

**Université de Ouagadougou**  
**Unité de Formation et de Recherche**  
**des Sciences de la Santé (UFR/SDS)**  
**Section Médecine**

**BURKINA FASO**  
**Unité - Progrès - Justice**

**Année Universitaire 2001-2002**

**Thèse n°31**

**PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS BUCCO-  
DENTAIRES AU BURKINA FASO :  
CONTRIBUTION DU CENTRE MUNICIPAL DE  
SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DE  
OUAGADOUGOU**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 2002 pour l'obtention*

**DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(diplôme d'état)

par : Youssouf NAGABILA

né le : 22 Juillet 1969 à Tikaré

(Burkina Faso)

**Directeur de thèse :**

Pr.Ag. Kampadilemba OUOBA

**Co-Directeur de thèse :**

Dr. Dieudonné OUEDRAOGO

**JURY**

**Président :** Pr.Ag. Albert WANDAOGO

**Membres :** Dr. Daman SANO

Dr. Maïmouna DAO/OUATTARA

Dr. Dieudonné OUEDRAOGO

Dr. Annette OUEDRAOGO

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

-----  
**Unité de formation et de Recherche  
 des Sciences de la Santé  
 ( UFR/SDS )**  
 -----

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS**

Directeur	Pr. Amadou SANOU
Directeur Adjoint	Pr . Ag. Y. Joseph DRABO
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr . Ag. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Amadou SANOU
Coordonnateur de la Section Techniciens Supérieurs	Pr Blaise KOUDOGBO
Directeur des Stages de la Section Médecine (Ouagadougou)	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr Jean Baptiste NIKIEMA
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	M. TATIETA Harouna
Responsable de la Bibliothèque	Mme TRAORE Mariam
Chef de la Scolarité	Mme ZERBO Kadi
Secrétaire du Directeur	Mme BONKIAN Edwige
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS AU TITRE DE L'ANNEE 2001 / 2002**

**ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**Professeurs titulaires (08)**

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

**Professeurs associés (01)**

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

**Maitres de Conférences (19)**

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jcan LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie

Oumar TRAORE N°1	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire
<b><u>Maîtres-Assistants (31)</u></b>	
Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubakar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie

Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophthalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
T. Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassana SANGARE	Bactério-Virologie
<b><u>Assistants</u></b>	
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhiuo Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie

Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
L. Valerie Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO	Dermatologie
GOUMBRI / Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie
P. Antoine NIAMPA	Dermatologie
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique

Emile BANDRE	Chirurgie générale et digestive
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dicudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxillo-faciale
Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie

#### **Assistants Biologistes des Hôpitaux**

Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie
Issa SOME	Chimie Analytique
Rasmané SEMDE	Galénique
Jean SAKANDE	Biochimie

#### **Assistants associés (01)**

#### **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

**UFR des Sciences de la vie et de la terre (UFR/SVT)**

et

**UFR des Sciences exactes et Appliquées (UFR/ SEA)**

#### **Professeurs Titulaires**

Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM ( in memorian )	Chimie
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie

#### **Maîtres de Conférences**

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
---------------	--------------------------

François	ZOUGMORE	VII Physique
Adama	SABA	Chimie Organique
Philippe	SANKARA	Cryptogamie-Phytopharmacie
Gustave	KABRE	Biologie Générale
Abdoulaye	SAMATE	Chimie Organique

### **Maîtres-Assistants**

Makido B.	OUEDRAOGO	Génétique
Raymond	BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Drissa	SANOU	Biologie Cellulaire

### **Assistants**

Apolinaire	BAYALA (in memoriam)	Physiologie
------------	----------------------	-------------

