

L'OFFRE BUCCO-DENTAIRE DE SOINS EN MILIEU URBAIN AU BURKINA FASO : EXEMPLE DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU.

<p style="text-align: center;">Auteurs</p> <p>KABORÉ W.A.D.¹ GARÉ JOCELYNE V¹ NIANG SEYDINA O² GUIGUIMDÉ PATRICE W. L¹ OUEDRAOGO YOUSOUF¹ RODRIGUEZ ISABELLE³</p> <p style="text-align: center;">Services</p> <p>1- Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso.</p> <p>2- Service d'Odontologie Conservatrice-Endodontie, Université Cheikh Anta Diop-Dakar. BP 5005 Dakar-Liberté, Sénégal.</p> <p>3- Unité de Formation et de Recherche en Odontologie, Garancière - Paris VII. 5, rue garancière 75006 Paris France.</p> <p style="text-align: center;">Correspondance</p> <p>KABORÉ WENDPOULOMDÉ A.D, Assistant – Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso. Email: dr_kabore@yahoo.fr/ (+226) 70211283</p>	<p style="text-align: center;">RESUME</p> <p>Les affections bucco-dentaires sont très fréquentes dans la population générale au Burkina Faso. La ville de Ouagadougou a été identifiée pour évaluer l'offre de soins bucco-dentaires en milieu urbain. Une étude descriptive transversale portant sur 20 établissements de santé dentaire de la ville a été réalisée. Elle a évalué les équipements, les types d'actes, les tarifs appliqués, l'accessibilité financière et géographique des établissements, les prestations et les prestataires. La méthode de collecte de données a été faite à l'aide d'un questionnaire qui a été administré aux responsables des services concernés. Cette étude a montré que les besoins en soins de santé bucco-dentaire étaient importants et l'offre insuffisante. C'est pourquoi, la mise en place d'une direction de la santé bucco-dentaire au Ministère de la santé est impérative.</p> <p style="text-align: center;">Mots-clés : Offre de soins dentaires, Ouagadougou</p> <p style="text-align: center;">SUMMARY</p> <p><i>Oral diseases are very common in the general population in Burkina Faso. Ouagadougou was identified to assess the availability of dental care in urban areas. A cross-sectional descriptive study of 20 dental care centers in the city was conducted. The study evaluated the equipment, types of acts, applied tariffs, financial and geographical accessibility, services and providers. Data collection method was done using a questionnaire that was administered to the heads of departments concerned. This study showed that the need for oral health care was important and insufficient supply. Therefore, the establishment of a steering oral health in the Ministry of Health is imperative.</i></p> <p style="text-align: center;">Keywords: Dental care offer, Ouagadougou</p>
---	---

INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles en Afrique et les maladies orales en particulier sont une priorité mondiale. Les programmes nationaux des différents pays du continent doivent être renforcés et soutenus². Cependant il est très difficile de quantifier cette priorité sanitaire car il n'existe pas aujourd'hui de recensement précis des établissements et des prestations de santé dentaire dans ces pays¹⁵. Dans une étude sur la problématique de la santé bucco-dentaire dans le monde, Marcenes¹⁰ et coll., soulignent la nécessité d'une réponse urgente face à une augmentation de l'incidence des pathologies dentaires dans la plupart des pays africains. Au plan épidémiologique, les villes semblent être les milieux de choix de l'augmentation des pathologies chroniques¹². C'est particulièrement vrai pour l'Afrique qui connaît actuellement un taux d'urbanisation parmi les plus forts au monde et où le milieu rural est enclin à un développement socio-économique nettement plus modéré¹. Dans de nombreux pays africains, la disponibilité et l'accessibilité des services dentaires sont extrêmement limitées⁸. L'accès à un service de soins général en Afrique apparaît plus favorable en milieu urbain. En comparaison au monde rural, la ville offre en effet, une plus large gamme d'infrastructures sanitaires modernes et de personnels soignants¹⁶.

Le Burkina Faso est un pays subsaharien d'Afrique occidentale. Malgré un essor certain en matière de santé⁵, le secteur des soins dentaires reste peu développé. A Ouagadougou, ces soins sont dispensés par des centres publics, confessionnels et diverses structures privées.

Ce travail avait pour objectifs d'analyser l'offre plurielle de soins bucco-dentaires afin de comprendre comment elle s'articule dans la ville de Ouagadougou.

