

## Les défis de l'application du PMA

Le constat fait après quelques 20 années d'expérience dans pays les plus défavorisés (Afrique de l'Ouest, Haïti...) est sans appel : les réhabilitations de cabinets dentaires sont des "semi-échecs". La fréquentation reste faible, voire très faible, loin du potentiel de ces structures et des besoins en soins des populations locales. Au vu de leur coût d'investissement et de fonctionnement, les résultats sont négatifs dans les régions où les ressources disponibles pour la santé bucco-dentaire sont minimum en raison, entre autres, de priorités sanitaires plus vitales.

D'autre part, il existe un problème lié au personnel soignant (chirurgiens-dentistes - infirmiers spécialisés). Il est fréquent qu'il n'y ait pas de cohérence entre la formation et les tâches effectuées. Malgré des salaires faibles sans rapport avec le niveau d'étude, le coût de fonctionnement des services dentaires est élevé. La répartition des tâches, entre les Agents Spécialisés en Odontostomatologie (ASO) et les chirurgiens-dentistes est floue. Il en résulte des motivations variables ayant des conséquences sur l'accueil et la qualité des soins.

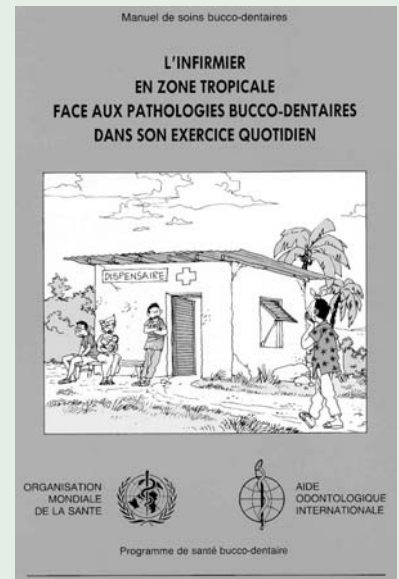
Il faut se rendre à l'évidence : les approches basées sur un modèle occidental (technique, invasif, curatif) sont loin d'être des réponses adaptées dans des contextes socio-économiques de ce type (cf. Note d'Info n°28). Les structures curatives classiques doivent être réservées aux pathologies complexes et aux populations les plus aisées. Elles restent limitées à quelques unités de référence par région.

Faut-il pour autant se résigner et abandonner la population qui n'a ni accès géographique, ni accès financier aux cabinets dentaires ? Non, bien sûr, s'il existe des alternatives. Or, c'est le cas depuis 10 ans.

### Formations d'infirmiers en zone tropicale

En 1991, l'AOI éditait, en collaboration avec l'OMS, un manuel sur les conduites à tenir par l'infirmier en zone rurale en cas d'urgence dentaire dans sa pratique quotidienne.

En Albanie, les exigences de la mise en œuvre d'un projet ART en milieu scolaire ont été mises en évidence. Au Burkina Faso, le responsable du programme a été formé à l'ART en 2000 et une étude très poussée a été menée en 2002 sur les conditions d'accessibilité d'une pâte dentifrice fluorée pour les enfants scolarisés.



Des propositions émergent, tenant compte de la problématique : ouvrir des possibilités minimum au plus grand nombre, dans l'esprit des soins de santé primaire (cf. Déclaration d'Alma-Ata - 1978). Le PMA est aujourd'hui une piste intéressante.

### L'AOI et le PMA

Avec un peu d'humour, on peut dire que l'AOI fait du "PMA sans le savoir" depuis longtemps ! Chaque composante a été incluse au moins une fois dans des recherches-actions de terrain (cf. les exemples dans l'encadré).

Les avantages de chaque composante sont aujourd'hui connus : efficacité (elles répondent à de réels besoins), relative accessibilité financière, prévention plutôt que guérison, efficacité (comparées à d'autres stratégies, un bon rapport coût/efficacité). Des recherches conduites par des universitaires et par l'OMS montrent leur indiscutable intérêt (voir bibliographie). Du côté des limites et des risques, la problématique est essentiellement celle de la qualité des soins en grande partie dépendante de celle du personnel (motivation et compétence).

A première vue, avec le PMA, un autre degré est atteint : une couverture plus complète des besoins de base (prévention, urgence, soins de premier degré), une logique d'intégration dans le système de santé générale.