### **Institut du Développement Rural ( IDR )**

#### **Maîtres de Conférences**

Didier	ZONGO	Génétique
Georges Annicet	OUEDRAOGO	Biochimie

### **UFR des Sciences Economiques et de Gestion (UFR/SEG)**

#### **Maître-Assistant**

Tibo Hervé	KABORE	Economie-Gestion
------------	--------	------------------

### **UFR des Sciences Juridiques Politiques (UFR/SJP)**

#### **Assistants**

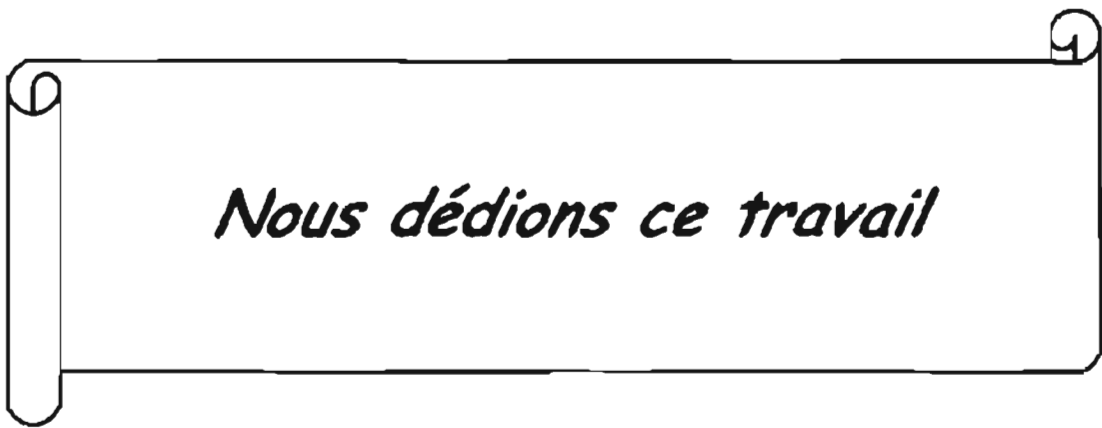
Jean Claude	TAITA	Droit
-------------	-------	-------

### **ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M.	DAHOU ( in mémoriam)	Hydrologie
Dr	Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr	Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr	Sidiki TRAORE	Galénique



Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Sylvestre TAPSOBA	Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Dr Seydou SOURABIE	Pharmacognosie
Dr Félix KINI	Chimie
Dr Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Dr Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cecile OUEDRAOGO	Anglais
<b><u>ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES</u></b>	
<b><u>A.U.P.E.L.F.</u></b>	
Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Emmanuel BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr Mamadou BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr Babaear FAYE	Pharmacologie (Dakar)
<b><u>Mission Française de Coopération</u></b>	
Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Raphaël DARBOUX	Histologie-Embryologie
<b><u>Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)</u></b>	
Pr. Jean NEVE	Chimie Thérapeutique
Pr. Viviane MOES	Galénique
<b><u>Mission avec les autres universités</u></b>	
Pr André BIGOT	Immunologie



*Nous dédions ce travail*

**A la mémoire de mon grand frère Boureima**

Tout petit, tu m'as montré que le travail paie après un dur labeur fait ensemble. Comment pourrai-je oublier cette leçon ? Repose en paix.

**A la mémoire de mon grand oncle Mamadou BARRY**

Tu as partagé le peu que tu avais avec moi, qualité qui fait défaut chez la plupart de nos semblables. Ton départ auprès d'Allah ne m'aura pas permis de te traduire toute ma reconnaissance. Qu'il te le rende au centuple.

**A mon père**

Avec sagesse, rigueur et clairvoyance, vous nous avez guidé les pas dans la vie et accompagné tout au long de nos études. Ce travail est le vôtre, il couronne vos efforts.

**A ma mère**

Ne serais-je pas tenté de paraphraser Camara Laye ? Deux décennies après le premier départ de la maison familiale, recevez ce travail pour vous consoler.

**A ma petite maman**

Toi qui a fait l'école tu liras et tu me répondras : Comment va la santé ?

**A tonton Antoine et tantie Louise**

Avec vous, à Ouaga, j'ai une famille où règne l'amour et la simplicité. Permettez-moi de vous remercier pour vos multiples efforts à mon endroit.

**A mes sœur et frères : Mahamadi, Halidou, Kalizèta, Idrissa**

Au delà de cette filiation commune, je voudrais saluer cette solidarité exprimée à mon égard. Puisse Dieu nous garder unis.

**A mes sœurs et frères, cousines et cousins, nièces et neveux**

Le philosophe disait que rien de grand ne se fait sans passion. Alors, travaillez, prenez de la peine (La Fontaine).