I- MATERIEL ET METHODES

1. Zone et période d'étude

L'étude s'est déroulée à Ouagadougou de février 2014 à avril 2014. Ouagadou-

gou, chef-lieu de la région du centre, est une commune urbaine à statut particulier regroupant douze arrondissements et cinquante-cinq secteurs correspondant au découpage sanitaire en districts⁴ (Figure 1).

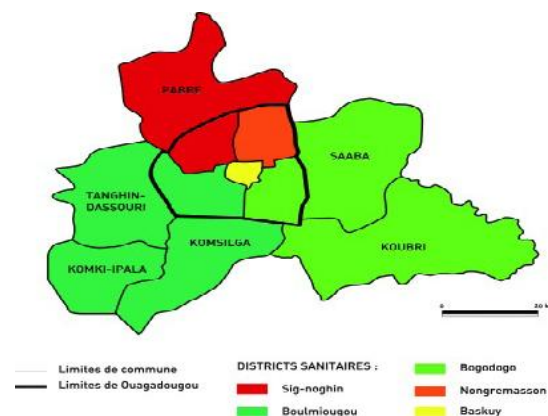


Figure 1 : Carte de la région Centre : Découpage sanitaire.

2. Echantillonnage et établissements intégrés à l'étude

Pour évaluer l'offre de soins, une liste exhaustive des établissements publics, confessionnels et privés recensés par le programme national de santé bucco-dentaire a été dressée. On dénombre 31 établissements officiels dont 8 publics, 17 privés et 6 confessionnels. Une correspondance a été adressée aux responsables hiérarchiques de ces établissements demandant l'autorisation de mener l'enquête. Une fiche de collecte des données a été administrée sous forme de questionnaire.

L'analyse des données a été réalisée à partir du logiciel Microsoft Excel 2010. Elle a permis d'évaluer l'offre de soins dentaires à Ouagadougou à travers 5 variables :

- Evaluer l'offre de prestataires, le matériel et le type de soins proposés dans ces établissements ;
- Evaluer l'offre de soins par discipline dans les différents établissements ;
- Evaluer le protocole de soins pour les principales urgences dentaires ;
- Evaluer la moyenne mensuelle du nombre d'actes par discipline ;

- Evaluer les tarifs proposés et la fréquence de réalisation des actes.

II- RESULTATS

1. Etablissements de santé dentaire à Ouagadougou

On dénombre 31 établissements officiels répartis en 8 établissements publics, 17 privés et 6 centres confessionnels. Sur les 8

centres publics, 3 ont autorisé l'enquête ; 4 des 6 centres de confession religieuse et 13 des 17 établissements privés ont été enquêtés. Au total 20 des 31 centres dentaires ont été inclus dans l'enquête. Ouagadougou présente un nombre relativement important de structures publiques ou privées offrant des soins dentaires (Figure 2).

