

REGION DES HAUTS-BASSINS

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

Cellule de Santé Bucco-dentaire

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

**INTEGRATION DES SOINS DE SANTE
BUCCO-DENTAIRES PRIMAIRES DANS
LES ACTIVITES DES CENTRES DE SANTE
ET DE PROMOTION SOCIALE (C.S.P.S.)**

*BILAN DE LA PREMIERE ANNEE DE MISE EN
OEUVRE DE L'EXPERIENCE PILOTE DU DISTRICT
SANITAIRE DE ORODARA*

AVRIL 2005

INTRODUCTION

Le Burkina Faso, pays pauvre et enclavé, est confronté à des problèmes de santé dominés par la prévalence et la mortalité liées aux affections endemo-épidémiques. Dans le domaine bucco-dentaire, à l'instar des autres pays de la sous-région, on assiste à une augmentation progressive de l'indice de carie et de parodontopathie. Cette situation est vraisemblablement induite par les changements d'habitudes alimentaires et la généralisation de la consommation du sucre dans les villes.

L'organisation actuelle du système de santé bucco-dentaire est essentiellement axée sur les soins curatifs avec l'installation de cabinets dentaires dans les hôpitaux. Ces hôpitaux urbains ne couvrent qu'environ 20% de la population et sont confrontés à d'énormes problèmes de matériels techniques, de consommables et de maintenance des fauteuils.

De l'analyse de l'organisation et du fonctionnement de ce système on peut retenir deux problèmes majeurs :

- Une rareté des ressources (humaines, matérielles et financières)
- Une faible accessibilité des populations rurales et des populations démunies aux soins bucco-dentaires (due à l'éloignement des services dentaires et au coût élevée des prestations)

Dans un tel contexte, une des alternatives pour améliorer l'accès aux soins des populations rurales est l'intégration de soins de santé bucco-dentaires essentiels aux activités des centres de santé périphériques.

L'expérience de Orodara participe de cette démarche de santé publique. Elle a été initiée depuis février 2004 par le Projet d'Appui au Programme National de Santé Bucco-Dentaire (PA/PNSBD) avec l'appui financier et technique de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (SFODF) et de l'Aide Odontologique Internationale (AOI).

Les objectifs spécifiques de cette initiative dans le district de Orodara sont :

- Prendre en charge les urgences dentaires dominées par la douleur dentaire dans les formations sanitaires périphériques : extraction de dents infectées et mobiles, diagnostic précoce et traitement des affections graves chez l'enfant, incision d'abcès, réduction de luxation mandibulaire, etc.
- Faire la prévention des affections bucco-dentaires : séances d'IEC dans les écoles et dans les villages, conseils d'hygiène bucco-dentaire aux patients.

I. PRESENTATION DU DISTRICT DE ORODARA ET DU CONTEXTE

Le district sanitaire de Orodara est un district rural situé à l'ouest du pays à la frontière avec le Mali. Le district est dirigé par une Equipe Cadre (ECD) avec à sa tête un médecin-chef.

Le chef-lieu du district, Orodara, compte moins de 20 000 habitants et est situé à l'extrême sud du district.

Les principales caractéristiques du district en 2004 se présentaient comme suit :

- Superficie : 8307 Km²
- Population totale : 251822 habitants
- Nombres de CSPS : 35
- Nombre de CMA : 1

L'hôpital du district ou CMA (Centre Médical avec Antenne Chirurgicale) possède un cabinet dentaire fonctionnel depuis 1997. Ce service dentaire est peu fréquenté pour les raisons déjà évoquées d'éloignement et de coût prohibitif des prestations. Ainsi, on enregistre moins de 20 consultations par an pour les malades habitant au delà de 50 Km de Orodara alors que cette population représente plus de 65% de la population totale du district. C'est pourquoi l'un des critères de choix des CSPS pilotes pour le démarrage de cette expérience est la distance par rapport au CMA.