**A la famille Etienne KABORE**

Je me sens bien chez vous.

**A Aimé KABORE, Dr.**

Pour les moments passés ensemble, ton soutien à ce travail, comment ces lignes pourront-elles suffire ? Merci mon frère.

**A Harouna COMPAORE et Madame**

Vous avez su, chers amis, donner la main à celui qui en avait besoin. Au risque de me tromper, je laisserai parler mon cœur.

**Au Docteur Laurent OUEDRAOGO**

Pour votre disponibilité depuis le début de ce travail, je m'en voudrais de ne pas vous traduire toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

**Au Professeur Jean LANKOANDE**

« Droit au cœur » je vous l'avais dit, pour l'intérêt porté à ma thèse. Merci Professeur.

**A Monsieur Robert BAZIE**

Pour la qualité de l'enseignement de base transmis et votre simplicité humaine.

**A Monsieur Hubert YAMEOGO**

Pour vos précieux conseils et votre soutien.

**A Monsieur Jean Louis ZONGO**

Je t'aurais demandé l'impossible mais tu as cependant relevé le défi. Je passerai après pour les graphiques en miroir.

**A mes amis, promotionnaires, Collègues.**

Je me garderais bien de citer vos surnoms. J'espère que vous vous reconnaîtrez cependant.

André Yolland KY Dr.,  
 Dieudonné NARE,  
 Hermann OUEDRAOGO Dr.,  
 Hyacinthe OUEDRAOGO Dr.,  
 Issou OUEDRAOGO Dr.,  
 Jérôme NANA Dr.,  
 Léon SAWADOGO Dr.,  
 Mahamadi et Mimi CISSE Drs.,  
 Moumouni SAWADOGO,  
 Parfait OUEDRAOGO Dr.,  
 Salif SANKARA Dr.,  
 Sanoussa OUEDRAOGO,  
 Tidiani KONFE

**A toutes et à tous**



***Nous remercions***

**Messieurs le Maire de la commune de Ouagadougou et le Directeur du CMSBD**

La grande clairvoyance dont vous avez fait montre de l'initiation à la réalisation de ce projet du CMSBD révèle si besoin était votre sacerdoce à servir la population.

**Tous les enseignants de l'UFRR/SDS**

Votre métier est certes difficile mais il est noble. Veuillez excuser mes manquements.

**Tout le personnel du CHNYO, du CMSBD, de la CNDP, de HACOM**

**Le Docteur Souleymane BOUGOUM**

Pour la qualité des données collectées dans votre cabinet.

**Le Docteur Célestin ZOUNGRANA**

Pour la mine d'or mise à ma disposition et que j'ai exploitée à souhait.

**Monsieur Franck Ollé KAM**

Pour le soutien et les encouragements.

**Mesdames Kalizèta YAMEOGO/NAGABILA  
et Mireille CISSE/TAPSOBA**

Merci mesdames les grammairiennes. Vous méritez l'académie.

**Messieurs Rasmané OUEDRAOGO "Confidence" et Hamado BAMOGO**

Pour le traitement de texte et les caractères spéciaux, je vous tire mon chapeau.

**A TOUTES & TOUS**

Directement ou indirectement, vous avez contribué à la réalisation de ce travail.



*A nos maîtres et juges*

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY  
LE PROFESSEUR AGREGE A.WANDAOGO**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury en dépit de vos multiples sollicitations.

Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont toujours forcé notre estime.

Avec vous, nous aurions appris que la précision et la concision ne sont pas que théoriques. Elles doivent être la règle dans la pratique médicale.

Veillez trouver ici, cher maître, notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE  
LE PROFESSEUR AGREGE K. OUOBA**

Permettez-nous, cher maître de vous remercier pour l'initiation à la pathologie ORL que vous nous avez dispensée. Cette pédagogie qui nous invitait à oublier le laïus rendait votre enseignement tout à fait digeste pour l'étudiant.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique nous serviront d'exemple. Profonde gratitude et grande reconnaissance, nous vous les devons.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE  
LE DOCTEUR S. S. TRAORE**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre disponibilité, votre modestie, vos connaissances scientifiques forcent l'admiration. Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.