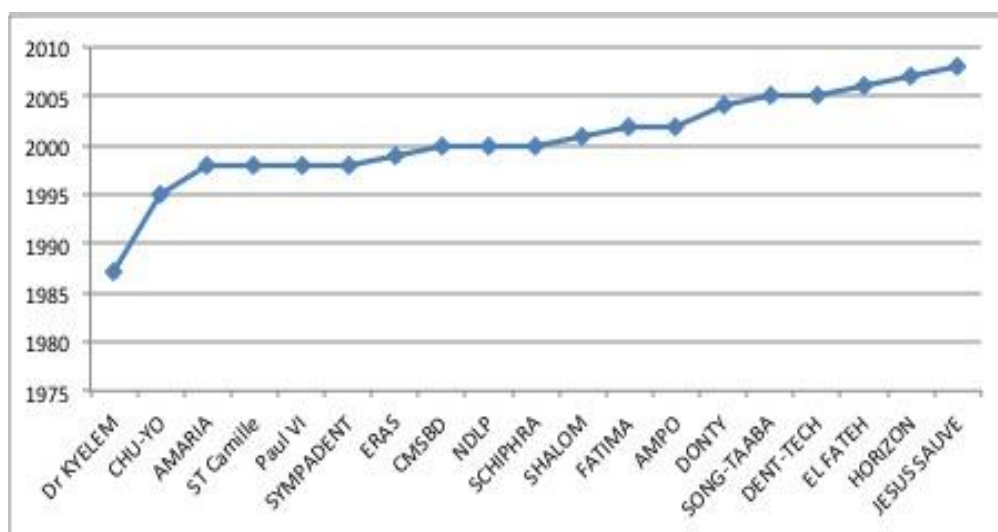


Figure 2 : Evolution du nombre de centres dentaires : Années d'ouverture

2. Personnel soignant et type de soins proposés

Le type de soins proposé dépend de la présence ou non d'un chirurgien-dentiste, les attachés de santé en odontologie ne pouvant réaliser de soins endodontiques ni d'extractions complexes et de prothèse. La fonctionnalité du fauteuil est aussi un facteur rédhibitoire. Dans toutes les structures, les fauteuils sans scialytique ou sans possibilité d'inclinaison, sont utilisés au mieux pour les consultations et extractions simples. Les soins de prothèse fixes sont

rare car nécessitant l'emploi d'un laboratoire européen, ou sous régional. C'est pourquoi, les restaurations directes avec ou sans ancrage sont majoritairement mises en place. Les prothèses adjointes en résine sont réalisées sur place. Enfin, les soins implantaire restent rares tant sur le plan de l'offre que sur celui de la demande. La notion de chirurgien-dentiste «spécialiste» est quasi méconnue. La répartition des praticiens et des fauteuils dentaires à Ouagadougou (Tableau I) montre que la ville concentre le plus grand nombre de chirurgiens-dentistes¹³.

Tableau I : Personnel et fauteuils dentaires par structure en 2012

FATIMA	SONG-TAABA	NDLP	AMPO	CM URBAIN	SCHIPHRA	CMSBD
1	0	2	1	1	3	6
0	1	0	1	7	8	3
3	0	1	1	0	0	4
0	0	0	1	0	2	2
1	1	1	2	1	1	5
0	0	0	0	1	3	2
ST CAMILLE	PAUL VI	DONTY	DR KYELEM	SHALOM	JESUS SAUVE	AMARIA
2	2	2	3	1	1	1
3	7	2	0	0	0	0
0	0	0	1	1	1	1
2	0	0	2	0	0	1
2	2	2	2	1	1	2
1	1	1	0	0	0	0
HORIZON	SYMPADENT	ERAS	EL FATEH	DENTECH		
1	1	6	3	4		
1	0	0	2	3		
0	0	4	0	0		
0	1	0	0	0		
2	1	4	1	2		
0	0	1	0	0		

Légende : CD= Chirurgien-Dentiste, AS= Attaché de Santé, AD= Assistant Dentaire, P= Prothésiste, FF= Fauteuil Fonctionnel, FNF= Fauteuil Non Fonctionnel

3. Fréquentation des établissements de santé de la ville de Ouagadougou

Les structures publiques reçoivent globalement sans Rendez-vous ; ce qui entraîne contrairement aux centres privés un nombre important de premières consultations (Figure 3). Sur l'ensemble

des structures interrogées on obtient une moyenne d'environ 3900 actes par mois en 2013 dont 43 % représentaient des restaurations à l'amalgame, 23 % des extractions dentaires, 7 % de détartrages. Les traitements endodontiques et la prothèse représentaient chacun 13 % et les examens de radiographie 1 %.

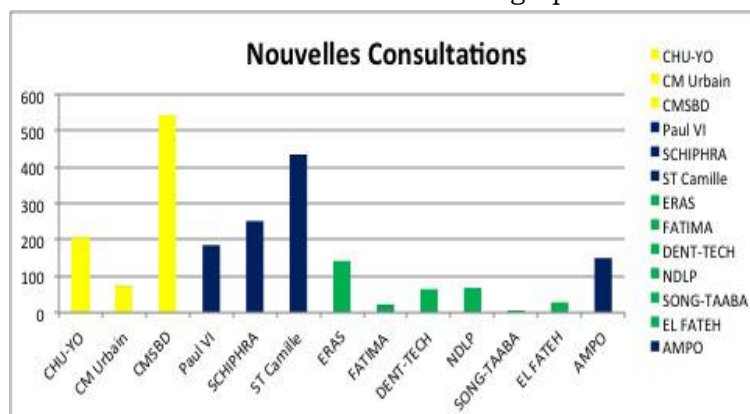


Figure 3: Moyenne mensuelle 2013 des nouvelles consultations

4. Protocole de soins pour les 3 principales urgences odontologiques

4.1. La pulpite irréversible

Le protocole de prise en charge de la pulpite irréversible diffère peu d'un chirurgien-dentiste à un autre.

