soutien aux pays en jouant le rôle de « facilitateur ». Ainsi, elle accompagne des dynamiques locales en élaborant des partenariats avec des acteurs locaux et en leur permettant de mener à bien leurs projets. Elle travaille en réseau et agit donc main dans la main avec les différents acteurs concernés : professionnels, universitaires, institutionnels, mais elle est également en lien avec les nombreux acteurs intervenant dans les pays en voie de développement (autres ONG, FDI, OMS, Ministère des affaires étrangères etc.). (31)

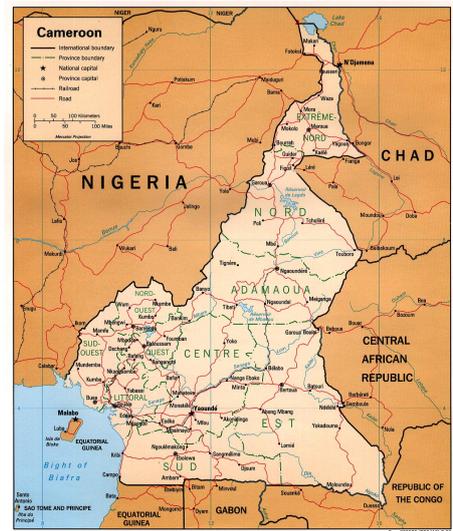
## **Partie 3 : L'aide bucco-dentaire internationale au Cameroun**

# I - Le Cameroun :

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale. Sa superficie est de 475 400 km<sup>2</sup> et sa population est évaluée à 19 millions d'habitants. (33, 34)



**Figure 7** Situation du Cameroun en Afrique



**Figure 8** Carte du Cameroun

D'après le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Cameroun était classé au 144<sup>ème</sup> rang mondial concernant l'Indice de Développement Humain (IDH), en 2004. (35) En 2005, son Produit intérieur brut (PIB) était de 12,5 milliards d'euros et son Produit national brut (PNB) de 760 euros par habitant. (35)

Depuis plus de 10 ans, la plupart des pays subsahariens traversent une crise économique importante. Le Cameroun n'échappe pas à ce phénomène et c'est pourquoi les dépenses sociales et notamment les crédits budgétaires de l'état alloués au secteur de la santé ont largement diminués ces dernières années.

## **II - La santé au Cameroun :**

### **II.1. La situation sanitaire en quelques chiffres :**

La population du Cameroun, qui ne cesse d'augmenter, compte de nos jours plus de 19 millions d'habitants. Il s'agit d'une population très jeune. En effet, en 2009, 41% de la population avait moins de 15 ans. (34)

D'après les données de l'OMS, en 2009 : (34)

- l'espérance de vie à la naissance était de 51 ans en moyenne
- l'indice de fécondité (ISF) était de 4,5 enfants par femme
- la mortalité des enfants de moins de 5 ans était de 154 pour 1000.
- les principales causes de décès étaient le paludisme, les maladies infectieuses, la malnutrition et le sida.
- 5,3% de la population était infectée par le VIH
- le taux d'analphabétisation était de 34% et touchait principalement les femmes.
- l'urbanisation était en pleine augmentation, avec plus de la moitié de la population (58%) qui vivait en zone urbaine.
- seulement 74% de la population avait accès à l'eau potable.

*« Globalement les indicateurs de santé se sont améliorés depuis les années soixante. Cependant, les objectifs fixés par la conférence d'Ama Alta et la déclaration en faveur des soins de santé primaires, la santé pour tous en 2000, n'ont pas été atteints au Cameroun, comme dans la plupart des pays en développement ». (33)*

## II.2. Le système de santé camerounais :

### II.2.1. Le financement de la santé :

Au Cameroun, le financement des soins est assuré par trois sources: (33, 36)

- le budget de l'état (à travers le Ministère de la santé publique)
- la communauté (lors du paiement direct des soins)
- et l'aide extérieure (avec la coopération bilatérale et multilatérale, les ONG et les entreprises privées.)

En ce qui concerne le financement de la santé, l'OMS préconise une dépense globale de santé correspondant à 10% du budget national du pays. Cependant au Cameroun, en 2008, seulement 5% du budget national était alloué à la santé, ce qui est très peu. Il en résulte un manque d'organisation et d'efficacité du système. (33, 34)

Au Cameroun, il n'existe pas de système d'assurance maladie, c'est pourquoi la gratuité des soins n'existe pas dans ce pays : le patient paye directement son médecin et il n'est pas remboursé. Dans certains cas, les sociétés privées prennent en charge les frais de maladies de leurs employés, mais ceci est très rare. (33)

Le tarif des soins est variable suivant le type d'établissement : public ou privé, à but lucratif ou non. Mais souvent, les honoraires sont trop élevés et une grande partie de la population n'a pas accès aux soins. Le recours à la médecine traditionnelle et à la sorcellerie est une réalité dans ce pays. De plus, on assiste à de nombreuses pénuries de médicaments et également à de multiples phénomènes de corruption autour du domaine de la santé. (33)

## II. 2. 2. L'organisation du système de santé :

### II. 2. 2. 1 Le secteur privé :

Dans le secteur privé, on trouve : (33, 36, 37)

- **la médecine traditionnelle** : qui est bien développée au Cameroun, en particulier l'usage des plantes médicinales. Les populations ont souvent recours à cette médecine, surtout en zones rurales et chez les populations pauvres. Ceci est dû aux coûts élevés des soins médicaux et des médicaments modernes. Selon le Rapport sur le Développement Humain du PNUD de 1998, parmi les personnes en situation précaire se déclarant malades au Cameroun, seulement 36,1% ont effectué des consultations dans une structure formelle contre 24,2% auprès d'un tradipraticien. (36)
- **Les ONG** qui proposent des services de soins à but non lucratif et agissent en couvrant partiellement ou entièrement le secteur de la santé. L'intervention de l'ensemble des ONG se fait généralement à travers des activités de sensibilisation et formation des pairs.
- **Les organisations religieuses**, qui sont très répandues au Cameroun et possèdent plusieurs centaines d'établissement de soins. Le secteur privé confessionnel est composé essentiellement des Eglises catholique et protestante qui assurent 43% des services de santé offerts dans le pays.
- **Les cabinets médicaux privés** sont très répandus au Cameroun surtout en zone urbaine. En 2000, le secteur privé comptait 78 médecins généralistes sur les 658 que compte le pays, 78 cliniques et polycliniques, 101 cabinets médicaux et dentaires et, 23 cabinets de soins.

### II. 2. 2. 2. Le secteur public :

Le Cameroun est composé de provinces, elles-mêmes divisées en districts de santé, divisés en aires de santé.

Dans le secteur public, les services de soins sont organisés sur 3 niveaux : (33, 37)

- **Au niveau local**, dans chaque aire de santé, on trouve des centres de santé dans lesquels travaillent principalement des infirmiers assurant des soins de santé de base et de la prévention.

- **Dans chaque district**, on trouve un hôpital d'une capacité de 100 à 150 lits et au moins un médecin.
- **Dans chaque province**, on trouve des hôpitaux de plus de 200 lits avec des services spécialisés et des médecins spécialistes.

En 1993 le Cameroun adoptait une nouvelle stratégie en matière de politique sanitaire appelée la “**RéOrientation des Soins de Santé Primaires**” (REOSSP).

Cette politique, basée sur le concept et les principes de l'Initiative de Bamako (cf annexe), a pour objectifs : (36)

- d'accélérer la mise en place des soins de santé primaires (SSP) accessibles à tous,
- de décentraliser vers les districts le pouvoir décisionnel de gestion des SSP,
- de promouvoir la gestion décentralisée des ressources communautaires, afin que les fonds collectés restent sous le contrôle de celles-ci,
- de promouvoir la participation financière de la communauté aux dépenses de santé à tous les niveaux du système de santé,
- d'assurer un soutien financier substantiel du gouvernement aux SSP, par une augmentation du budget national alloué à la santé,
- de définir une politique des médicaments essentiels allant de pair avec l'extension des SSP et,
- d'assurer l'accessibilité des SSP aux plus pauvres grâce à des exemptions ou des subventions.

De nos jours, ce plan a été actualisé avec la mise en œuvre de la **Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015** (SSS 2001-2015), en vue de l'atteinte des Objectifs Millénaires pour le Développement (OMD) en 2015. (36, 38) (Tableau 4)

N°	OBJECTIFS	N°	CIBLES	INDICATEURS
1	Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	2.	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	4. Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale 5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
4	Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	5.	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 14. Taux de mortalité infantile 15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
5	Améliorer la santé maternelle	6.	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
6	Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies	7	D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation de la contraception 20. Nombre d'enfants orphelins du SIDA
		8	D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe
7	Assurer un environnement durable	10.	Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre	30. Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau meilleure
		11.	Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	31. Proportion de la population urbaine ayant accès à un meilleur système d'assainissement
8	Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	17.	En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	46. Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable

**Tableau 4** Les OMD liés à la Santé, cibles et indicateurs. (38)

Une réglementation semble nécessaire pour encadrer les différentes pratiques de prescriptions en médecine non-conventionnelles afin d'éviter des déviances et abus dus à une demande importante.