**A NOTRE MAITRE ET JUGE  
LE DOCTEUR M. DAO/OUATTARA**

L'accueil cordial à nous reçu présume de la grande qualité des prestations dont bénéficient vos patients. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Soyez en remercier.

**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE  
LE DOCTEUR D. OUEDRAOGO**

Au delà de vos grandes qualités humaines, votre disponibilité, votre accessibilité, la promptitude et la pertinence de vos appréciations nous a insufflé un enthousiasme sans cesse grandissant tout au long de l'étude.

Je vous suis extrêmement reconnaissant, cher maître.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE  
LE DOCTEUR A. OUEDRAOGO**

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement et votre simplicité, votre sympathie nous restent en mémoire. En acceptant de juger ce travail, vous montrez tout l'intérêt que vous accordez à la santé bucco-dentaire. Sincères remerciements.

**" Par délibération, l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation".**

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>
-------------------------------

<b>ACDB</b>	: Association des Chirurgiens Dentistes du Burkina
<b>AEDS</b>	: Accidents d'évolution de la dent de sagesse
<b>AIMF</b>	: Association Internationale des Maires Francophones
<b>AOI</b>	: Aide Odontologique Internationale
<b>CHN</b>	: Centre Hospitalier National
<b>CHNP-CDG</b>	: Centre Hospitalier National Pédiatrique- Charles De Gaulle
<b>CHNSS</b>	: Centre Hospitalier National Sanou Sourou
<b>CHNYO</b>	: Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CMA</b>	: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
<b>CMSBD</b>	: Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire de Ouagadougou
<b>CPITN</b>	: Community Periodontal Index Traitement Needs
<b>CSPS</b>	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DCAO</b>	: Dents Cariées, Absentes ou Obturées
<b>DIEM</b>	: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et du Matériel
<b>DRS</b>	: Direction Régionale de la Santé
<b>ENSP</b>	: Ecole Nationale de Santé Publique
<b>HBD</b>	: Hygiène Bucco-Dentaire
<b>ISO</b>	: Infirmier Spécialiste en Odonto-stomatologie
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de Santé
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNSBD</b>	: Programme National de Santé Bucco-Dentaire
<b>PPTE</b>	: Pays Pauvres Très Endetés
<b>RGPH'96</b>	: Recensement Général de Population et de l'Habitation 1996
<b>SDI</b>	: Secours Dentaire International
<b>TOD</b>	: Textes d'Orientation de la Décentralisation
<b>VIH/SIDA</b>	: Virus de l'Immuno- déficience Humaine /Syndrome de l'Immuno- Déficience Acquise.

<b>LISTE DES TABLEAUX</b>
---------------------------

Pages

<b>Tableau I</b>	: Infrastructures et personnel au niveau central (ministère de la santé, CHN)	08
<b>Tableau II</b>	: Infrastructures et personnel au niveau intermédiaire [CHR]	08
<b>Tableau III</b>	: Infrastructures et personnel au niveau périphérique [CMA]	09
<b>Tableau IV</b>	: Infrastructures et personnel dans les secteurs parapublic et privé	11
<b>Tableau V</b>	: Tableau récapitulatif de la répartition de l'équipement et du personnel de santé bucco-dentaire au Burkina Faso	12
<b>Tableau VI</b>	: Valeurs moyennes de l'indice DCAO dans le monde	15
<b>Tableau VII</b>	: Pourcentage de sujets ayant besoin d'un traitement parodontal dans le monde	15
<b>Tableau VIII</b>	: Valeurs moyennes de l'indice DCAO dans les pays développés	16
<b>Tableau IX</b>	: Valeurs moyennes de l'indice DCAO dans les pays africains	18
<b>Tableau X</b>	: Classification des affections bucco-dentaires sur la base de critères épidémiologiques dans les communautés démunies	18
<b>Tableau XI</b>	: Répartition des patients selon le (s) diagnostic (s)	33
<b>Tableau XII</b>	: Répartition des soins de carie dentaire	39
<b>Tableau XIII</b>	: Répartition des soins des autres tissus durs de la dent	41
<b>Tableau XIV</b>	: Répartition des soins de parodontopathies	41
<b>Tableau XV</b>	: Nombre annuel de consultations, fauteuil dentaire et personnel de services bucco-dentaires au Burkina Faso	57
<b>Tableau XVI</b>	: Extractions et soins conservateurs dans des cabinets dentaires	61