Le PMA est par conséquent un concept satisfaisant. Est-il pour autant une "recette" applicable telle quelle ? Certes non, chaque situation étant unique, la faisabilité requiert des adaptations. Il y a lieu de tester cette stratégie dans des contextes variés pour préciser les conditions pré-requises à son introduction ainsi que ses possibilités d'adaptation. C'est toute la phase d'expérimentation qui se fera au cours des années à venir. Mais, dès à présent, en fonction de sa connaissance du terrain, l'AOI a conduit une réflexion sur le PMA qui l'amène à se pencher sur quelques aspects.

### Le PMA revisité par une ONG

Plusieurs questions sont soulevées lorsque l'on envisage le PMA :

- La première est comment inscrire réellement le PMA dans les politiques et les programmes de santé ? Comment être assuré de l'implication

la satisfaction des populations bénéficiaires, on continue de traiter le PMA de " soins au rabais ", de craindre des " dépassements de compétences " des personnels chargés de sa mise en œuvre au niveau de base, etc.

**Une expérience pilote est en préparation à Orodara, quel type de personnel voulez-vous former ?**

Les expériences précédentes avaient formé des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), infirmiers généralistes formés en 3 ans. Ils vont constituer le socle de notre expérience car ce sont eux qui sont en premier en contact avec la population au niveau du système de santé (CSPS - voir schéma). Dans le cadre de la préparation de ce projet, nous comptons leur donner la prise en charge de l'urgence et des activités de prévention.

Au niveau intermédiaire (CMA), nous voulons responsabiliser les Agents de Santé Odontologique (ASO) en leur faisant assurer le 1<sup>er</sup> niveau de référence entre le dispensaire et le service de référence. Ils auront à mettre en œuvre l'ART et les extrac-

tions plus complexes. Ils leur reviendra aussi de superviser les infirmiers formés, et d'assurer les activités de prévention dans l'aire de leur centre de santé.

Au dernier niveau des services de référence, niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire (voir schéma), nous aurons les chirurgiens-dentistes avec les soins les plus sophistiqués. Ainsi, nous aurons les 3 niveaux des soins comme dans le système de santé général (le CSPS, le CMA, et le CHR ou CHN).

**Quelle intégration du PMA dans le système de santé ?**

Il s'agit de prendre en compte les préoccupations des populations en leur offrant des soins de proximité. C'est un critère essentiel de qualité pour les patients et la santé bucco-dentaire se rapproche ainsi de la population. Ensuite il faut éviter la marginalisation de la santé bucco-dentaire par rapport au système national de santé. C'est une question de coût. Pour réaliser des extractions, il n'est pas nécessaire de transporter tout un

cabinet dentaire et des infrastructures lourdes. Au lieu de rester dans nos cabinets et d'en vouloir aux patients, il vaut mieux tenter de comprendre la demande, les motivations et les parcours thérapeutiques des patients (passant par les tradipraticiens, les arracheurs de dents ou l'auto-médication). L'intégration permet aux chirurgiens-dentistes et aux ASO de sortir de leur " tour d'ivoire " et de prendre un peu de recul par rapport à leur comportement.

**Quels sont les questions soulevées aujourd'hui au Burkina par l'application d'un PMA sur le district d'Orodara ?**

Sur le district d'Orodara, il n'y a pas de problèmes. Le personnel est motivé par les différents niveaux de soins que nous entendons mettre en place. Mais de façon générale, des questions sont posées concernant la charge de travail des IDE et l'approvisionnement en matériel et consommables aux différents niveaux ; les budgets disponibles pour la santé dentaire étant minimes.

**Le système public de santé au Burkina Faso**

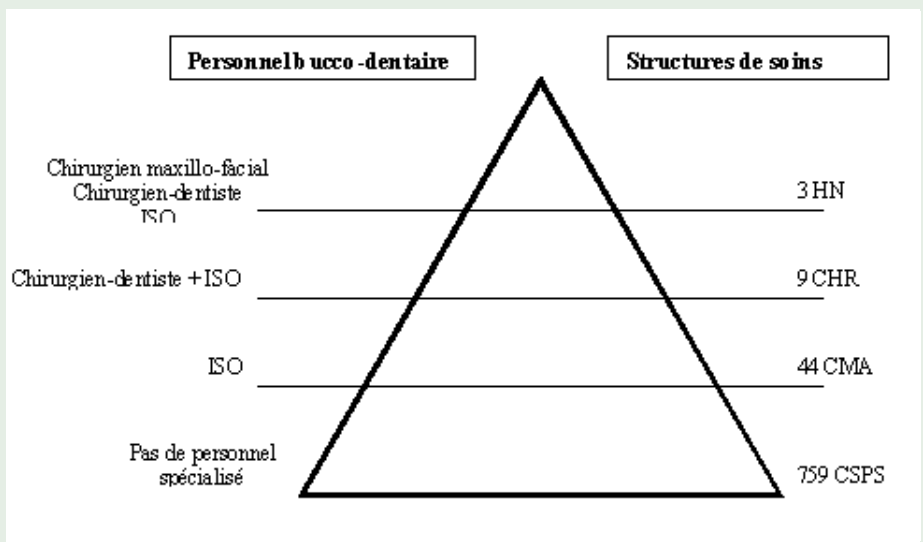
Il est basé sur une organisation pyramidale calquée sur le système administratif.