### **III. La coopération sanitaire au Cameroun :**

#### **III. 1. Le financement externe de la santé :**

Le Cameroun bénéficie d'une aide internationale concernant le financement de la santé. Ce secteur est financé à 20% par des partenaires extérieurs. Il s'agit d'une assistance principalement technique et financière. (39, 40) (Tableaux 5 et 6)

Il peut s'agir de la coopération multilatérale, bilatérale ou encore d'autres financeurs comme les ONG.

##### **III. 1. 1. La coopération multilatérale :**

L'aide multilatérale est majoritaire. Les principales agences multilatérales sont :

- les agences spécialisées du Système des Nations Unies, soit l'OMS, le Secrétariat ONUSIDA, le Programme Alimentaire Mondial (PAM), le PNUD, le FNUAP et l'UNICEF,
- l'Union Européenne (CEE),
- la Banque Mondiale (BM),
- la Banque Africaine de Développement (BAD),
- la Banque Islamique de Développement.,
- l'Organisation pour la Coordination de la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC).

##### **III. 1. 2. La coopération bilatérale :**

L'aide bilatérale est assurée principalement par :

- La coopération française avec l'Agence Française de Développement
- et la Coopération allemande (KfW, GTZ).

On retrouve également :

- L'Ambassade des Etats-Unis,
- La Coopération chinoise,
- La Coopération italienne,

- La Coopération canadienne,
- La Coopération Jura-Suisse,
- La Coopération japonaise,
- La Coopération belge.

La plupart de ces bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux participent à la mise en œuvre de la REOSSP qui sert actuellement de cadre d'intervention dans le secteur de la santé au Cameroun. (36)

BAILLEUR	PROVINCES	DOMAINES D'INTERVENTION
UNICEF	ADAMAOUA – CENTRE – EST – OUEST – SUD	Soins santé primaires (SSP), Initiative Bamako, consolidation projet SESA
Union européenne	CENTRE – EST – EXTREME NORD - OUEST	SSP
Banque mondiale	CENTRE – EXTREME NORD – LITTORAL - OUEST – SUD	Santé, fécondité, nutrition, santé urbaine
BAD	CENTRE – SUD	Etude de pré-investissement du secteur santé
FAC	CENTRE- LITTORAL – NORD-	Réhabilitation formations sanitaires, lutte contre maladies transmissibles et pathologies liées au développement, prévention/lutte contre SIDA, renforcement système de santé
AFVP	CENTRE	SSP
GTZ	LITTORAL – NORD OUEST- SUD OUEST	SSP, médicaments essentiels, maintenance biomédicale, santé reproductive adolescents, lutte contre SIDA et marketing social
Japon	CENTRE -	Equipements médico-sanitaires
Italie	EST – EXTREME NORD	SSP, soins curatifs
Conseil federal suisse	LITTORAL	SSP en milieu urbain avec accent sur aménagement districts sanitaires
Fondation helvétique	EXTREME NORD	Réorientation des SSP
Jura Suisse	CENTRE	SSP
Belgique	EXTREME NORD -	Appui institutionnel au MINSANTE aux niveaux central et périphérique
Chine	NORD	Assistance technique médicale et paramédicale, renforcement infrast. Sanitaires
Programme marketing social (PMSC)	CENTRE – NORD OUEST – SUD	Lutte contre les MST/SIDA
ONG IEY	ADAMAOUA	Lutte contre l'onchocercose et la cécité
ONG carter global	NORD	Lutte contre l'onchocercose et la cécité
Autres ONG	-	SSP, revitalisation des districts sanitaires, sensibilisation et formation

**Tableau 5** Domaines d'intervention des bailleurs de fonds au Cameroun (36)

Nom partenaire	Type de partenaire	Domaines et principaux types d'intervention	Aire d'intervention	Montant en Milliers de CFA
BAD/VEA	Multilatéral	Construction et équipement de 10 CSI.		1000.000
BAD/PASR	Multilatéral	Appui au programme national de la Santé et de la reproduction.	Ensemble du pays	2000.000
BAD/PDSS	Multilatéral	Appui au Programme national de développement du système de santé.	Ensemble du pays	2500000
Banque mondiale	Multilatéral	Appui institutionnel au MINSANTE, en matière de suivi/évaluation et de contractualisation, renforcement des Districts de santé, à travers le renforcement de la demande.	Ensemble du pays	3 500 000
BID	Multilatéral	Construction et équipement du Centre national des urgences ;Construction et équipement des Hôpitaux de District et d'une dizaine de CSI.		6000.000 10.000.000
OCEAC	Multilatéral	Lutte contre les grandes endémies et recherche.	Ensemble du pays	221 000
ONUSIDA	Multilatéral	Appui technique au CNLS, notamment, en matière de planification, de suivi, d'évaluation et de mobilisation des ressources.	Ensemble du pays	100 000
PAM	Multilatéral	Appui à la prise en charge nutritionnelle des réfugiés et des populations sinistrées, formation des personnels et appui logistique en cas de catastrophe	Régions du Centre, Extrême Nord, Nord, littoral	100 000
PNUD	Multilatéral	Appui à la préparation du SWAP santé, appui aux organisations des PVVIH, élaboration des politiques, suivi des OMD et de la Déclaration de Paris.	Adamaoua	150 000
UNFPA	Multilatéral	Fistules obstétricales, Réponses humanitaires, Santé de la reproduction, exécuté par le projet BAD, Santé de la reproduction/Maternité sans risque, Santé de la reproduction des jeunes adolescents, Extension du projet Fistules obstétricales - Appui à la préparation du SWAP santé.		1000.000
UNICEF	Multilatéral	Programme santé de la mère et de l'enfant (Survie du jeune enfant - Nutrition - Promotion de la santé), Appui à la préparation du SWAP santé.		2.000.000

<b>Coopération bilatérale :</b>				
Agence française pour le Développement	Bilatéral	Renforcement du système de santé appui institutionnel.	Régions septentrionales	20 000 000
Ced/KFW/GTZ	Bilatéral	Financement des infrastructures de santé et des équipements médicaux, dans le cadre du Programme de réhabilitation de quatre hôpitaux régionaux et assimilés.	Nord Ouest, Sud Ouest et littoral	1.200.000
Ced/KFW/GTZ	Bilatéral	Programme d'amélioration des Soins de santé primaire	Nord Ouest, Sud Ouest et littoral	300.000
Ced/KFW/GTZ	Bilatéral	Programme d'appui au Programme de la Santé et de la reproduction.	Nord Ouest, Sud Ouest et littoral	270.000
Coopération canadienne	Bilatéral	Appui à la lutte contre le VIH/sida.	Dans l'ensemble du pays	437 500
Coopération chinoise	Bilatéral	Construction et équipement de l'Hôpital Gynéco obstétrique et pédiatrique de Douala, d'une capacité de 300 lits.Mobilisation de 45 assistants techniques médicaux et para médicaux ; mobilisation de 15 ingénieurs biomédicaux.Création de d'un Centre national de recherche sur le Paludisme, à HGOPY Yaoundé.Offre d'une cinquantaine de formations, en Chine, avec prise en charge du séjour par l'Etat camerounaisConstruction d'un immeuble pour AT Chinois.	Douala	5.000 000
			Yaoundé	250.000
			Ensemble du pays	300.000
				250.000
	600.000			
Coopération technique belge	Bilatéral	Appui au renforcement du système de santé et à la lutte contre le VIH/sida.	Extrême-Nord	312 500
FAO	Bilatéral	Appui à la prise en charge nutritionnelle des réfugiés et des populations sinistrées ; formation des personnels et appui logistique, en cas de catastrophe.	Ensemble du pays	50 000
GTZ	Bilatéral	Appui à l'extension des Fonds spéciaux de promotion de la santé, dans les 7 régions.	7 régions	300.000
ITALIE	Bilatéral	Appui en assistance technique, en équipement et en consommables du CIRCB.Renforcement des institutions de recherche, contrôle du paludisme.	Fondation Chantal Biya	1 500 000
				75 000
Service de Coopération et d'Action culturelle (France)	Bilatéral	Financement des hôpitaux ; - Environnement et santé ; - Surveillance épidémiologique (SE).	Ensemble du pays	692 000
USA-Gouvernement du Cameroun	Bilatéral	Lutte contre la grippe aviaire, le VIH/sida et promotion de la recherche.	Ensemble du pays	150 000
<b>Organisations Non gouvernementales :</b>				
ALES	ONG	Lutte contre la lèpre, l'ulcère de Buruli et la tuberculose ; appui logistique ; réhabilitation socio-économique des handicapés de la lèpre et de l'ulcère de Buruli.	Centre, Ouest, Adamaoua	850000750 000
CARE Cameroon	ONG	Financement des organismes de la société civile qui fournissent des interventions communautaires, dans le cadre de la prise en charge des PVVIH et appui technique.	Ensemble du pays	500 000
PLAN Cameroun	ONG	Prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, survie et développement intégré du jeune enfant	Est, Centre et Nord-ouest	250 000
- - -				
Service néerlandais de Volontariat (SNV)	ONG	Appui au programme eau et assainissement.	Ensemble du pays	28 000
SIGHT FIRST	ONG	Appui à la lutte contre l'Onchocercose.		100 000
<b>Autres organismes de financement :</b>				
FONDS MONDIAL de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme	Fonds	Appui à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.	Ensemble du pays	<b>12 000 000</b>
Fonds OPEP	Fonds	Construction et équipement de l'Hôpital de Sangmélina.	Sangmélina	5 000 000
Global Alliance for Vaccine and Immunization	Fonds	Renforcement du système de santé et de l'achat, du conditionnement et du transport aérien des vaccins.	Ensemble du pays	3 000.000

**Tableau 6** Principaux partenaires, domaines d'intervention et financements au Cameroun.  
(40) **arranger netteté et équivalent euros.**

### III. 1. 3. Autres financeurs: (40)

De nombreuses ONG interviennent essentiellement dans la mise en œuvre de programmes de santé.