<b>LISTE DES FIGURES</b>
--------------------------

	Pages
<b>Figure 1 :</b> Coupe sagittale d'une dent.....	21
<b>Figure 2 :</b> Formule dentaire de l'enfant.....	22
<b>Figure 3 :</b> Formule dentaire de l'adulte.....	22
<b>Figure 4 :</b> Répartition mensuelle des jours de travail.....	28
<b>Figure 5 :</b> Répartition mensuelle des consultations.....	29
<b>Figure 6 :</b> Répartition des patients selon le sexe.....	29
<b>Figure 7 :</b> Répartition des patients selon l'âge.....	30
<b>Figure 8 :</b> Répartition des patients selon la provenance géographique .....	31
<b>Figure 9 :</b> Répartition des patients selon la catégorie socio- professionnelle .....	32
<b>Figure 10:</b> Répartition des patients selon le diagnostic principal .....	33
<b>Figure 11 :</b> Répartition des actes thérapeutiques réalisés chez nos patients.....	36
<b>Figure 12 :</b> Prévalence de la carie dentaire selon le sexe de nos patients.....	38
<b>Figure 13 :</b> Prévalence de la carie dentaire selon l'âge de nos patients .....	38
<b>Figure 14 :</b> Prévalence des parodontopathies selon le sexe de nos patients .....	40
<b>Figure 15 :</b> Prévalence des parodontopathies selon l'âge de nos patients.....	40
<b>Figure 16 :</b> Prévalence de l'édentation selon le sexe de nos patients .....	42
<b>Figure 17 :</b> Prévalence de l'édentation selon l'âge de nos patients.....	42
<b>Figure 18 :</b> Prévalence des troubles de l'odontogénèse selon l'âge de nos patients .....	43
<b>Figure 19 :</b> Prévalence des traumatismes selon le sexe de nos patients.....	44
<b>Figure 20 :</b> Prévalence des traumatismes selon l'âge de nos patients .....	44
<b>Figure 21 :</b> Prévalence des extractions et des soins conservateurs selon le sexe de nos patients .....	46
<b>Figure 22 :</b> Prévalence des extractions selon la maladie et le sexe de nos patients .....	46
<b>Figure 23 :</b> Prévalence des extractions et des soins conservateurs selon l'âge de nos patients .....	48
<b>Figure 24 :</b> Prévalence des extractions selon la maladie et l'âge de nos patients .....	48
<b>Figure 25 :</b> Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents temporaires du maxillaire de nos patients .....	50
<b>Figure 26 :</b> Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents temporaires de la mandibule de nos patients .....	50

<b>Figure 27 :</b>	<b>Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents permanentes du maxillaire de nos patients.....</b>	<b>52</b>
<b>Figure 28 :</b>	<b>Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents permanentes de la mandibule de nos patients.....</b>	<b>52</b>
<b>Figure 29 :</b>	<b>Prévalence des soins parodontaux selon le sexe de nos patients .....</b>	<b>53</b>
<b>Figure 30 :</b>	<b>Prévalence des soins parodontaux selon l'âge de nos patients .....</b>	<b>53</b>
<b>Figure 31 :</b>	<b>Prévalence des soins de réhabilitation orale selon le sexe de nos patients .....</b>	<b>54</b>
<b>Figure 32 :</b>	<b>Prévalence des soins de réhabilitation orale selon l'âge de nos patients .....</b>	<b>54</b>

