

BURKINA FASO

2014

L'objectif principal est de permettre un accès de qualité et de proximité au soulagement de la douleur dentaire en zone rurale. Le programme de soins bucco-dentaires de premier niveau mis en place depuis 2004 dans des Centres de Santé et de Promotion de la Santé (CSPS) du District d'Orodara est évalué dans le cadre d'une supervision. Un apport de matériel vient compléter le matériel dans les CSPS réalisant des activités bucco-dentaires et/ou équiper de nouveaux CSPS.

Le programme a débuté en 2004 avec l'appui de l'AOI. Il est devenu ensuite très rapidement autonome. Les premiers infirmiers ont été formés et les activités dentaires ont commencé dans 5 centres de santé et de promotion de la santé.

Jusqu'en 2014, 27 infirmiers ont été formés dont 25 Infirmier chefs de poste et 2 infirmiers brevetés. 12 ont intégré une formation d'attaché spécialisé en odontologie, 1 la formation d'attaché spécialisé en chirurgie. 6 ont été mutés hors du district ou sont partis. 8 sont en poste. Chaque année une session de recyclage d'une semaine est réalisée à Orodara.

Contexte général du district d'Orodara

Le district d'Orodara est situé à l'Ouest du Burkina Faso (à 1h de route de Bobo-Dioulasso). Il compte 378 000 habitants. Le village du district le plus éloigné d'Orodara est situé à plus de 180 km d'Orodara. La région est une des moins sèches du pays. Les cultures de fruits, de coton et de riz sont les principales activités. Pendant la saison des pluies (hivernage), qui dure 3 mois (mi-juin à mi-septembre), certains villages ne sont plus accessibles par la route (utilisation éventuelle de pirogues). Pour la majorité de la population, les déplacements se font en mobylette, moto, vélo. Des taxis brousse (minibus) relient les CSPS du Nord à Bobo Dioulasso et du Sud à Orodara. Des triporteurs remplacent progressivement les charrettes à ânes pour les transports de bois, matériaux...

Situation économique

Le climat et les productions agricoles font de la région d'Orodara une zone plutôt économiquement favorisée par rapport au Nord et à l'Est du pays. La zone de Banzon est qualifiée de « grenier » de la région pour ses productions agricoles. 2 usines de traitement du coton (égrenage et nettoyage) emploient du personnel local. Les revenus de la population sont plutôt supérieurs à la moyenne nationale. Un indicateur est que chaque famille possède une mobylette. Le prix du coton, soumis aux interactions internationales a baissé ces dernières années.

Equipements

Il n'y a pas d'eau courante dans les villages mais des puits ou des forages. Les CSPS sont équipés de bidons d'eau avec un robinet. Les centres ont de l'électricité générée par des panneaux solaires mais les batteries sont épuisées en quelques heures. La généralisation des téléphones portables a beaucoup facilité les communications.

Evolution des habitudes alimentaires

Le riz remplace progressivement le mil. La consommation de sucre augmente de façon importante.

Données sur le contexte sanitaire

Pathologies dominantes

Les principales pathologies sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques. La prévalence du VIH est de l'ordre de 1%. L'incidence diminue. Les principaux foyers se trouvent dans les villes, le long des frontières. La disponibilité des traitements est insuffisante. La mortalité liée à ces affections reste importante. La malnutrition sévit toujours, plus en raison d'habitudes culturelles (ex : modalités de sevrage...) que du manque de nourriture. Les hyper tensions artérielles et le diabète augmentent de façon significative. Peut-être n'étaient-ils pas diagnostiqués précédemment.

Formations sanitaires sur le district d'Orodara

- 45 Centres de Santé et de Promotion de la Santé (CSPS)
- 1 Centre Médical à Antenne chirurgicale (CMA)

Recours aux soins dentaires

Le recours à la médecine traditionnelle est courant. Des praticiens ambulants, sans aucune formation « autoproclamés » font des extractions sur les marchés. Sans formation, ils n'assurent pas le suivi des complications. La décontamination n'ayant rien de rigoureux, les risques sont très élevés. Ils utilisent un produit (sans doute un acide) qui « ramollit » l'os et facilite les extractions mais les effets s'étendent au-delà de l'os alvéolaire concerné, entraînant des dégâts collatéraux. Les tarifs sont élevés. Dans les lieux où d'autres possibilités de soulagement de la douleur existent, leur présence sur le marché se raréfie.