Le pays bénéficie également des appuis importants de différents mécanismes de financement notamment :

- le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM),
- l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI),
- le Fonds OPEP<sup>2</sup> pour le Développement International (OFID).

### III. 1. 4. Nature de l'aide apportée : (39)

L'aide apportée par ces partenaires externes consiste essentiellement en :

- un appui budgétaire,
- et/ou un appui institutionnel (suivi-évaluation, renforcement des districts de santé),
- et/ou la construction, l'équipement et la maintenance des infrastructures sanitaires,
- et/ou la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé.

---

<sup>2</sup> Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole.

### III. 2. Actions de l'OMS au Cameroun :

La coopération de l'OMS avec le Cameroun, est régie par l'Accord de base signé respectivement, le 5 novembre 1962, à Brazzaville et le 8 décembre 1962, à Yaoundé.

Pour mettre en place ses activités de coopération, l'OMS compte un effectif total de 37 personnes, comprenant 12 administrateurs de programmes et 25 agents administratifs et d'appui. (41)

Le but de l'OMS, comme la plupart des autres partenaires, est de relever des défis qui vont permettre d'améliorer la santé de la population camerounaise.

Ces dernières années, le partenariat entre l'OMS et le Cameroun a permis d'atteindre un certain nombre de résultats concernant l'amélioration du système de santé camerounais. Il est à noter le renforcement du leadership du ministère de la Santé auprès de ses partenaires, et l'amélioration de l'image de marque de l'Organisation auprès du Gouvernement et des partenaires du secteur de la santé. Cependant, le budget du Bureau de l'OMS au Cameroun est limité et certaines interventions n'ont pas pu être mises en œuvre et certains objectifs n'ont pas été atteints. (41)

Actuellement, la coopération de l'OMS avec le Cameroun se base sur la stratégie sectorielle de santé actualisée (2001-2015), qui définit deux défis majeurs pour la santé: (41)

**-renforcer le système de santé de district;**

**-assurer la mise en œuvre adéquate des programmes de santé devant permettre d'atteindre les OMD relatifs à la santé.**

Ce texte définit également les objectifs qui vont permettre d'atteindre ces défis, comme par exemple la réduction des niveaux de mortalité maternelle, infantile et néonatale. On note que rien n'est noté sur la santé orale.

## **IV. Les aides bucco-dentaires internationales au Cameroun :**

### **IV. 1. La santé bucco-dentaire au Cameroun :**

Au Cameroun, comme dans la plupart des pays d'Afrique, la prévalence des caries dentaires augmente et ceci principalement dans les zones urbaines, où l'on observe une modification du régime alimentaire qui est de plus en plus riche en glucides. (42)

Or, dans ce pays, il n'existe pas de programme national de prévention bucco-dentaire. En effet, le domaine bucco-dentaire ne représente pas une priorité pour le pays et les rares programmes d'éducation à la santé bucco-dentaire sont organisés par les ONG ou le milieu religieux. (37)

Le nombre de dentistes au Cameroun ne permet pas de couvrir les besoins en soins dentaires de la population. En 2010, on comptait 147 dentistes pour tout le pays, soit un dentiste pour 100 000 habitants (contre 41 799 dentistes soit 1 dentiste pour 1470 habitants, en France). (34) De plus, les cabinets dentaires sont concentrés dans les zones urbaines au détriment des zones rurales.

D'autre part, la majorité de la population n'a pas les moyens de payer les soins (qui ne sont pas remboursés) et viennent généralement consulter en cas d'urgence et de douleur aiguë.

### **IV. 2. Un projet pilote à Sangmelima :**

En 1989, le Cameroun a donné de nouvelles directives quant à sa politique de mise en œuvre des soins de santé primaire. Celle-ci insiste sur la mise en place de districts de santé, la participation communautaire et l'intégration des soins de santé primaires. (37)

Au départ, les soins bucco-dentaires n'étaient pas intégrés dans ce programme. En vue de leur intégration dans le paquet minimum d'activité du district de santé, le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a accordé un soutien au Ministère de la Santé Publique du Cameroun pour financer la mise en place d'un projet pilote dans le district de Sangmélina

(Province du Sud du Cameroun). Celui-ci visait à évaluer pour la première fois dans le pays, l'efficacité de la mise en place d'un système de prévention et de soins au sein du district. (37, 43)

Ce projet pilote d'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins de santé primaires au niveau du district de santé de Sangmélima avait pour vocation d'être étendu à l'ensemble des districts de santé du Cameroun, afin d'atteindre les OMD.

Le but était de : (43)

- Former les agents de santé et les maîtres d'école aux méthodes et techniques de prévention
- Former les agents de santé locaux à examiner la bouche des patients pour dépister les lésions précoces et à référer les malades aux services spécialisés
- Former les agents de santé à la prise en charge et au traitement des lésions précoces
- Mettre en place des conditions permettant aux communautés de tirer pleinement partie des capacités de prévention des maladies bucco-dentaires
- Organiser des campagnes régulières dans la communauté pour effectuer des examens buccaux et repérer les affections afin qu'elles soient traitées
- Mettre au point localement et gérer un système de financement de soins de santé bucco-dentaire
- Concevoir et faire diffuser par les enseignants et les agents de santé, les messages concernant l'hygiène bucco-dentaire aux enfants et aux parents.

Cependant, à ce jour, le programme n'a toujours pas vu le jour à l'échelle nationale. Nous n'avons pas trouvé d'évaluation post intervention de ce projet lors de nos recherches.

### IV. 3. La Coopération Cameroun-Jura-Suisse



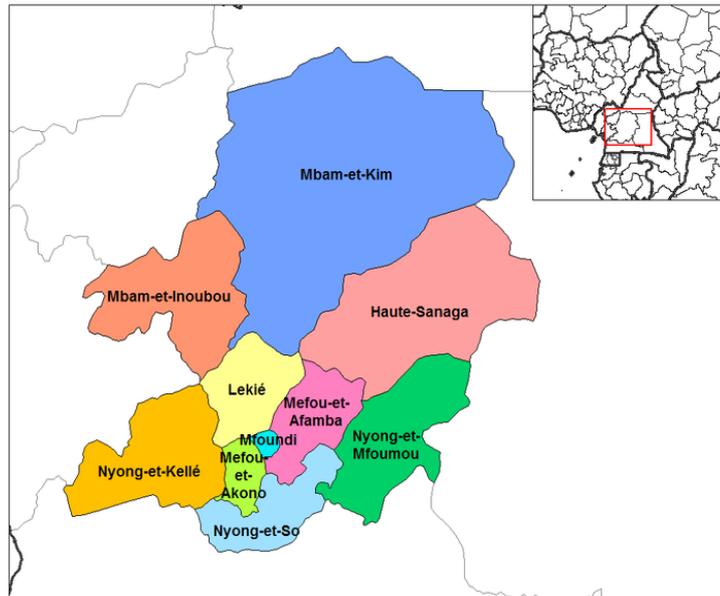
**Figure 9** La coopération Cameroun-Jura-Suisse basée à l'hôpital de la ville de Mfou.

#### IV. 3. 1. Un projet de santé axé sur les SSP:

La coopération Cameroun-Jura-Suisse date de 1991. Elle s'effectue à partir du travail conjoint des différents porteurs de projets qui sont : (44, 45)

- le Ministère de la Santé Publique du Cameroun
- La République et le Canton du Jura
- La République et le Canton de Genève (depuis 2002)
- La Fondation Coopération Afrique (depuis 2000)
- Et l'Université de Genève

La zone d'intervention regroupe 8 districts partagés entre le département de la Méfou et Afamba et le département de la Lékié, dans la Province du Centre du Cameroun.