<b>TABLE DES MATIERES</b>
---------------------------

Pages

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>3</b>
<b>I.</b>	<b>SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO.....</b>	<b>3</b>
1.1	Données de base sur le Burkina Faso.....	3
1.2	Situation sanitaire du Burkina Faso.....	3
1.3	Organisation et fonctionnement des services de santé.....	3
1.3.1	Secteur sanitaire public.....	3
1.3.2	Secteur sanitaire privé.....	4
1.3.3	Secteur sanitaire traditionnel.....	4
1.4	Infrastructures sanitaires.....	4
1.5	Ressources humaines.....	4
1.6	Situation de la santé bucco-dentaire au Burkina Faso.....	5
1.6.1	Principales affections.....	5
1.6.2	Programme National de Santé Bucco-Dentaire.....	5
1.6.3	Organisation et fonctionnement des services de santé bucco-dentaire.....	6
1.6.4	Infrastructures, équipement, matériels et consommables.....	6
1.6.5	Personnel.....	6
1.6.6	Activités des services de santé bucco-dentaire.....	12
1.6.7	Système d'information bucco-dentaire.....	13
1.6.8	Financement et partenaires des soins de santé bucco-dentaires.....	13
1.7	Collectivités locales et santé bucco-dentaire.....	13
<b>2-</b>	<b>EPIDEMOLOGIE DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES.....</b>	<b>14</b>
2.1	Indices épidémiologiques.....	14
2.2	Santé bucco-dentaire dans le monde.....	14
2.3	Santé bucco-dentaire dans les pays développés.....	16
2.3.1	Principales affections.....	16
2.3.2	Organisation des services de santé bucco-dentaire.....	16
2.4	Santé bucco-dentaire en Afrique.....	17
2.4.1	Principales affections.....	17
2.4.2	Organisation des services de santé bucco-dentaire.....	19
<b>3.</b>	<b>RAPPELS ANATOMO - PHYSIOLOGIQUE.....</b>	<b>19</b>
3.1	Anatomie et physiologie de la bouche.....	19
3.1.1	Définition.....	19
3.1.2	Division topographique.....	19
3.2	Anatomie et physiologie des dents.....	20
3.2.1	Définition.....	20
3.2.2	Structure d'une dent.....	21
3.2.3	Moyens de fixation d'une dent.....	21
3.2.4	Eruption dentaire.....	22

4.	RAPPELS CLINIQUES.....	23
4.1	Carie dentaire.....	23
4.2	Parodontopathies.....	23
5.	HYGIENE ET PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.....	24
5.1	Hygiène bucco-dentaire.....	24
5.2	Prévention de la carie et des parodontopathies.....	24
<b>III-</b>	<b>NOTRE ETUDE.....</b>	<b>25</b>
1.	OBJECTIFS.....	25
1.1	Objectifs général.....	25
1.2	Objectifs spécifiques.....	25
2.	METHODOLOGIE.....	26
2.1	Cadre de l'étude.....	26
2.2	Type d'étude.....	26
2.3	Matériel et méthodes.....	26
3.	RESULTATS.....	28
3.1	Etude quantitative.....	28
3.1.1	Fréquentation.....	28
3.1.2	Répartition selon le sexe.....	29
3.1.3	Répartition selon l'âge.....	30
3.1.4	Répartition selon la provenance géographique.....	31
3.1.5	Répartition selon la catégorie socio- professionnelle.....	32
3.1.6	Aspects pathologiques.....	32
3.1.7	Aspects thérapeutiques.....	35
3.1.8	Cas particuliers.....	36
3.1.9	Radiographies dentaires.....	37
3.2	Etude qualitative.....	38
3.2.1	Carie dentaire.....	38
3.2.2	Autres maladies des tissus durs de la dent.....	39
3.2.3	Parodontopathies.....	40
3.2.4	Edentation.....	42
3.2.5	Troubles de l'odontogénèse.....	43
3.2.6	Traumatismes.....	44
3.2.7	Tumeurs buccales et maxillo-faciales.....	45
3.2.8	Autres affections bucco-dentaires et maxillaires.....	45
3.2.9	Extractions et soins conservateurs.....	45
3.2.10	Soins parodontaux.....	53
3.2.11	Soins de réhabilitation orale.....	54