Observations sur le programme

Le programme répond à un besoin et à une demande. Il améliore l'accessibilité géographique et financière au soulagement de la douleur dentaire. La qualité des soins est assurée grâce au travail d'un attaché de santé en odontologie, Mr Bila Ouédraogo, formateur, véritable pivot du projet depuis son démarrage.

Cette expérience menée depuis 10 ans montre la pertinence du soulagement de la douleur réalisée par des infirmiers en zone rurale dans le contexte d'un district comme celui d'Orodara. En termes de pérennité, l'essentiel de l'autonomie est acquise. Il reste des points à conforter dans le cadre d'une institutionnalisation.

Le Dr Meda a beaucoup contribué à la mise en place du programme dans les années 2006-2008, en tant que médecin chef du district. Il a pris ses fonctions de médecin chef régional en février et va contribuer, avec les autorités actuelles du district, à faire évoluer le projet. Le cabinet dentaire de référence d'Orodara a besoin d'être réhabilité.

2011

Soins dentaires de premier niveau dispensés par des infirmiers dans les Centres de santé du District d'Orodara

Une mission d'évaluation s'est déroulée du 21 octobre au 2 novembre.

Initié par l'AOI en 2004, le projet s'est ensuite poursuivi avec les Médecins chefs du District et l'Infirmier spécialisé en Odontologie d'Orodara qui effectuent les formations et recyclages depuis 2006. La satisfaction a été de voir la continuité de l'activité avec de bons résultats : le nombre d'extractions fait chaque mois est en moyenne de 10 à 20, selon les centres.

- Point forts : la qualité d'exécution des extractions est bonne malgré des conditions de pratique difficiles ; les règles d'hygiène essentielles sont respectées.
- Points faibles : l'omniprésence de la poussière dans les locaux destinés aux soins et une certaine négligence dans le nettoyage des surfaces ; le mauvais état des cocottes minute et renouvellement du matériel non assuré.

Il ressort de cette expérience :

- une forte utilité pour la population. Le coût d'une extraction est divisé par 2 ou 4, selon les CSPS, pour les patients qui se rendaient auparavant au cabinet dentaire le plus proche.
- la sécurité sanitaire est améliorée par une offre alternative aux « thérapeutes ambulants » ou « traumatologues de passage » qui sévissaient sur les marchés pratiquant une activité à haut risque pour la population (matériel non nettoyé, aiguilles réutilisées, pas de maîtrise des complications...).

- un intérêt financier pour le personnel des centres de santé qui reçoit une prime proportionnelle au chiffre d'affaires. Enfin l'image des infirmiers est améliorée et cette activité peut être une aide pour leur carrière (accès à des formations d'attachés spécialisés en odontologie).

2009

En août 2009, une étude complémentaire a été menée par Ousmane Dipama sur l'intégration des soins bucco-dentaires dans le système général de santé. Cette étude a fait suite à l'évaluation du projet pilote menée en mars 2008 par Isabelle Thiébot et Pascaline Durand et des recommandations du Dr Clément Méda lors du colloque des 25 ans de l'AOI.

L'objectif général était d'apprécier et de mesurer l'impact des soins bucco-dentaires dans le PMA des CSPS, afin de dégager des facteurs de pérennité.

L'organisation et l'intégration du dispositif dentaire dans les CSPS ont été étudiées tant sur le plan :

- des ressources humaines ;
- de la qualité et l'offre de soins ;
- de l'environnement général des CSPS ;
- de viabilité financière ;
- institutionnel.

Dans le district sanitaire d'Orodara, l'intégration des soins dentaires est une réalité, mais une réalité fragile. La motivation, la compétence des infirmiers dans les actes techniques et l'implication de l'équipe cadre du district dans la mise en place de directives structurées pour ses activités sont autant de facteurs qui militent pour une bonne intégration. Cependant, deux facteurs peuvent limiter la pérennité et la qualité des activités bucco-dentaires : les difficultés liées au contrôle des infections croisées et l'insuffisance d'un appui régional.

En ce qui concerne l'hygiène, si les protocoles (théorie) sont connus et même affichés dans certains centres, la pratique quotidienne est tout autre. A partir de ce constat, il est impératif d'organiser un suivi par des formations sur site relatives à l'hygiène et au contrôle des infections croisées.

Les formations sur les protocoles d'hygiène ne sont pas standardisées et varient d'un formateur à l'autre (ministère de la santé, ASO). Il faut noter aussi que le profil du personnel chargé de la désinfection et du traitement du matériel varie d'un centre à l'autre. L'AOI, travaille aujourd'hui à mettre en place des protocoles clairs, simples, précis et standardisés.