**Figure 10** La Province du Centre du Cameroun

L'objectif global de cette coopération est l'amélioration de la santé générale des populations de la zone d'intervention, en portant l'accent sur les plus démunis, dans le respect de la politique sanitaire du pays. (45)

La stratégie mise en place consiste en un appui de la mise en œuvre des soins de santé primaires. (44)

L'approche horizontale a été choisie dans la mesure où cela permet des résultats importants et durables grâce à un renforcement du système de santé dans sa totalité. (45)

Le financement des actions est issu : (44)

- à 25% de la coopération
- à 25% du recouvrement local (prix des soins)
- à 50% de l'état camerounais

À l'époque du début de la coopération, en 1992, le système sanitaire camerounais présentait beaucoup de faiblesses. (44) On ne trouvait pas de médicament dans les hôpitaux, car il n'y avait pas de système de pharmacie. Le Centre National de Médicaments Essentiels (CNME) n'existait pas encore et on achetait les médicaments en Hollande. Mais avec la crise de 1988 : l'état n'avait plus les moyens d'acheter des médicaments.

Les formations sanitaires présentaient de nombreux défauts d'infrastructure des bâtiments et d'équipement et on y trouvait des problèmes d'hygiène, d'assainissement et de gestion des ordures hospitalières. L'accès à l'eau était rare.

Dès 1994, la coopération a mené de nombreuses actions afin d'améliorer le système de santé dans la zone d'intervention. Au départ, le projet n'intéressait pas le domaine de la santé-buccodentaire.

De nombreuses analyses sur diverses années montre que le système de santé dans le département de la Méfou est devenu performant grâce à la mise en place, jusqu'à aujourd'hui, des activités suivantes : (44, 45)

- Rénovation et construction des infrastructures sanitaires
- Assainissement des hôpitaux et des centres de santé grâce à la mise en place de pompes à eau, latrines, fosses à ordures.
- Équipement des hôpitaux et des centres de santé en matériel médical tel que les stérilisateurs, instruments techniques etc.
- Approvisionnement en médicaments essentiels. En 1994, des pharmacies ont été mises en place dans le département de la de Méfou, qui était alors la seule zone du Cameroun où l'on pouvait trouver des médicaments dans les hôpitaux. Plus tard en 1996, le ministère a pris exemple sur cette zone pilote pour instaurer le CNME et donc étendre l'accès aux médicaments à tout le pays.
- Développement de la participation communautaire dans les activités de santé. En insistant sur la participation communautaire, l'objectif est de permettre une meilleure implantation des projets dans la population en renforçant les actions au niveau local, par la création des comités de santé et le biais de délégués de santé (représentants des villages).
- Prévention par l'éducation axée sur les règles d'hygiène de base, la vaccination, le planning familial, le paludisme, les MST etc.
- Formation du personnel de santé et création de manuels dans le but d'une mise à jour des connaissances.
- Mise en place d'un système de gestions des ressources décentralisé, avec une budgétisation établie par chaque district, dans le but d'une gestion transparente des ressources. Suites aux excellents résultats obtenus, l'état camerounais a étendu ce processus à tous les districts du Cameroun en 2007.
- Programme de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles (hypertension

artérielle, diabète, maladies mentales, maladies bucco-dentaires etc.), grâce à la formation et à l'équipement des formations sanitaires.



**Figure 11** La pompe à eau de l'hôpital de Mfou

Notons que le ministère de la Santé Publique a pris exemple sur la zone pour étendre certaines mesures à tout le pays. Cela montre l'approche de pérennisation du partenariat pratiqué par le Jura-Suisse depuis 1991 au Cameroun. (45)

Le but actuel de la coopération est de consolider les améliorations apportées dans la zone d'intervention et d'introduire de nouveaux programmes axés sur les aspects de santé qui ont été délaissés lors des dernières actions. (45)

#### IV. 3. 2. Intégration de la coopération bucco-dentaire dans le programme :

En 2001, la Coopération Cameroun-Jura-Suisse a mis en œuvre un nouveau volet visant à améliorer le système de santé bucco-dentaire. Ce projet, qui est écrit en partenariat avec la Section de Médecine Dentaire de l'Université de Genève, est basé à l'hôpital de district de la ville de Mfou. Il s'agit d'une ville d'environ 15 000 habitants à 30 km de Yaoundé.

Ce programme de santé bucco-dentaire, qui est intégré dans le projet de santé plus large axé sur les soins de santé primaire, comporte deux volets, l'un axé sur les soins, l'autre sur la prévention. (42, 44, 37)

Ce projet pilote a pour vocation de s'étendre par la suite à une zone plus large du Cameroun, avec la collaboration de l'Etat camerounais.

##### IV. 3. 2. 1. Volet curatif : (42)

En septembre 2001, une unité de soins dentaires a été installée dans l'un des bâtiments de l'Hôpital de Mfou. Auparavant, l'accès aux soins était très difficile pour les habitants de Mfou. Il fallait se rendre à Yaoundé pour trouver le cabinet dentaire le plus proche.

L'unité de soins est équipée avec du matériel offert par l'université de Genève, qui est adapté pour prodiguer des soins dentaires de base. Le personnel soignant, composé d'une assistante dentaire et d'un technicien dentaire<sup>3</sup>, est camerounais et dépend de l'hôpital.

Les soins dispensés sont à la charge du patient. Toutefois, il s'agit d'un prix forfaitaire à l'acte, quelque soit sa complexité. Le matériel consommable utilisé (gants, carpules d'anesthésie etc.) est également à la charge du patient. Les prix sont moins élevés que dans la plupart des structures du Cameroun, afin de permettre l'accès aux soins à une plus grande partie de la population.

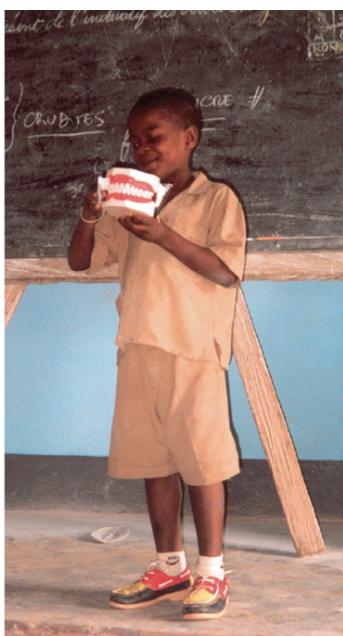
---

<sup>3</sup> Les techniciens dentaires sont des techniciens médico-sanitaires spécialisés en odontologie. Ils sont formés pour assister les dentistes, mais en raison du très faible nombre de dentistes au Cameroun, les techniciens dentaires prennent souvent la fonction de dentiste.

La plus grande partie de l'activité consiste en des soins d'urgence et des extractions. Cependant on peut observer une évolution croissante vers des traitements globaux avec assainissement et réalisation d'actes conservateurs.

#### IV. 3. 2. 2. Volet préventif :

Le volet prévention cherche à sensibiliser les enfants aux problèmes de la santé bucco-dentaire.



**Figures 12 et 13** Séances de prévention réalisées par la Coopération Cameroun-Jura-Suisse

Une étude préliminaire a été réalisée à cet effet dans la population scolaire primaire de Mfou afin d'évaluer le niveau de santé bucco-dentaire des enfants et de connaître leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire. Cette étude montre que la grande majorité des enfants possèdent une brosse à dents, mais l'utilisent de manière inefficace et insuffisante. De plus, seulement la moitié des enfants utilisent le dentifrice en complément lors du brossage. La prévalence de la gingivite atteint 58,6% et celle de la carie 70,9%. Ces résultats montrent que l'état de santé bucco-dentaire de ces enfants est préoccupant et que les habitudes d'hygiène sont inadéquates. (37) **âge**

C'est en partant de ce constat qu'il a été décidé de mettre en place un programme de

promotion de l'hygiène bucco-dentaire dans la population scolaire du district. (figures 12 et 13)

Dès novembre 2002, des campagnes de prévention dans douze écoles de la ville de Mfou et des villages environnants ont été mises en place. En 2004, le projet de prévention s'est étendu aux trois écoles d'Ekali, village situé à 20 km de Mfou. (42)

Le programme s'appuie à la fois sur les structures scolaires (écoles primaires), où les enseignants doivent assurer un rôle de formateur, mais également sur les clubs-santé. Il s'agit de structures de dialogue entre l'équipe de santé et la communauté scolaire. Chaque école du secondaire et du lycée a un club-santé. (42)

Les objectifs principaux du programme sont : (42)

- Donner des informations sur la carie dentaire, ses causes, les facteurs la favorisant, le traitement et la prévention.
- Modifier les habitudes en matière d'alimentation.
- Enseigner les mesures d'hygiène bucco-dentaire.
- Faire connaître l'unité de soins et les soins dispensés.