4.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	55
4.1	Biais et facteurs limitatifs.....	55
4.1.1	Cadre de l'étude.....	55
4.1.2	Collecte des données.....	55
4.2.	Etude quantitative.....	56
4.2.1	Fréquentation .....	56
4.2.2	Répartition selon le sexe.....	58
4.2.3	Répartition selon l'âge.....	58
4.2.4	Répartition selon la provenance géographique.....	58
4.2.5	Répartition selon la catégorie socio-professionnelle.....	59
4.2.6	Aspects pathologiques .....	59
4.2.7	Aspects thérapeutiques.....	61
4.2.8	Cas particuliers .....	64
4.2.9	Radiographies dentaires.....	66
4.3	Etude qualitative.....	66
4.3.1	Carie dentaire .....	66
4.3.2	Autres maladies des tissus durs de la dent .....	67
4.3.3	Parodontopathies.....	67
4.3.4	Edentation.....	68
4.3.5	Troubles de l'odontogénèse.....	69
4.3.6	Traumatismes.....	70
4.3.7	Tumeurs buccales et maxillo-faciales .....	70
4.3.8	Autres affections bucco-dentaires et maxillaires.....	71
4.3.9	Extractions et soins conservateurs.....	71
4.3.10	Soins parodontaux.....	73
4.3.11	Soins de réhabilitation orale.....	73
5.	CONCLUSION .....	74
6.	SUGGESTIONS.....	75
7.	REFERENCES.....	77
8.	ANNEXES.....	85

# **I. INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME**

Les affections bucco-dentaires touchent tout le monde . Ceci a conduit l'OMS à les classer comme quatrième (4<sup>ème</sup>) fléau mondial après les cancers, les cardiopathies et l'infection à VIH/SIDA [30,47].

L'OMS définit la santé bucco-dentaire comme étant l'absence de toute anomalie morphologique ou fonctionnelle des dents, du parodonte et de toutes les parties adjacentes (complexe maxillo-facial) participant aux diverses fonctions de mastication, déglutition, élocution, respiration, esthétique, etc. [28,35].

En Afrique, la prévalence des affections bucco-dentaires est élevée. Ainsi les statistiques disponibles sur le Burkina Faso donnent chez les scolaires de douze (12) ans 30 à 45% pour la carie dentaire, 75 à 83% pour les parodontopathies et 15.1 cas pour 10.000 hospitalisations en ce qui concerne la stomatite gangreneuse (noma) [30,35].

La tendance serait même à la détérioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population du fait que les facteurs favorisants se sont accrus et que la prévention n'a pas suffisamment retenu l'attention, surtout en milieu urbain [40,54].

Par contre le développement de structures de prise en charge des affections bucco-dentaires n'a pas connu le même essor. Ainsi, en ce qui concerne les soins bucco-dentaires, la pyramide sanitaire du Burkina Faso se caractérise comme suit :

- A la base, leur absence (au niveau des CSPS en dehors de quelques expériences délaissées dans les provinces du Gourma, Soum et de l'Ouhritenga) ou leur quasi-absence (une dizaine de CMA sur quarante-quatre dispose de cabinet dentaire) [1.30,32].

- Une insuffisance quantitative et qualitative des structures de référence(CHR ,CHN) avec une mauvaise répartition des ressources humaines (trop forte concentration de chirurgiens dentistes dans les CHN) [28,30].

La prévention des affections bucco-dentaires n'est que de nom. En effet, une étude réalisée dans le district sanitaire de Dori a révélé que 80% de la population n'a jamais été informé sur l'hygiène bucco-dentaire [47].

C'est dans ce contexte de dissociation entre affections bucco-dentaires (nombreuses et grandissantes) et de déficit global de prise en charge des affections bucco-dentaires que le Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire de Ouagadougou (CMSBD) a été inauguré le 08 mai 2000 à la faveur des tâches dévolues aux nouvelles collectivités dans le cadre de la décentralisation [8].

Quelle est la fréquentation de ce centre ? Quels types de soins bucco-dentaires y sont dispensés ? Comment peut-on améliorer ces soins ? Cet exemple peut-il inspirer d'autres collectivités locales et d'autres partenaires ?

Nous nous proposons donc d'étudier la prise en charge des affections bucco-dentaires au Burkina Faso à travers la contribution du Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire de Ouagadougou.

Avant de répondre aux questions ci-dessus, nous ferons les rappels suivants :

- sur le système de santé au Burkina Faso
- sur l'épidémiologie des affections bucco-dentaires
- anatomique et physiologique de la bouche et des dents
- cliniques des principales affections bucco-dentaires
- et enfin sur l'hygiène et la prévention bucco-dentaires

## **II. GENERALITES**

## **1. SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO.**

### **1.1 Données de base sur le Burkina Faso [17,18,19,30]**

Le Burkina Faso est un pays continental situé au cœur de l'Afrique occidentale sur une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> et peuplé de 10 763 041 habitants (RGPH'96) avec une croissance naturelle estimée à 2,68%.