La motivation du nouveau médecin chef du district, sa volonté d'étendre les activités dentaires dans d'autres CSPS sont un moteur pour la mise en place de protocoles et mesures d'hygiène intégrés dans le système global de santé.

La bonne maîtrise des problèmes liés à l'hygiène, est un argument fort pour motiver d'avantage un appui institutionnel au niveau régional et national.

2008

En 2004, l'AOI avait initié une formation d'infirmiers à Orodara. Sous la houlette des Drs Ouattara, Bougoum et Durand, 5 infirmiers avaient été formés à la pratique du soulagement de la douleur dentaire dans les Centres de Santé et de Promotion de la Santé (CSPS).

Depuis, tous les ans, le District a formé et recyclé des infirmiers. Certains ont passé le concours d'attaché spécialisé en odontologie (ASO) et sont en formation, d'autres ne sont plus en poste. Actuellement, ils sont cinq, dont un formé la première année, à pratiquer des actes dentaires.

4 ans après, l'AOI a souhaité avoir une évaluation de cette expérience.

Dans cette perspective, Pascaline Durand et Isabelle Thiébot se sont jointes à une mission supervision en mars 2008.

Analyse des résultats

Ils sont globalement très satisfaisants :

- la quantité relativement élevée d'extractions réalisées montre que les besoins sont importants et la demande réelle ;
- la qualité technique des actes est très bonne ;
- les protocoles d'hygiène et de décontamination sont connus et respectés ;
- la mise en place de ces soins permet d'améliorer l'accessibilité géographique et financière aux soulagements de la douleur dentaire de façon très conséquente.

Analyse des critères de pérennité

Elle aboutit à un bilan très positif en termes de pertinence, de viabilité économique, d'acceptabilité pour la population et les acteurs sanitaires.

Le District a réalisé un travail très judicieux de la santé dentaire aux activités générales assurant : la formation, l'approvisionnement en consommables, la supervision et un suivi de l'expérience.

Le District envisage maintenant d'étendre l'offre de soulagement de la douleur dentaire à un plus grand nombre de CSPS. Parallèlement, il souhaite réorienter l'activité du cabinet dentaire d'Orodara, qui faisait essentiellement des extractions pour la population des CSPS, vers d'autres soins et d'autres publics. Il a sollicité l'appui de l'AOI pour cette autre phase de développement des soins dentaires de base.

2007

Le projet pilote de formation d'infirmiers à la prise en charge de l'urgence dentaire se poursuit. Après 20 mois, les activités sont en constante progression avec une moyenne mensuelle de 15 consultations et 11 extractions auxquelles s'ajoutent deux séances publiques par an d'éducation à la santé. A noter que la supervision technique et le suivi sont intégrés à la supervision générale des dispensaires organisée par le district.

2005

Le projet pilote de formation d'infirmiers à la prise en charge de l'urgence dentaire se poursuit. Il a pour objectif l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les activités des dispensaires et du district sanitaire. 9 infirmiers ont été formés au soulagement de la douleur (extraction de dents mobiles, soins locaux...). 6 infirmiers sont en poste couvrant 85000 habitants.

2004

Depuis février 2004, une initiative d'intégration de soins bucco-dentaires dans un district sanitaire se déroule à Orodara. Les objectifs sont de prendre en charge, dans les dispensaires, les urgences dentaires et le soulagement de la douleur. Pour cela, une formation de 5 infirmiers a été organisée.

A la fin de la formation, un kit de matériel est remis à chaque infirmier qui doit être en mesure de :

- diagnostiquer les affections bucco-dentaires lors de la consultation au dispensaire
- réaliser des extractions de dents mobiles, inciser des abcès
- référer à l'échelon supérieur les cas qui dépassent sa compétence.

La supervision des infirmiers et le suivi des activités sont des facteurs de pérennisation et de réussite.

Après une année de mise en œuvre des activités, les résultats obtenus sont très encourageants et montrent, entre autres, une forte implication des responsables sanitaires du district.

2003

Malgré les initiatives de l'OMS, et à l'image de la sous-région ouest-africaine, le Burkina Faso souffre de nombreux déficits en matière de santé bucco-dentaire.