Les résultats obtenus dans les écoles semblent satisfaisants. En effet, les connaissances théoriques des enfants semblent bien acquises. Cependant, l'application des règles d'hygiène bucco-dentaire enseignées est plus longue à mettre en place et l'utilisation du dentifrice n'est pas encore assez popularisée. (5)

En 2003, la population adulte à travers l'association des parents d'élèves a été intégrée au programme de formation pour maximiser les effets de la prévention. En effet, les acteurs du projet ont observé que malgré les connaissances théoriques des enfants, ils étaient confrontés dans leurs foyers à l'autorité des parents qui les contredisaient dans la manière de procéder à l'hygiène bucco-dentaire et cela constituait un obstacle important à l'assimilation du message de prévention. (9, 5)

#### IV. 3. 2. 3. Bilan et perspectives:

Le bilan du programme de santé bucco-dentaire développé par la coopération Cameroun-Jura-Suisse semble être un succès, même s'il peut être amélioré, tant pour la part préventive que curative.

La perspective actuelle est de consolider la prévention dans les écoles partenaires du projet et d'ouvrir un nouveau cabinet dentaire dans la ville de Soa, mais pour le moment les possibilités de financement sont limitées.

Dans l'avenir, il s'agira également d'élargir le programme à toutes les écoles de la zone de coopération Cameroun-Jura-Suisse et d'étendre la prévention à la population adulte. (42)

#### IV. 4. Association humanitaire La Dent du Bonheur :

L'association La Dent du Bonheur a vu le jour en décembre 2009. Elle a été créée par des étudiants<sup>4</sup> en chirurgie dentaire à l'université de Toulouse Paul Sabatier, tous désireux de partager une expérience humanitaire dans le cadre d'une association. Conscients du problème de santé publique que représentent les maladies bucco-dentaires à travers le monde, nous avons décidé d'agir à notre échelle au niveau national et international dans le but de mener à bien des projets de prévention buccodentaire et à terme de soins auprès de populations défavorisées.

##### IV. 4. 1. Les objectifs de l'association :

L'objet social de l'association est défini par différents pôles d'activité :

- Action en France :
  - Prévention : sensibilisation aux questions relatives à l'hygiène bucco-dentaire et sanitaire auprès de jeunes (écoles primaires, collèges).
  - Orientation : informer les collégiens et lycéens des modalités de poursuites d'étude en médecine ou chirurgie dentaire, en partenariat avec d'autres associations, dans le but de créer des liens entre jeunes et professionnels.
- Action à l'étranger :
  - Prévention : sensibilisation aux questions relatives à l'hygiène buccodentaire et sanitaire auprès de populations concernées.
  - Soins : suite à l'acquisition des diplômes respectifs, il s'agira d'offrir des soins humanitaires aux populations locales.
  - Formation : établir des liens entre la France et les structures d'accueil à l'étranger (échange interuniversitaire, stage, collaboration) dans le but d'acquérir une expérience professionnelle et à terme former des praticiens sur place.

---

<sup>4</sup> Marion Bigorgne, Cécile Perez, Anaïs Beduz et Emelyne Chonville.

Pour ses actions à l'étranger, l'association a choisi comme zone d'intervention le Cameroun, avec pour cible les **enfants des orphelinats et des villages de brousse**.

L'objectif global est d'apporter une aide bucco-dentaire extérieure, dans le respect des politiques sanitaires du Cameroun.

A l'heure actuelle, les activités de l'association La Dent du Bonheur au Cameroun sont axées essentiellement sur les volets curatifs et préventifs, le volet formation faisant partie des perspectives d'avenir.

#### IV. 4. 2. Les différentes missions réalisées :

##### IV. 4. 2. 1. Une première mission de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire en 2010 :

Une première mission a été réalisée au Cameroun en juillet 2010<sup>5</sup>. Cela consistait en une campagne de prévention bucco-dentaire et de dépistage des caries.

Dans le cadre de cette action humanitaire, nous avons organisé des journées de prévention des maladies bucco-dentaires dans différentes structures des villes de Mbalmayo, Yaoundé, Bafoussam et Douala et villages de Kouma et Obala.

• Les structures partenaires de l'association étaient les suivantes :

- Village d'Enfants SOS et autres orphelinats de la ville de Mbalmayo
- Diocèse de Mbalmayo
- Ecole du village de Kouma
- Ecole du village d'Obala
- Centre d'Accueil de l'Espoir à Yaoundé
- Centre CENSEFORD à Douala
- Institut bilingue Moyopo à Bafoussam
- Orphelinat de la fondation ANAWIN YAHWE

---

<sup>5</sup> L'équipe était formée d'étudiants de la Faculté de chirurgie dentaire de Toulouse : Marion Bigorgne, Cécile Perez, Anaïs Beduz, Emelyne Chonville, Camille Cazala et Laure Amourette, mais également d'étudiants à l'École Supérieure d'Audiovisuel de Toulouse : Benjamin Perez et Guillaume Brandois, qui ont réalisé un documentaire sur l'association.

-

- Le programme de ces journées de prévention reposait sur :

- un enseignement théorique sur les thèmes de la dent, des habitudes alimentaires et du brossage,
- une mise en pratique organisée grâce à des ateliers ludiques et interactifs,
- un dépistage de caries dentaires.



**Figures 14 et 15** Campagnes de prévention organisées par l'association La Dent du Bonheur.

Des méthodologies différentes ont été élaborées en fonction du niveau de compréhension de chaque enfant.

Les éducateurs ont également été intégrés au programme de prévention afin de renforcer le message. Le personnel des centres a donc pris part aux enseignements, de manière à posséder toutes les informations nécessaires pour continuer à agir au quotidien, pour que l'action soit pérenne.

Les résultats des dépistages ont été communiqués aux responsables des structures pour une prise en charge rapide des enfants qui nécessitaient des soins d'urgence.

A chaque étape, l'association a été épaulée par les responsables des centres pour l'encadrement des enfants.

Des liens solides ont été établis avec les structures partenaires de l'association. Les responsables ont montré un grand intérêt pour le projet et ont été très attentifs au discours. Ils se sont engagés à perpétuer l'objectif de prévention en continuant à diffuser le message aux enfants et en aidant l'association pour l'organisation des prochaines actions.

Cette première mission a servi de repérage pour les prochaines, afin de perfectionner l'élaboration de notre projet final au Cameroun. En effet, cela a permis de mettre en évidence les failles dans l'organisation du projet afin de progresser et d'améliorer le message de prévention. Cette première approche de la réalité sur le terrain nous a donné les moyens d'agir au mieux en connaissance de cause, et en répondant aux demandes réelles des populations.

#### IV. 4. 2. 2. Création d'une unité de soins dentaires mobile en 2011 :

Une deuxième mission de l'association La Dent du Bonheur a été effectuée en août 2011. Elle consistait en une campagne de prévention bucco-dentaire, mais aussi de soins dentaires auprès des enfants défavorisés du pays, grâce à la création et la mise en place d'une unité de soins dentaires mobile.



**Figure 16** L'unité de soins dentaires mobile

#### IV. 4. 2. 2. 1. Pourquoi une structure mobile :

Nous avons longuement réfléchi aux différentes possibilités de prodiguer des soins dentaires dans ce pays et une solution est apparue comme la meilleure : celle de créer une sorte de cabinet dentaire itinérant qui pourra se déplacer lui-même vers les populations visées.

Ce choix s'est fait tout d'abord parce que les structures avec lesquelles l'association a établi des contacts solides se trouvent dans plusieurs régions du Cameroun. Il était ainsi difficilement envisageable de privilégier un centre parmi les autres en s'installant près de celui-ci dans une structure fixe. Il était également inconcevable de créer de la concurrence avec les cabinets dentaires existants dans la ville où le cabinet fixe aurait été installé. De plus, il aurait été difficile de limiter l'action à la population cible des projets. Les bénévoles se seraient vus dans l'obligation morale de prodiguer des soins gratuits à l'ensemble des personnes qui en auraient besoin, et ceci n'apparaissait absolument pas gérable pour l'association.

C'est pourquoi nous avons opté pour la création d'un fauteuil itinérant, c'est-à-dire l'installation d'un cabinet dentaire dans une camionnette avec le strict nécessaire pour réaliser des soins d'urgence et de restauration dentaire. La réhabilitation prothétique est, au moins dans un premier temps, exclue de l'activité.



**Figure 17** L'équipe organise les soins

#### IV. 4. 2. 2. 2. Les préparatifs en amont:

- Les démarches en France

Les premières étapes ont été la diffusion du projet (projection du film sur La Dent du Bonheur, aménagement du site internet de l'association, organisation de soirées), afin de motiver d'autres bénévoles à s'engager au sein de l'association

Ensuite, nous avons réalisé une collecte de fonds (ventes de gâteaux, recherche de partenaires, demandes de subventions) dans le but de trouver tous les financements nécessaires à la réalisation du projet.