- Biopulpectomie, obturation canalaire dans la même séance et obturation définitive différé ;

- Pulpectomie après escarrification à l'anhydride arsénieux.

4.2. L'abcès phoenix

Dans la majorité des cas ce sera : ouverture et drainage pour une dent antérieure et extraction si secteur postérieur. La prescription d'antibiotique et d'antalgique est quasi systématique.

4.3. La cellulite d'origine dentaire

Pour cette urgence 4 protocoles ont été recensés:

- Patient directement adressé en chirurgie maxillo-faciale ;

- Extraction immédiate et prescription antibiotique ;

- Prescription antibiotique et réévaluation ;

- Antibiothérapie et antalgiques sur dix jours, corticothérapie sur trois jours, et extraction au 3^{ème} jour.

Les antibiotiques les plus prescrits sont: amoxicilline + métronidazole, spiramycine + métronidazole, amoxicilline-acide clavulanique, amoxicilline ou spiramycine.

5. Tarifs et fréquence de réalisation des actes

5.1. Moyenne des tarifs et activité globale

La tendance générale indique que les patients se rendent surtout dans les structures publiques et confessionnelles. Des différences d'activité sont notables entre les structures (Figure 4 et Figure 5).

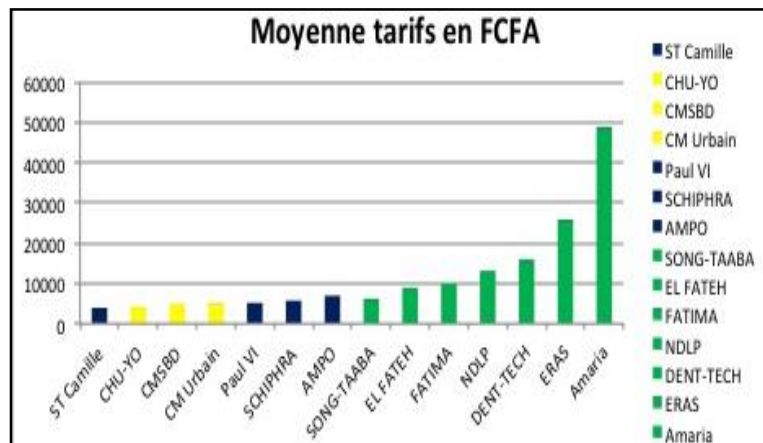


Figure 4 : Tarifs moyens

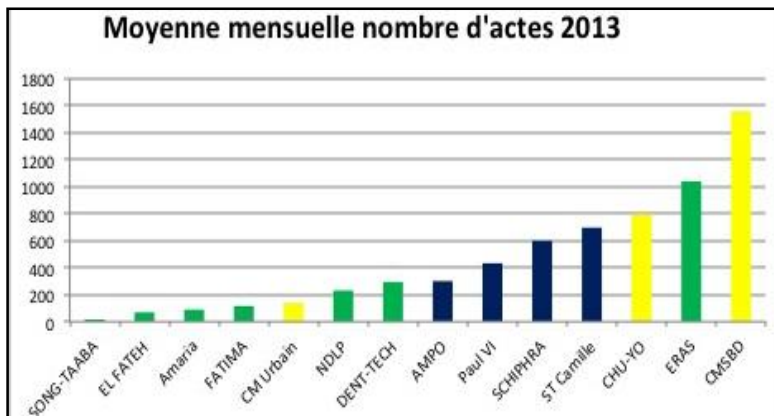


Figure 5 : Nombre moyen d'actes en 2013

5.2. Soins conservateurs

Il est intéressant de noter que deux structures font le plus de soins conservateurs, l'une privée et l'autre publique.

5.3. Endodontie

Le nombre d'actes endodontiques est très faible.

5.4. Chirurgie

Le nombre d'extractions et actes chirurgicaux est également faible.

DISCUSSION

L'insuffisance majeure de cette étude est représentée par l'absence du service dentaire des forces armées dans l'échantillon. En effet, ce service constitue l'un des plus anciens de la ville. Ses multiples fermetures pour pannes ou manque de consommables ont quand même réduit son influence ces dernières années. Les principaux centres dentaires fonctionnels ont été enquêtés.