Tableau I : caractéristiques des 5 CSPS pilotes

	Kourouma	Morolaba	N'Dorola	Samorogouan	Sindo
Distance CSPS-Orodara ¹	87	140	105	50	100
Nombre de villages	9	6	15	18	13
Population totale	13572	6114	17275	18723	13173
Nombre moyen de consultations par mois	360	160	285	360	264
Nombre d'agents de santé	5	4	10	5	4

II. MISE EN PLACE DES ACTIVITES

2.1. Actions préalables

La mise en œuvre de l'expérience a été précédée d'un long processus de concertation et de préparation :

- Concertation au niveau national : organisation d'un atelier national de consensus. Cet atelier a regroupé des responsables du ministère de la santé, des responsables de districts et de directions régionales de la santé, des chirurgiens-dentistes, des médecins, des infirmiers...Il a permis de faire le consensus sur la décentralisation des soins bucco-dentaires.
- Concertation Equipe Cadre de District (ECD)-Communautés-Projet à travers des rencontres diverses au siège du district et des déplacements au niveau des CSPS
- Détermination avec l'ECD des conditions et modalités pour la mise en œuvre des activités, la supervision et le suivi. Ce préalable avait pour but de garantir la continuité et la qualité de l'offre de soins au niveau des CSPS après la fin du projet

¹ Distance aller simple en kilomètre

- Identification des infirmiers à former et des CSPS selon des critères d'éloignement, de taille de la population et des infrastructures existantes. Ce choix a été fait de concert entre le district et le projet.

2.2. Organisation de la formation

La première formation initiale qui a permis le démarrage des activités a eu lieu en février et mars 2004. Elle a concerné 5 infirmiers (un par CSPA). Elle a été réalisée par du personnel local (chirurgiens-dentistes et attachés de santé en odontostomatologie) appuyé par une équipe de l'AOI.

La formation s'est déroulée en deux sessions :

- une session de 5 jours en février 2004 : cours théoriques, travaux pratiques sur des têtes de mouton et démonstration sur patient au cabinet dentaire
- une session de 6 jours en mars 2004 : stage pratique au cabinet dentaire

A la fin de la formation chaque infirmier était en mesure d'offrir les prestations suivantes :

- Diagnostiquer les affections bucco-dentaires lors de la consultation infirmière
- Réaliser des soins curatifs selon ses compétences : extraction de dents mobiles, incision d'abcès, suture, parage et pansement des lésions bucco-faciales
- Référer à l'échelon supérieur les cas qui dépassent ses compétences
- Faire l'éducation pour la santé : conseils d'hygiène bucco-dentaire individuels, séance d'Information Education et Communication (IEC) dans les villages

A l'issue de la seconde session de formation chaque infirmier est reparti dans son poste avec un kit de matériel et de consommables dentaires. Les activités sur le terrain au profit des populations ont ainsi débuté au mois d'avril 2004.

Une seconde formation a été réalisée en mars 2005. Elle a concerné 6 infirmiers dont 2 anciens (recyclage) et 4 nouveaux (formation initiale). Elle a été financée à plus de 50% par le district sanitaire (ECD et COGES ou Comités de Gestion des CSPA concernés). Le reste du financement a été apporté par la Cellule Bucco-Dentaire qui bénéficie de l'appui financier et matériel de l'AOI.

2.3. Supervision et suivi

La supervision des infirmiers et le suivi des activités a constitué un volet important de l'expérience de Orodara. Elle a pour but d'assurer deux conditions essentielles à la réussite et à la pérennisation de la stratégie :

- La garantie d'une qualité technique des prestations
- L'intégration de tout le processus aux activités ordinaires des CSPA et de l'ECD.

Pour ce faire deux types de supervisions ont été réalisés de façon simultanée :

- Supervisions spécifiques et techniques : elles visent la formation continue des infirmiers pour assurer une qualité optimale des prestations. Elles ont été réalisées de façon rapprochée au démarrage des activités (une supervision tous

les deux mois) puis ont été très espacées au fur et à mesure que les infirmiers réalisent les soins selon les normes de qualité requises.

- Supervisions générales: réalisées trimestriellement par l'ECD elles s'intéressent à toutes les activités du CSPS. Le volet bucco-dentaire a donc été pris en compte dans ces supervisions pour assurer l'intégration réelle de son suivi par l'ECD, gage de pérennisation des activités à la fin de l'appui par le projet.

III. RESULTATS ET COMMENTAIRES

Après 6 mois d'activités le nombre moyen de consultations pour affection bucco-dentaire dans un CSPS est de 6 par semaine ce qui est important pour ce niveau de la pyramide sanitaire.