Nous avons également mis en place une collecte de matériel (solicitation des laboratoires pharmaceutiques et dentaires, dépose d'annonces sur internet pour dons de particuliers etc.), le but étant de posséder suffisamment de médicaments, de matériels de soins (fauteuil, stérilisation, tube radio graphique petit matériel consommable et instruments stérilisables) et de prévention (kits de brosses à dents et dentifrices).

Nous avons dû également procéder à l'achat du camion. Le camion devait posséder des caractéristiques suivantes : conducteur permis B, 4X4, volume suffisant pour intégrer le fauteuil, hauteur 2 mètres, aménagement possible avec arrivée d'eau et électricité.

Après de longues recherches, nous avons trouvé une ancienne ambulance de l'armée allemande Mercedes 508 D qui répondait parfaitement aux critères.

Ensuite, nous avons installé le matériel dans l'ambulance pour créer le cabinet mobile. Pour des raisons pratiques, l'installation a été effectuée à Paris où une société d'installation de matériel dentaire ASS DENTAIRE a travaillé bénévolement.

**Photos**

Enfin, nous avons envoyé le cabinet mobile au Cameroun par bateau depuis la Belgique via une société de transport maritime. L'ambulance n'étant pas immatriculable en France, nous avons dû solliciter une société de transport routier pour le déplacement jusqu'à Bruxelles.

- Les démarches au Cameroun

Avec Cécile Perez, nous sommes arrivées au Cameroun un mois avant le reste de l'équipe afin de permettre l'organisation du projet sur place.

Les démarches effectuées étaient les suivantes :

-Exonération de douanes : demandes faite au ministère des finances et à la Direction des douanes de Yaoundé. Nous avons obtenu l'autorisation plus d'un mois après la demande.

-Autorisations de soins : demandes faites au ministère de la santé du Cameroun et au médecin du district de santé de Mbalmayo. Ces autorisations nous ont été accordées assez facilement.

-Organisation avec les structures d'accueil : principalement avec l'ONG *Village d'Enfants SOS*

-Démarches de dédouanement et récupération du camion au port de Douala. Cette partie était la plus difficile, car l'administration camerounaise est très compliquée.

-Accueil de l'équipe soignante.

À cause de la complexité des démarches de douanes (exonération et dédouanement), nous avons eu un retard d'une semaine et demi au total. La campagne de soins qui devait durer un peu moins de 3 semaines a donc été réduite à une semaine.

#### IV. 4. 2. 2. 3. Le déroulement de la mission 2011:

Cette mission a été très importante pour l'association, car elle constituait le démarrage d'un nouvel axe pour les futures missions, avec l'intégration des soins dans le projet. Elle avait toujours pour population cible les enfants des centres, écoles et orphelinats du Cameroun.

L'équipe était composée d'étudiants et de dentistes venus de France<sup>6</sup>, ainsi que d'étudiants à l'université dentaire de Yaoundé.



**Figure 18** L'équipe de soin dans l'Unité de soins dentaires mobile

- Les objectifs étaient les suivants :
  - Continuer la prévention et la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des enfants des structures partenaires,
  - Mettre en place l'unité de soins dentaires mobile et dispenser des soins dentaires auprès de ces mêmes enfants,
  - Etablir des liens avec des dentistes locaux, afin que l'action puisse devenir à terme pérenne et autonome au Cameroun.

---

<sup>6</sup> L'équipe venue de France était composée d'étudiants de la Faculté de chirurgie dentaire de Toulouse : Marion Bigorgne, Cécile Perez, Heba El Wash, Claire Gomez et d'étudiants de la Faculté de chirurgie dentaire de Montpellier : Mathieu Barrière et Maxime Puig.

Le retard causé par le passage aux douanes, ne nous a pas permis d'effectuer l'itinéraire prévu avec le cabinet mobile (soit la visite de l'ensemble des structures partenaires de l'association.) Faute de temps, nous avons dû limiter nos actions. C'est pourquoi nous avons choisi d'effectuer l'ensemble de nos interventions au sein de l'orphelinat Village d'Enfants SOS de Mbalmayo (ONG). Des navettes mises à disposition de l'ONG ont permis d'amener chaque jour dans cette structure d'accueil, des enfants des villages alentours qui ont pu également bénéficier des services des bénévoles.

- Les principales activités menées par La Dent du Bonheur ont été les suivantes :
  - Présentation de l'équipe de La Dent du Bonheur
  - Jeux organisés par l'équipe pour établir le contact avec les enfants
  - Enseignement théorique et causeries éducatives
  - Mise en pratique grâce à des ateliers ludiques
  - Distribution de brosses à dents et dentifrices
  - Dépistage des maladies bucco-dentaires
  - Soins dans l'unité dentaire mobile

Un système de rondes permettait aux membres de l'équipe d'alterner entre des actions de soins et des séances de prévention.

Pour éviter les longues files d'attente des enfants désirant bénéficier des soins. Nous avons mené les actions de prévention et de soins simultanément. Pendant que certains membres de l'équipe s'occupaient de soigner une partie des enfants, le reste des bénévoles mettait en place des ateliers ludiques de prévention pour faire patienter les enfants.

-Les soins :

Des dépistages ont été effectués auprès des enfants. La grande majorité (90%) des enfants présentait des maladies bucco-dentaires.



**Figure 19** Dépistage des affections bucco-dentaires

Les enfants qui nécessitaient une prise en charge urgente ont été sélectionnés lors du dépistage. Ainsi, les bénévoles ont commencé par prendre en charge les enfants dont l'état bucco-dentaire était le plus alarmant, c'est à dire ceux qui possédaient des caries à un stade très avancé (type pulpite, abcès). C'est pourquoi les soins effectués le plus fréquemment étaient des avulsions dentaires.



**Figure 20** Avulsion dentaire dans l'unité de soins

Les enfants se sont montrés très coopérants. En effet, la plupart souffraient de douleurs dentaires quotidiennes, et attendaient d'être soulagés rapidement.

Au total, 300 enfants ont été dépistés et 150 enfants ont pu être soignés grâce à cette mission.

-La prévention :

La prévention est restée un point primordial des actions de l'association, car il apparaît évident que c'est en agissant en amont qu'on peut éviter la maladie et donc avoir une action la plus efficace possible.



**Figure 21 et 22** Les ateliers ludiques

L'association a donc continué les campagnes de prévention et de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire axées sur les mesures hygiéno-diététiques et les techniques de brossage favorisant la pérennité de l'ensemble de la cavité buccale. Des brosses à dents et dentifrices ont à nouveau été distribuées aux populations ciblées.

Les enfants ont été très réceptifs au message de prévention et ont participé activement aux ateliers.



**Figure 23 et 24** Les cahiers de coloriages réalisés par l'association

#### IV. 4. 2. 2. 5. Les difficultés rencontrées:

Globalement, on peut dire que la mission s'est bien déroulée, car nous avons réussi à mettre en place l'unité de soins dentaires mobile au Cameroun.

Les formalités administratives ont été parfois compliquées, notamment en ce qui concernait la demande d'exonération de douanes au Ministère des finances et le dédouanement au port de Douala, deux procédures qui demandaient un long délai de traitement. Malgré notre venue au Cameroun un mois avant le début de la mission pour effectuer toutes ces démarches, nous avons pris du retard sur le déroulement de la mission et nous avons dû annuler certains déplacements dans les structures partenaires de l'association.

Il faut savoir que l'organisation d'un tel projet demande beaucoup d'investissement de la part des bénévoles. En effet, il ne s'agit pas de se rendre sur place sans avoir rien préparé. L'année précédant la mission a été très intense pour nous car nous avons réalisé des démarches quotidiennes que ce soit pour trouver des financements, des partenaires, du matériel, construire le cabinet mobile etc. Tout cela représente beaucoup de travail et d'engagement au quotidien, ce qui aurait pu nous décourager, mais nous avons persévéré et sommes arrivés à notre but.

#### IV. 4. 2. 2. 6. Perspectives :

Le but de l'association est que cette unité de soins dentaires mobile soit active sur une longue période. Ce projet n'est pas une mission ponctuelle, mais bien réellement une mission de lancement d'un projet durable. A long terme, l'objectif est que tous les enfants des centres puissent être suivis de manière régulière, grâce à des missions annuelles organisées par La Dent du Bonheur. L'envoi régulier de dentistes sur place permettrait de faire fonctionner cette structure de soins.

L'association a établi un partenariat avec une association humanitaire locale Smile Cameroun, constituée de chirurgiens-dentistes camerounais qui prodigueront également des soins aux enfants des structures partenaires de l'association. Des étudiants en chirurgie dentaire de la faculté de Yaoundé souhaitent également continuer à s'investir et à s'unir à la cause de La Dent du Bonheur.

Dans l'avenir, il serait intéressant d'effectuer une évaluation de nos actions, afin de vérifier leur efficacité et d'avoir tous les outils au perfectionnement de notre projet.

# **Conclusion**

# Conclusion

La situation sanitaire et bucco-dentaire dans les pays en voie de développement et notamment dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, est préoccupante. Le Cameroun n'échappe pas à cette réalité.