La répartition des centres publics est censée refléter une volonté de justice et d'équité dans l'accès aux soins. Haddad⁶ et coll., dans une étude réalisée à Ouagadougou en 2004 observent cependant l'existence d'un réel privilège urbain de l'offre de soins qui s'exprime par la diversité et la concentration des structures sanitaires dans les villes par rapport aux communes rurales. Meunier et Pierre-Jean¹¹ en 2000 avaient constaté aussi que le réseau sanitaire burkinabè ne s'organisait pas en fonction de la situation sanitaire, mais en corrélation avec la création de chefs-lieux administratifs. Ceci vient confirmer notre étude qui note que Ouagadougou a le plateau technique dentaire le plus important du pays avec la plus forte concentration de chirurgiens-dentistes. Cependant, l'accès aux soins reste difficile. Elle ne se pose plus réellement en termes de distance mais d'un point de vue culturel, économique ou social car à l'image des équipements en eau ou en électricité, l'offre publique de soins semble ignorer les zones non-loties comme le confirme l'étude de Cadot³ et coll., en 2006. Les structures publiques sont situées

sur les grands axes routiers bitumés, en centre-ville. Une étude similaire réalisée en 2008 par Harang et Varenne⁷ corroborent ce constat. Mais, l'offre professionnelle présente une répartition géographique à peu près homogène avec une accessibilité moins difficile pour les quartiers périphériques. Mais ces établissements professionnels restent pour beaucoup situés au bord des grandes voies bitumées. Les quartiers centraux sont ainsi privilégiés par un meilleur réseau routier attirant une clientèle plus nantie. Cependant, il faut remarquer que le secteur privé ne fonctionne pas de manière plus satisfaisante que les établissements professionnels et publics. Ce constat relève de plusieurs facteurs : la multiplicité de l'offre privée qui entraîne une concurrence, les tarifs proposés ne s'adressent qu'à une population minoritaire de la ville. De plus l'augmentation du nombre de structures n'a pas été corrélée à celle des praticiens et de ce fait la majorité des structures privées ouvertes sont tenues par des dentistes des établissements publics.

Les établissements professionnels et publics, qui fonctionnent passablement présentent des disparités en termes de gestion de l'affluence des patients. En effet, la gestion de cette affluence est un point clé pour le bon fonctionnement d'un centre de soins, gestion rendue complexe par l'absence de prise de rendez-vous. Il faut trouver un système qui fixe une limite au nombre de patients et qui répartit de façon efficace le travail entre les attachés de santé et les chirurgiens-dentistes. Ce constat est fait au CMSBD où chacune des 4 salles de soins accueillent entre 20 et 30 patients par matinée (7h-14h), les « supplémentaires » sont reconduits sur d'autres jours. Au centre Schiphra, les attachés de santé et les chirurgiens-dentistes ont des jours de première consultation et orientent les patients en fonction des jours de soins correspondants. Ces différences, observables dès les premières consultations, se répercutent sur le nombre d'actes. La réputation d'efficacité ou de non efficacité

de la structure se transmet rapidement entre les patients. Les tarifs moins élevés sont aussi un facteur déterminant pour les patients. Mais, c'est aussi une question de disponibilité de ressources humaines et c'est pourquoi la sortie d'une promotion de chirurgiens-dentistes fraîchement diplômée permettrait d'envisager des changements qu'il serait intéressant de réévaluer.

On peut justifier la fréquence de soins conservateurs à la clinique ERAS par le fait de patients nantis, instruits, donc plus réguliers et consultant précocement. On expliquerait alors cette fréquence au CMSBD par une organisation efficace de la prise en charge des patients. En effet la planification par fauteuil permet de préparer le matériel à l'avance, réduire la durée des séances et d'augmenter le nombre de patients traités. Le traitement endodontique nécessite non seulement un chirurgien-dentiste, mais surtout un fauteuil fonctionnel ; éléments qui manquent à la majorité des structures publiques. Quoiqu'il en soit, l'ensemble des soins reste tributaire du plateau technique, des moyens financiers du patient et de son niveau d'éducation. Cela justifie l'attitude des praticiens face à l'abcès phœnix où la dent souvent délabrée est extraite. De plus, le coût d'une couronne ne peut être supporté par une population en majorité pauvre¹⁴. Le patient souhaite l'élimination de la cause de la douleur de façon définitive.

Les pannes fréquentes du matériel, l'absence de personnel compétent de maintenance et l'insuffisance des ressources humaines sont la cause de nombreux dysfonctionnements. Le constat d'un fort état de dégradation des infrastructures existantes faute de maintenance est frappant.