Le bilan des activités se présentait alors comme suit :

Tableau II : Bilan de 6 mois d'activités des CSPS (avril à septembre)

CSPS Activité	Kourouma	Morolaba	N'Dorola	Samoro- gouan	Sindo	Total
Nombre d'extraction dentaire	28	61	47	36	40	212
Nombre de complication d'extraction	0	0	0	0	0	0
Nombre de séances d'IEC	3	2	0	2	3	10
Autres actes réalisés	1	2	1	1	0	5
Nombre de patients référés	5	2	3	1	2	13

Cette dynamique a été malheureusement perturbée au cours du mois de novembre 2004 par deux facteurs :

- La réussite de deux infirmiers au concours professionnel ce qui
- Les ruptures en anesthésiques liées à un dysfonctionnement au niveau du dépôt répartiteur de médicaments du district

Depuis novembre 2004 seulement trois CSPS sont encore fonctionnels avec une forte demande de la population. Les quelques réapprovisionnement en anesthésique opéré par le cabinet dentaire du CMA de Orodara et la Cellule Bucco-Dentaire leur ont permis de réaliser plus d'une cinquantaine d'extractions.

Un an après le démarrage des activités quelques acquis et points de satisfaction peuvent être notifiés :

- L'intégration effective des activités bucco-dentaires dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) des 5 CSPS est une réalité
- La qualité des prestations offertes dans les CSPS est satisfaisante
- L'adhésion des populations aux soins dans les CSPS est acquise
- L'intérêt et la motivation manifestes du district pour l'expérience est un élément primordial pour la réussite et la pérennisation des activités
- La gestion optimale des recettes permet aux CSPS d'assurer financièrement leur approvisionnement en consommables (anesthésiques essentiellement) pour assurer la continuité des soins

- Le soutien et l'implication de la Direction Régionale de la Santé et du ministère de la santé ont permis de faire un consensus sur les actions à mener et d'envisager une prise en compte de la stratégie dans le cadre du Programme National de Santé Bucco-Dentaire

Cependant un certain nombre d'insuffisances et de difficultés restent à être surmontées :

- Difficultés d'approvisionnement en anesthésiques qui menacent la continuité des activités et limitent la réduction du coût des prestations. Cette difficulté se situe au niveau du dépôt répartiteur du district qui tarde à intégrer les besoins des CSPS dans ses commandes à la CAMEG (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques où sont commercialisés les anesthésiques dentaires). Cette difficulté est en voie de résolution car les responsables du district ont pris les dispositions pour que les anesthésiques soient disponibles dès la prochaine commande du dépôt répartiteur.
- La mobilité du personnel au niveau des CSPS et de l'ECD (soit par affectation soit par réussite à un concours professionnel)
- Le financement de l'expérience nécessite encore l'appui de partenaires extérieurs en particulier pour la formation/recyclage, l'équipement en matériel technique durable, la supervision)
- L'insuffisance d'appui technique et matériel du niveau central (Programme National peu opérationnel) limite les capacités opérationnelles de la Cellule Bucco-Dentaire

IV. PERSPECTIVES

Après une année de mises en œuvre des activités dans les CSPS on note une grande satisfaction des populations bénéficiaires et des responsables du district sanitaire. C'est la raison pour laquelle tous les acteurs du district (ECD, COGES, infirmiers, etc) s'engagent à consentir un effort pour la poursuite de l'initiative. Ainsi en 2005, les perspectives suivantes sont envisagées :

Au niveau district

- Prise en compte par l'ECD de l'équipement et des consommables dans le budget
- Contribution des Comités de Gestion des CSPS au financement de la formation des agents
- Extension de la stratégie à 3 autres CSPS en 2005 : dès avril 2005 un nouveau CSPS fera son entrée dans le lot des formations sanitaires offrant les soins de santé primaires bucco-dentaires. Deux autres CSPS sont programmés pour démarrer les activités à la prochaine formation

Au niveau national

- Implication du Programme National de Santé Bucco-Dentaire dans la supervision
- Organisation d'un atelier national de capitalisation en mai-juin 2005
- Prise en compte des activités de santé bucco-dentaire au niveau CSPS dans l'élaboration d'un nouveau projet d'appui au PNSBD
- sensibilisation des chirurgiens-dentistes pour leur implication à cette stratégie

CONCLUSION

L'expérience de Orodara est aujourd'hui une réussite en termes d'intégration au système national de santé.

Cependant plusieurs facteurs menacent la pérennisation des activités. C'est pourquoi l'extension de l'expérience doit aussi être envisagée mais de façon contrôlée.

Il est nécessaire de prendre en compte les risques à chaque niveau du système.

Au vu des résultats et de son caractère novateur en terme d'intégration au système de santé il nous paraît nécessaire d'assurer pendant un temps suffisamment long la supervision des agents, le suivi et la consolidation des acquis. Cette démarche est certainement la plus appropriée pour aboutir à des résultats valables, viables et reproductibles par le Programme National de Santé Bucco-Dentaire dans d'autres régions du pays.

Enfin, l'appui des partenaires sera un élément déterminant dans la conduite des actions futures.