L'amélioration des conditions de santé en Afrique devrait être une priorité des politiques de développement, puisque la santé de la population est une condition indispensable au développement du pays et à la réduction de la pauvreté.

Malheureusement, les gouvernements n'ont pas les ressources financières leur permettant de couvrir les besoins sanitaires minimums de la population et cela s'aggrave avec plusieurs facteurs tels que l'inflation, le remboursement de la dette des pays en voie de développement etc. C'est pourquoi l'aide internationale a un rôle à jouer pour aider les gouvernements à améliorer leur système de santé, et atteindre ainsi les Objectifs Millénaires pour le Développement relatifs à la santé.

L'aide financière extérieure contribue grandement à la réalisation de progrès sanitaires. Toutefois, les tendances actuelles se dirigent vers des programmes verticaux dont l'aide est affectée à un objet particulier, ce qui ne correspond pas forcément aux besoins des pays qui en bénéficient. Cette aide ne peut pas remplacer des réformes permettant l'amélioration du fonctionnement des systèmes de santé dans leur globalité. Les grands bailleurs de fonds, dont l'implication est de plus en plus forte, manquent de coordination et devraient contribuer davantage à la formation, à l'équipement et à la mise en place d'équipes sur le terrain.

Il serait nécessaire de mener des actions dirigées vers les populations défavorisées et pour ceci, l'idéal serait d'intégrer les soins buccodentaires dans les soins de santé primaire, grâce au renforcement du district de santé au Cameroun, par exemple. La coopération Cameroun-Jura-Suisse est un bon modèle d'aide extérieure ayant permis l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins de santé primaires et ayant induit un renforcement des capacités du système au niveau local.

L'aide internationale dans le domaine bucco-dentaire est peu développée mais tout de même

présente grâce au travail considérable de l’OMS, qui sert de référence quant aux actions à mener, tant pour les grandes organisations internationales et les partenaires bilatéraux que pour les structures associatives telles que la FDI, l’AOI ou encore des associations de moindre importance comme La Dent du Bonheur.

Chacun peut intervenir à son échelle, mais il est important que les actions menées répondent à un réel besoin des populations, qu’elles s’intègrent aux programmes des communautés de manière à renforcer le système de santé local, et que les différentes structures fassent preuve de coordination et agissent en étroite collaboration les unes avec les autres, le but final étant d’atteindre un niveau de santé dentaire optimal pour tous.

Il existe beaucoup de moyens d’aider, mais il y a trop peu de relation au territoire : il faudrait que les soins proposés correspondent à une réelle demande des populations. Le problème n’est pas le manque de possibilité d’aide, mais la véritable conscience de cibler juste.

Notre expérience dans ce domaine au sein de l’association humanitaire La Dent du Bonheur nous a montré que monter un projet d’aide bucco-dentaire internationale n’est pas facile, que cela demande un investissement au quotidien, mais que malgré les difficultés rencontrées, il faut persévérer.

# **Annexes**

## **Annexe 1 - Sigles:**

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population

**UNICEF** : Fonds International de Secours à l'Enfance

**PNUD** : Programme de Nations Unies pour le Développement

**UIT** : Union Internationale contre la Tuberculose

**BIRD** : Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement

**FMI** : Fonds Monétaire International

**FED** : Fonds Européen pour le Développement

**ONG** : Organisations Non Gouvernementales

**APD** : Aide Publique au Développement

**IHME** : Institute for Health Metrics and Evaluation

**SSP** : Soins de santé primaire

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique

**FDI** : Fédération Dentaire Internationale

**HVO** : Health Volunteers Overseas

**PMA** : Paquet Minimum D'activité

**ART** : Traitement Restaurateur Atraumatique

**ONU** : Organisation des Nations-Unies

**WDDHPC** : Comité de Développement Dentaire Mondial et de Promotion de la Santé

**AOI** : Aide Odontologique Internationale

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**PNB** : Produit National Brut

**ISF** : indice de fécondité

**REOSSP** : RéOrientation des Soins de Santé Primaires

**OMD** : Objectifs Millénaires pour le Développement

**PAM** : Programme Alimentaire Mondial

**CEE** : Communauté Européenne

**BM** : Banque Mondiale

**BAD** : Banque Africaine de Développement

**OCEAC** : Organisation pour la Coordination de la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale

**GFATM** : Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme

**GAVI** : Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination

**OPEP** : Organisation des Pays Exportateurs de pétrole

**OFID** : Fonds OPEP pour le Développement International

**CNME** : Centre National de Médicaments Essentiel

## **Annexe 2 – Explications de quelques notions:**

**Indice CAOD :** Indice du nombre de dents cariées, absentes ou obturées.

**Approche horizontale** (globale, systémique) : Stratégie basée sur l'organisation des soins et des services de sante (curatifs, préventifs, promotionnels) pour répondre à l'ensemble des problèmes de santé générale de la population.

**Approche verticale** (spécifique, ciblée) : Stratégie basée sur une ou plusieurs interventions dont une ou plusieurs des composantes sont exécutées en parallèle du système de santé et qui cible une population particulière (maladie ou risque spécifique).

**Soins de santé primaires** : “Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination » (OMS, Conférence d'Alma-Ata)

**Initiative de Bamako** : L'initiative de Bamako, lancée lors du regroupement des Ministres de la santé africains au Mali en 1987, est une réforme visant à restructurer la gestion des systèmes de santé, à travers une nouvelle stratégie impliquant un recouvrement des coûts et une participation communautaire.

**Objectifs Millénaires pour le Développement** : “Les objectifs du Millénaire pour le développement fixés par les Nations Unies sont au nombre de huit et l'ensemble des États Membres des Nations Unies ont convenu de s'efforcer de les atteindre d'ici 2015. Les dirigeants du monde entier se sont engagés à combattre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'encontre des femmes.” (OMS, site de l'OMS)

Les OMD dentaires sont les objectifs mondiaux dans le domaine de la santé bucco-dentaire à atteindre pour l'an 2000. Ils ont été reportés à 2015. Ces objectifs sont les suivants :

- Rendre le DCAO < 3 dents cariées, absentes et obturées chez les enfants de 12 ans,
- 85 % des adolescents de 18 ans doivent conserver toutes leurs dents,
- Réduire de 50 % le nombre des personnes édentées (et de 75 % celui de celles ayant 20 dents) chez les adultes âgés de 35 à 44 ans,
- Réduire de 25 % le nombre des personnes édentées (et de 50 % celui de celles ayant 20 dents) chez les sujets âgés de 65 ans et plus.

# **Index des illustrations**

# Index des illustrations

<b>Figure 1</b> Caries dentaires (indice CAOD moyen) chez les enfants âgés de 12 ans selon les bureaux régionaux OMS.....	p17
<b>Figure 2</b> La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans.....	p18
<b>Figure 3</b> La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les adultes de 35-44 ans .....	p18
<b>Tableau 1</b> Prévalence d'édentés totaux (%) chez les personnes âgées dans une sélection de pays.....	p20
<b>Figure 4</b> Cas de noma signalés dans le monde.....	p22
<b>Figure 5.</b> Evolution de la carie dentaire (indice CAOD) chez les enfants de 12 ans dans les pays développés et en développement .....	p26
<b>Figure 6</b> Évolution de l'aide internationale à la santé dans le monde, en millions de dollars américains de 2007.....	p34
<b>Tableau 2</b> Fardeau des différentes maladies comparé à l'aide publique au développement destinée à lutter contre ces maladies, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.....	p36
<b>Tableau 3</b> Classification et évolution des ONG .....	p42
<b>Figure 7</b> Situation du Cameroun en Afrique.....	p52
<b>Figure 8</b> Carte du Cameroun.....	p52
<b>Tableau 4</b> Les OMD liés à la Santé, cibles et indicateurs.....	p57
<b>Tableau 5</b> Domaines d'intervention des bailleurs de fonds au Cameroun.....	p59

<b>Tableau 6</b> Principaux partenaires, domaines d'intervention et financements au Cameroun .....	p 61
<b>Figure 9</b> La coopération Cameroun-Jura-Suisse basée à l'hôpital de la ville de Mfou.....	p66
<b>Figure 10</b> La Province du Centre du Cameroun .....	p67
<b>Figure 11</b> La pompe à eau de l'hôpital de Mfou .....	p69
<b>Figures 12 et 13</b> Séances de prévention réalisées par la Coopération Cameroun-Jura-Suisse .....	p71
<b>Figures 14 et 15</b> Campagnes de prévention organisées par l'association La Dent du Bonheur .....	p76
<b>Figure 16</b> L'unité de soins dentaires mobile .....	p 77
<b>Figure 17</b> L'équipe organise les soins.....	p78
<b>Figure 18</b> L'équipe de soin dans l'Unité de soins dentaires mobile.....	p81
<b>Figure 19</b> Dépistage des affections bucco-dentaires.....	p83
<b>Figure 20</b> Avulsion dentaire dans l'unité de soins .....	p 83
<b>Figure 21 et 22</b> Les ateliers ludiques .....	p84
<b>Figure 23 et 24</b> Les cahiers de coloriages réalisés par l'association .....	p84