Sur le plan de l'accessibilité financière, le coût des prestations et des médicaments, même génériques, est élevé. En 2008, les ménages ont contribué pour 38,5 % dans la prise en charge des dépenses de santé. Il n'existe pas encore de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population¹⁴.

La qualité des services s'apprécie par rapport à leur décentralisation, leur per-

manence et leur polyvalence. Le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans les formations sanitaires dentaires existantes du fait d'une insuffisance de ressources humaines, en quantité et en qualité. Une étude similaire réalisée par Manzi⁹ et coll., a reporté que cela est aussi valable pour l'ensemble des formations sanitaires des pays d'Afrique subsaharienne. Ceci se traduit par une faible disponibilité de prestations de soins, d'intégration et de continuité des soins. Les praticiens, malgré leur forte motivation et leur engagement quotidien ne peuvent palier une situation structurelle déficiente.

CONCLUSION

Il apparaît très clairement que les structures confessionnelles et publiques tiennent une place particulièrement importante dans le paysage médical de la capitale en termes d'activités de soins. La perception de ces établissements par la population qui leur accorde un grand crédit, justifie en partie leur fréquentation. Une meilleure accessibilité financière, un bon accueil, un personnel soignant dévoué sont les atouts de ces formations qui constituent une alternative aux structures privées à but lucratif, inaccessibles financièrement aux plus démunis.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bain L.E., Awah P.K., Geraldine N., Kindong N.P., Sigal Y., Bernard N., Tanjeko A.T. Malnutrition in Sub - Saharan Africa: burden, causes and prospects. *Pan Afr. Med. J.*, Vol. 15, N°120: 25-35, 2013.
2. Benzian H., Bergman M., Cohen L., Hobdell M., Mackay J. The UN High-level meeting on prevention and control of non-communicable diseases and its significance for oral health worldwide. *J. Pub. Health Dent.*, Vol. 72: 91-93, 2012.
3. Cadot E., Harang M. Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso). *Espace, populations, sociétés.*, Vol. 2, N°3: 329-339, 2006.
4. Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires (DGISS). Burkina Faso, *Annuaire Statistique*. Mai 2012. pp23-55, 2012.

-
5. Gemignani R., Wodon Q. How do households choose between health providers? Results from qualitative fieldwork in Burkina Faso. Munich Personal RePEc Archive., 1-24, 2012.
 6. Haddad S., Nougbara A., Ridde V. Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. Santé, société et solidarité., Vol. 2: 199-210, 2004.
 7. Harang M., Varenne B. Ouagadougou (1850-2004) : Une urbanisation différenciée : Les structures de soins ; Montpellier. IRD Éditions., 95-105, 2008.
 8. Hescot P., China E., Bourgeois D., Maina S., Monteiro da Silva O., Eisele J.L, Simpson C., Horn V. The FDI African Strategy for Oral Health: addressing the specific needs of the continent. Int.Dent. J., Vol. 63: 113-120, 2013.
 9. Manzi F., Schellenberg J.A., Hutton G., Wyss K., Mbuya C., Shirima K., Mshinda H., Tanner M., Schellenberg D. Human resources for health care delivery in Tanzania: a multifaceted problem. Human Resources for Health., Vol. 10: 3, 2012.
 10. Marcenes W., Kassebaum N.J., Bernabe E., Flaxman A., Naghavi M., Lopez A., Murray C.J. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis. J. Dent. Res., Vol. 92: 592-597, 2013.
 11. Meunier A., Pierre-Jean T. Système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire, Espace, populations, sociétés. vol. 18, n° 3, pp1-504, 2000.
 12. Omran A.R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. The Milbank Quarterly. Vol. 83, N°4: 731-757, 2005.
 13. Ordre National des Chirugiens-dentistes du Burkina (ONCDB). Congrès national 2015 ; Rapport Moral. pp1-16, 2015.
 14. PNUD. Rapport mondial sur le développement humain 2014. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience ; Légendes des pays et des classements IDH 2013. pp1-179, 2013.
 15. Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après: Un agenda inachevé. Octobre 2004; The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 1-31, 2004.
 16. Varenne B., Petersen P.E., Fournet F., Mselati P., Gary J., Ouattara S., Harang M., Salem G. Illness-related behaviour and utilization of oral health services among adult city-dwellers in Burkina Faso: evidence from a household survey. BMC, Vol. 6: 1-164, 2006.