Un contexte difficile

Les approches défendues au niveau local demeurent ancrées sur un modèle curatif traditionnel occidental peu adapté aux besoins actuels du pays. Pour exemple et en l'absence d'échanges d'expériences et de savoir-faire, le plan national de santé bucco-dentaire n'a pas encore pu être finalisé et mis en place par les autorités. Les professionnels du secteur ont des difficultés à élaborer et défendre des projets novateurs.

Pourtant, des solutions techniques existent pour assurer aux populations défavorisées l'accessibilité à un paquet minimum d'activités bucco-dentaires (soulagement de la douleur, soins urgents suite à un traumatisme, accessibilité au fluor par le dentifrice, l'eau, le sel).

Ce contexte d'intervention oblige à s'orienter vers des stratégies de recherche-action pour introduire des activités innovantes. Cette approche qui aura été appliquée dans le cadre du Projet est longue et délicate à mener. Elle est souvent mal perçue par les acteurs de terrain qui s'impatientent de ne pouvoir réaliser des activités concrètes et immédiates ou qui ne comprennent pas le démarrage des activités dans un seul district sanitaire plutôt que sur l'ensemble de la zone d'intervention. De plus, lorsque la démarche aboutit, les activités proposées peuvent entraîner de fortes oppositions. Certaines catégories de personnels ne souhaitent pas remettre en question leurs habitudes de travail et appréhendent pour leurs acquis socioprofessionnels. Le retard dans la mise en œuvre des activités de soins de santé primaires bucco-dentaires en milieu rural est une bonne illustration de ce type de situation. Ceci, malgré une volonté affichée par le Ministère de la Santé de décentraliser les soins de santé bucco-dentaire pour mieux répondre aux besoins des populations.

La phase de désengagement puis de clôture d'un projet est toujours délicate à mener. Pourtant, des propositions sont déjà à l'étude pour intégrer l'ex-coordination du Projet, en tant que service de la Direction Régionale de la Santé des Hauts Bassins. Il semble en effet important, au stade actuel, de maintenir un accompagnement des activités en cours dans la zone d'intervention. Le coordonnateur du Projet est prêt à assumer ce rôle dans les mois à venir. Aujourd'hui, la plupart des districts sanitaires bénéficient d'un appui budgétaire important. A ce titre, ils peuvent dégager des moyens pour financer des activités de santé bucco-dentaire intégrées. Mais, en l'absence d'un appui technique pour l'élaboration et le suivi de leur plan d'action, les activités de santé bucco-dentaire risquent d'être délaissées.

Le rôle des directions centrales du Ministère de la Santé est aussi essentiel dans ce processus de pérennité des actions. Seule une étroite collaboration entre le niveau central et le niveau opérationnel peut maintenant entretenir la dynamique insufflée par le Projet. L'expérience acquise au cours du Projet, associée aux nouvelles compétences disponibles en

santé publique, doivent permettre de poursuivre les actions initiées dans la zone du Projet et en faire bénéficier d'autres régions du pays.

Parallèlement à cela, et à l'échelle de la sous-région ouest-africaine, un pool de chirurgiens-dentistes burkinabé se trouve déjà impliqué dans la phase de faisabilité d'un nouveau programme. Il consiste en la mise en place d'un réseau de renforcement des capacités, d'échanges de données et d'expériences en matière de santé bucco-dentaire. Cette initiative est lancée par l'AOI et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec l'appui de la Fédération Dentaire Internationale (FDI). Une formation spécialisée, type « Masters », adaptée au contexte sanitaire actuel, étudiera l'application d'approches innovantes dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire, dans le contexte ouest-africain. L'expérience acquise au Burkina Faso dans ce domaine s'en trouvera d'autant plus valorisée.

2002

Les activités du projet suivent leur cours. L'AOI est dans une phase de désengagement.

En plus des activités d'éducation pour la santé, un projet d'introduction d'un dentifrice fluoré de qualité et financièrement accessible a été élaboré.

2001

Désengagement progressif de l'assistance technique.

La Centrale d'Achat des Médicaments Génériques Essentiels (CAMEG) a mis à disposition une première liste de médicaments essentiels dans le domaine bucco-dentaire. Elle collabore également à un projet pilote de mise à disposition dans les dépôts de village de brosse à dent et de pâte fluorée de qualité à des coûts abordables.

2000

Programme de promotion de la santé bucco-dentaire et renforcement de l'offre de soins curatifs. Formation d'un prothésiste dentaire

1999

Exécution du programme avec quelques points forts:

- renforcement des méthodes de travail ;
- enquête socio-épidémiologique et définition d'une stratégie Information Education Communication (IEC) ;

- intégration des activités en santé bucco-dentaire dans les budgets des districts sanitaires.