# **Bibliographie**

# Bibliographie

- 1) Audrey Sheilam, Oral health, general health and quality of life, Bulletin of the World Health Organization, september 2005.
- 2) Organisation Mondiale de la Santé, *Les maladies bucco-dentaire dans le monde*, Education Santé, n° 203, août 2005.
- 3) Poul Erik Petersen, Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 -Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle*, Genève, 2003.
- 4) Organisation Mondiale de la Santé, *Global Oral Health Data Bank*. Genève, 2002.
- 5) Organisation Mondiale de la Santé. *WHO Oral Health Country / Area Profile*. (Disponible sur internet à l'adresse suivante: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>).
- 6) Haute Autorité de Santé, *Pose d'une prothèse amovible définitive complète*, Service évaluation des actes professionnels, Avril 2006.
- 7) site internet : (Consulté en septembre 2012)  
<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/non-communicable-diseases-managementndm/programme-components/oral-health.html>
- 8) Poul Erik Petersen and S. Kwan, *7th WHO global Conference on Health Promotion – towards integration for oral health* (Nairobi, Kenya 2009), Community Dental Health, 2010.
- 9) Poul Erik Petersen and Al., *The global burden of oral disease and risks to oral health*, Bulletin of the WHO, september 2005.
- 10) S.Azogui-Levy, Etat dentaire, recours aux soins et précarité, *Revue Epidemiologique de Santé Publique*, 2006, 54 : 203-211.
- 11) Organisation Mondiale de la Santé, *Stratégies and approaches in oral disease prevention and health promotion*, publication sur le site internet de l'OMS.
- 12) Dujardin Bruno, *L'aide internationale et les problèmes de santé en Afrique, l'offre correspond-t-elle aux besoins ?* *Politique Africaine*, 1987, 28:65-80.
- 13) Bruno Dujardin, Megan Ireland, *Avantages et difficultés de l'intégration des programmes verticaux et horizontaux*, Conférence FOMETRO - Passé et Avenir de la Coopération Belge en Afrique Centrale, GRAP-PA Santé, École de Santé publique Université libre de Bruxelles, Juin 2010.
- 14) M. Gentilini, *La coopération sanitaire française dans les pays en voie de développement*, *Med Trop* 2006 ; 66 : 348-350
- 15) M.Gentilini, *La coopération sanitaire française dans les pays en voie de développement, Avis et rapport du conseil économique et social*, 2006.

- 16) Hubert Balique, *Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives*, p29, Santé internationale : Les enjeux de santé au Sud / Dominique Kerouedan (dir.). – Paris : Presses de Sciences Po, 2011. – (Collection Santé).
- 17) Catherine Korachais, Contribution de l'aide publique au développement à l'amélioration de la santé dans les pays en développement, Université d'Auvergne Clermont-Ferrand 1, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI), these soutenue le 9 avril 2010.
- 18) *Le point sur l'aide publique au développement française* (Q&R- Extrait du point de presse du 5 avril 2012) <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/enjeux-internationaux/aide-au-developpement-et/dispositifs-et-enjeux-de-l-aide-au/l-aide-publique-au-developpement/> (site consulté en septembre 2012)
- 19) Morgane Goblé, *La coopération sanitaire française dans les pays en développement*, p.423, Santé internationale : Les enjeux de santé au Sud / Dominique Kerouedan (dir.). – Paris : Presses de Sciences Po, 2011. – (Collection Santé).
- 20) Jean-Claude Berthélemy, *Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté*, Communication au Mini-Forum sur la santé dans les pays en développement, Comité pour les Pays en Développement de l'Académie des Sciences Paris, 19 et 20 novembre 2007.
- 21) Poul Erik Petersen, OMS, *Challenges to improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*, Geneva, Switzerland, International Dental Journal (2004) 54, 329–343.
- 22) Site internet de l'OMS [www.who.int/about/fr](http://www.who.int/about/fr) (site consulté en septembre 2012).
- 23) Poul Erik Petersen, *Stratégies de l'OMS pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections*, L'Information Dentaire, n° 10 - 7 mars 2007 - cahier n° 2.
- 24) Habib Benzian, *Paysage des ONG dentaires*, Santé bucco-dentaire et santé générale – Enjeux d'intégration de coopération et de développement- AOI, sous la direction de Bernard Decroix, 2011, (p68-69-70).
- 25) Wim van Palenstein, Helderma, *Implementation of a Basic Package of Oral Care: towards a reorientation of dental NGOs and their volunteers*, Development and Public Health: Report for WDDHPC Mid-year Meeting, Netherlands / France, 2006.
- 26) Habib Benzian, Wim van Palenstein Helderma, *Les ONG dentaires : Leur réalité, leur impact et les challenges pour l'avenir*, , L'Information Dentaire n° 10 - 7 mars 2007 - cahier n° 2.
- 27) C. Holmgren and H. Benzian, *Dental volunteering – a time for reflection and a time for change*, 2001, *British Dental Journal* 2011; 210: 513 – 516.
- 28) Kevin S. Hardwick, *Volunteering for the Long-Term Good*, Compendium, April 2009, Volume 30, Issue 3

- 29 Site internet de la FDI, [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org), *About FDI*, 2009 (site consulté en septembre 2012).
- 30) Site internet de la FDI, [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org), *FDI rapport annuel*, 2010, site consulté en septembre 2012).
- 31) Bernard Decroix, Jocelyn Rio, Benoît Varenne, *L'AOI: de l'aide humanitaire à une démarche de santé publique*, *L'Information Dentaire* n° 10 - 7 mars 2007 - cahier n° 2.
- 32) Bernard Decroix, François Courtel, Monique Triller AOI 25 ans d'expérience sur le terrain, *L'Information Dentaire* n° 39 - 12 novembre 2008.
- 33) Le système de santé camerounais, Jean-Paul Beyeme Ondoua, interne en santé publique, HCSP, Adsp n°39, juin 2002
- 34) Statistiques sanitaires mondiales, 2011, Organisation mondiale de la santé.
- 35) Le partenariat franco-camerounais pour le développement, *Equinoxe* 07
- 36) Rapport d'évaluation- Projet de développement du système de santé, Fonds Africain de Développement, CAM/PSHH/2000/01, Mars 2000
- 37) Santé et hygiène bucco-dentaires au Cameroun : étude préliminaire pour la mise en place d'un programme de prévention chez les écoliers, thèse n° 628 soutenue par Stefano Majoli, Genève 2003
- 38) Site internet : <http://www.medcamer.org/wp-content/uploads/2011/01/Stratégie-Sectorielle-de-Santé-2009-13.pdf> (consulté en septembre 2012), *Stratégie sectorielle de santé 2001-2015*, Cameroun 2009.
- 39) OMS, *Stratégie de coopération, un aperçu – Cameroun-*, 2009.
- 40) OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015 – Cameroun-*, bureau régional pour l'Afrique, 2009. (Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO)
- 41) Propos recueillis lors d'un entretien avec le Dr Manga, responsable local de la coopération Cameroun-Jura-Suisse, juillet 2011.
- 42) P.Baehni, C.Gianella, E. Manga, Programme de santé bucco-dentaire à Mfou, Cameroun, *Revue Médicale Suisse* août 2006 ; 2 : S19-S21.
- 43) M.Ngapeth-Ethoundi, Eyia Ekoto, *Projet pilote d'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins de santé primaire au Cameroun*, *Odonto-Stomatologie Tropicale* 2001, n°94.
- 44) Site internet: <http://www.jura.ch/-154.html> (consulté en septembre 2012).

---

**TITRE : L' AIDE BUCCO-DENTAIRE INTERNATIONALE,**  
**EXEMPLE DU CAMEROUN**

---

**RÉSUMÉ EN FRANCAIS :**

L'accès aux soins bucco-dentaire dans les pays en voie de développement et en Afrique particulièrement est très limité. Les gouvernements de ces pays n'ont parfois par les moyens de résoudre les failles dans leur système de santé. L'aide internationale à son rôle à jouer dans l'amélioration des conditions bucco-sanitaires des populations.

Ce travail de recherche rappelle la situation bucco-sanitaire dans le monde et expose les différents soutiens internationaux qui agissent dans le domaine bucco-dentaire. Il s'agit également d'un témoignage d'étudiants en chirurgie dentaire, concernant leur investissement humanitaire auprès des populations du Cameroun.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Oral international help care, based on an experience in Cameroon

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Santé publique

---

**MOTS-CLÉS :** aide bucco-dentaire, coopération, Association humanitaire, Organisation Non Gouvernementale, pays en voie de développement, Afrique, Cameroun,

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex 9

---

**DIRECTEUR DE THÈSE :** Docteur Cathy NABET