**La structure de soins de base** est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Il offre des soins curatifs de base : vaccination, consultation prénatale, accouchements, planification familiale, etc. Il assure l'éducation pour la santé. Il est dirigé par un infirmier. A ce niveau, pas de personnel dentaire spécifique.

**Le premier échelon de référence** est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) dirigé par un médecin. Situé dans le chef-lieu du district, il comprend théoriquement une quarantaine de lits d'hospitalisation, un bloc opératoire et un laboratoire d'analyse. A ce niveau, les Agents Spécialisés en Odontologie (ASO) peuvent être affectés.

**Le deuxième échelon** est constitué par les hôpitaux régionaux (CHR) où sont implantés les cabinets dentaires avec chirurgiens-dentistes et ASO

**Les trois hôpitaux nationaux (HN)**, un à Bobo Dioulasso et deux à Ouagadougou, sont le dernier niveau de référence. On y trouve des cabinets dentaires avec chirurgiens-dentistes et ASO. C'est à ce niveau que sont adressées les pathologies et traumatismes maxillo-faciaux.



des responsables sanitaires nationaux, régionaux ou locaux ?

- Une autre porte sur l'aspect économique : quel est le niveau socio-économique minimum pour que le PMA puisse être raisonnablement acceptable dans une région ?

- Enfin l'un des principaux problèmes : la qualité des soins.

Les questions matérielles semblent relativement accessoires face à celle du personnel qui se décline en termes :

- de profil du personnel soignant : la formation et la répartition des tâches sont à redéfinir

- de son statut et de sa motivation. C'est là un champ qui serait à aborder de façon multi-sectorielle. Comment associer la sociologie et l'anthropologie ?

- Quelles sont les conditions de suivi et de supervision ?

Une autre question est la place de l'éducation pour la santé (EPS) dans le PMA ?

Il est aussi à noter que l'accessibilité du dentifrice fluoré se heurte à une difficulté importante. Tant qu'il sera classé dans la catégorie des cosmétiques, il sera soumis à des taxes considérables (de l'ordre de 40 %) et ne pourra être distribué dans le cadre de centrales d'achats des médicaments essentiels. Comment lui faire reconnaître son rôle essentiel d'agent de prévention ?

Pour passer du concept à une mise en œuvre efficace, le PMA ne peut échapper à ces questions.

L'évaluation d'actions et la capitalisation d'expériences sont indispensables. Un long chemin à parcourir !

Mais soulignons encore que, derrière la prise en compte de ces points, ce sont l'amplitude et la qualité du partenariat qui sont en jeu : probablement " la " condition incontournable de la réussite du PMA.

Considéré dans toutes ces dimensions, le PMA est donc encore un défi à relever.

#### Dons de fin d'année

**Les dons sont déductibles des impôts à hauteur de 60% du montant dans la limite de 20 % du revenu imposable ou de 0,5 % du chiffre d'affaires**

**Merci de votre soutien**

## Le cas du Burkina Faso

Entretien avec le Dr Seydou Ouattara, Coordinateur du projet d'appui au Programme National de Santé Bucco-Dentaire

### Comment se caractérise actuellement l'offre de soins au Burkina Faso ?

Nos pays, notamment le Burkina Faso, ont pris exemple sur le système occidental basé sur le développement des services curatifs. Coûteux à installer et à maintenir, très vite, ils n'arrivent pas à remplir tous leurs objectifs. La situation est matérialisée par des fauteuils non fonctionnels, des problèmes de maintenance et des ruptures de stocks de consommables.