1998

Signature d'une convention entre le Ministère de la Santé et l'AOI pour l'exécution d'un programme d'appui au Plan National de Santé bucco-dentaire. Le programme se décline sur deux volets :

- mise en œuvre d'un programme de prévention de la santé bucco-dentaire intégré à la politique de santé
- renforcement de la qualité des prestations curatives

1997

Période de transition entre la première phase du projet (94-97) et la seconde (98-01)

1996

- Mise en place du projet.
- Réunion avec les responsables sanitaires des trois provinces concernées.
- Réhabilitation et organisation des 4 services dentaires.
- Création d'une bibliothèque avec ouvrages de référence.
- Séminaire sur les programmes de santé publique bucco-dentaire en Afrique de l'Ouest avec la participation de chirurgiens-dentistes du Bénin, de Côte d'Ivoire, du Mali, du Niger, du Togo et du Burkina Faso

1995

Démarrage du projet. L'assistant technique de l'AOI est à Bobo Dioulasso

1994

Préparation du projet concernant 3 provinces de la région Sud-Ouest du pays

1993

- Mission d'évaluation à Fada N'Gourma

- Mission d'appui technique (installation de deux cabinets) à l'hôpital de Sanou Souro de Bobo Dioulasso
- Mission d'analyse de situation pour 3 provinces autour de Bobo Dioulasso
- Elaboration d'un projet d'appui
- Introduction d'un dossier de cofinancement à l'Union Européenne et au Ministère de la Coopération

1992

- Mission d'évaluation
- Elaboration d'un support de prévention en concertation avec les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les enseignants du Burkina Faso : la boîte à images, réalisée par un dessinateur burkinabé
- Contribution à l'élaboration du Programme National de Santé bucco-dentaire et dans ce but, participation à une réunion regroupant les représentants du Ministère de la Santé burkinabé, de l'OMS et de l'AOI

1991

- Poursuite du projet et désengagement progressif de l'AOI
- Stage de formation continue d'un prothésiste en France
- Séminaire de formation d'infirmiers sur la prévention et les extractions simples

1990

- Poursuite des activités du projet
- Campagne de prévention auprès des maîtres et des élèves des écoles

Désengagement progressif de l'AOI

1989

- Quatrième VSNA chirurgien-dentiste
- Développement des actions de prévention dans les écoles

1988

- Troisième VSNA chirurgien-dentiste
- Réalisation d'un film sur le projet
- Fin de la formation de prothésistes

- Poursuite des différents volets d'action

1987

- Mission d'inventaire et de remise en état de tous les matériels dentaires du pays
- Poursuite des différentes activités mises en place à Fada N'Gourma
- Autonomie de gestion du service dentaire de Fada
- Invitation de responsable local au Congrès de l'ADF Inde

1986

- Deuxième VSNA chirurgien-dentiste et un VSNA prothésiste formateur
- Mise en place de formation d'infirmiers
- Amélioration des campagnes de dépistage et de prévention dans les écoles
- Elaboration de supports de prévention (affiches, diapos, etc.)
- Etude de la capacité de financement des services
- Invitation en France pour le Congrès de l'ADF de la coordinatrice des activités bucco-dentaires
- Création d'une bibliothèque d'ouvrages dentaires.

1985

À Fada N'Gourma :

- Poursuite des différentes activités du projet
- Symposium sur la santé bucco-dentaire à Fada N'Gourma regroupant tous les chirurgiens-dentistes burkinabés
- Démarrage de la formation des prothésistes

A Ouagadougou :

- fourniture d'un équipement dentaire à l'hôpital national Yalgado, grâce à une collecte auprès des chirurgiens-dentistes

A Banfora :

- installation d'un unit dentaire à l'hôpital, en collaboration avec Chauvigny, ville française jumelée avec Banfora.

1984

- Signature d'une convention avec le Gouvernement Voltaïque
- Affectation d'un Volontaire au Service National des Armées VSNA

- Installation d'un équipement fixe au cabinet dentaire de Fada N'Gourma
- Campagnes de prévention dans les écoles
- Tournées dans les dispensaires avec un matériel portable
- Ouverture d'un laboratoire de prothèse.

1983

- Mission d'évaluation
- Ouverture du centre de soins à l'hôpital de Fada N'Gourma