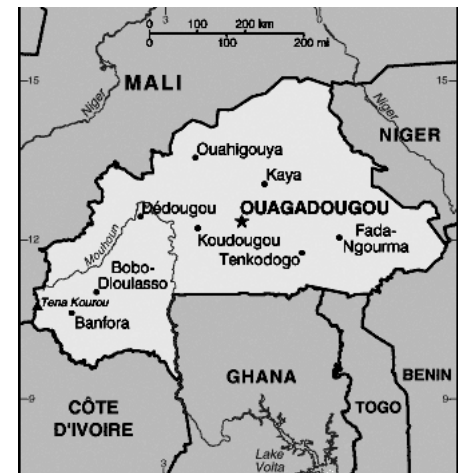
Dans ces conditions, sont essentiellement pratiquées des extractions comme actes curatifs. De plus, les cabinets dentaires sont situés dans les grandes villes où résident moins de 20 % de la population. Ils sont réservés à ceux qui en ont les moyens alors que la majorité, défavorisée, se trouve en milieu rural sans offre de soins bucco-dentaires de qualité.

### Quelle est votre expérience du PMA au Burkina Faso ?

L'expérience du Burkina Faso en matière de décentralisation en Santé Bucco-

Dentaire remonte à 1991. Des expériences d'application isolées de certaines parties du PMA telles que définies par le centre collaborateur OMS à Fada N'Gourma (appui de l'AOI) puis à Ziniaré ont été conduites. Même si elles n'ont pas été poursuivies, nous avons pu tirer les leçons de ces expériences.

Actuellement, notre souci est d'expérimenter le PMA dans un cadre institutionnel, pour une plus grande pérennité. L'application du PMA souffre d'une méconnaissance au niveau des responsables des politiques nationales de santé et aussi d'une certaine résistance des professionnels de santé. Les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires de santé en odontologie voient en cela un " exercice illégal " de la chirurgie-dentaire. Il faut reconnaître que le PMA répond à un besoin de la communauté dans un contexte de ressources limitées comme c'est le cas dans notre pays. Il a reçu la caution de l'OMS. Les autres formes de prise en charge, notamment curatives, ont également montré leurs limites même dans les pays développés.



### Quels sont les arguments des professionnels de santé contre le PMA ?

Je pense qu'il faut d'abord parler " d'instinct " car ces professionnels sont formés dans une optique curative et libérale et ont des difficultés à envisager la santé bucco-dentaire sous un autre angle. Je pense que c'est cet instinct qui les pousse à chercher des arguments qui, même s'ils ne sont pas rationnels, continuent à circuler. En effet, malgré les études qui montrent l'efficacité de ce PMA, l'innocuité des soins dispensés par des personnels non dentaires et

Il faut que cela s'intègre dans la politique générale de recouvrement des coûts.

Se pose aussi la question du dentifrice fluoré accessible financièrement. A ce stade, un engagement fort de l'OMS est attendu sur la classification du dentifrice en médicament essentiel pour la santé bucco-dentaire. Cela aura des conséquences financières sur la taxation du dentifrice, les prix pouvant baisser pratiquement de moitié. Ce statut détermine également la possibilité de distribuer le dentifrice dans le circuit des médicaments génériques.

L'enjeu consiste aussi à renforcer la volonté politique par un plaidoyer des professionnels, des chirurgiens-dentistes avertis envers la communauté dentaire internationale (FDI, OMS).

Dr Seydou Ouattara

### Quelques indicateurs de développement

	France	Burkina Faso
Indice de développement humain	0.928-12 <sup>ème</sup> /173	0.325 -169 <sup>ème</sup>
Population totale en millions	59.2	11.5
PIB en milliards de dollars	1 294	2.2
PIB/hab.* en dollars	24 223	976
Taux de croissance démographique. 1975-2000	0.5	2.5
Taux de population urbaine	75.4	16.5
Nbre de médecins pour 100 000 hab.	303	3
Nbre de dentistes pour 100 000 hab.	71	0,5
Dépenses de santé/hab.* en dollars	2 288	9
% de la pop. infectée par le VIH (15 - 49 ans)	0.33	6.5
Espérance de vie à la naissance (1995-2000)	78.1	45.3
Taux mortalité (enfants - de 5 ans / 1.000 naissances)	5	105
Taux de scolarisation dans le primaire	100	34

\* Parité de Pouvoir d'Achat  
 Données extraites du rapport sur le développement humain publié par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 2002.  
 (Sauf mention contraire, les indicateurs concernent l'année 2000)