Le climat est sévère et les pluies sont peu abondantes, mal réparties et irrégulières selon les années. En conséquence, le secteur agricole qui occupe 90% de la population connaît des difficultés dues aux aléas climatiques.

Le Burkina Faso est classé dans les Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) et 44,3% des Burkinabé ne disposent pas du minimum de 41 099 frs CFA (seuil national absolu de pauvreté) par adulte et par an nécessaire à la satisfaction des besoins de base. Une telle situation a engendré un déficit social dont les principales manifestations sont la précarité de la santé des populations, le très faible niveau de développement du système éducatif (40,5% de taux de scolarisation au primaire en 1998 -1999), le déficit céréalier et les famines, les difficultés d'approvisionnement en eau potable.

### **1.2 Situation sanitaire du Burkina Faso [19,30,31]**

La situation sanitaire demeure préoccupante. Le budget de la santé (09,23% du budget national en 2002) reste en deçà des normes de l'OMS (10%).

Le taux de mortalité générale élevé est de 15.2 pour 1000 et est imputable aux mortalités infantile, infanto-juvénile, maternelle et celle due au SIDA.

### **1.3 Organisation et fonctionnement des services de santé [17,30,47]**

Le ministère de la santé est chargé au niveau gouvernemental de toutes les questions relatives à la santé. La politique de santé est organisée autour de trois (3) secteurs principaux :

#### **1.3.1 Secteur sanitaire public**

Sur le plan administratif il comprend trois niveaux :

- le niveau central organisé autour du cabinet ministériel et du secrétariat général.
- le niveau intermédiaire qui comprend treize (13) directions régionales de la santé (DRS)
- le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires au nombre de 53.

Sur le plan organisation des soins, il comprend également trois(3) niveaux

- le premier niveau est constitué par le district sanitaire qui comprend deux (2) échelons :

- Le premier échelon est le centre de santé et de promotion sociale (CSPS)
- Le deuxième échelon est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Certains districts sont centrés sur des centres hospitaliers régionaux (CHR).
  - le deuxième niveau est représenté par le centre hospitalier régional (CHR) qui sert de recours aux CMA.
  - le troisième niveau est constitué par les centres hospitaliers nationaux (CHN), qui servent de référence la plus élevée pour les soins spécialisés.

### **1.3.2 Secteur sanitaire privé**

Il s'agit d'exploitations individuelles, associatives ou non gouvernementales. Les exploitations privées à but lucratif connaissent un essor surtout dans les grands centres urbains.

### **1.3.3 Secteur sanitaire traditionnel**

Il est reconnu par la loi du 19 Mai 1994 portant Code de la Santé Publique mais comporte des insuffisances dans son organisation et dans son exercice.

## **1.4 Infrastructures sanitaires[33]**

En l'an 2000 le Burkina Faso comptait trois centres hospitaliers nationaux (CHN), neuf centres hospitaliers régionaux (CHR), trente un centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), quarante un centres médicaux (CM), sept cents quatre vingt dix huit centres de santé et de promotion sociale (CSPS), cent trente cinq dispensaires et quarante six maternités isolées.

Malgré le nombre relativement important, il y a une disparité dans la répartition géographique de ces infrastructures aux dépens des zones rurales.

## **1.5 Ressources humaines[30,33]**

Les effectifs disponibles en personnel sanitaire publique ne couvrent pas les besoins du pays. En plus, il y a une disparité notoire dans la répartition du personnel entre les villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso d'une part et le reste du pays de l'autre.

## 1.6 Situation de la santé bucco-dentaire au Burkina Faso

[2,12,17,28,29,30,32,33,34,35]

### 1.6.1 Principales affections

La fréquence des affections bucco-dentaires est difficile à déterminer en raison du faible nombre de données.

- Des études menées dans des écoles de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Banfora et Fada N'gourma permettent d'estimer la prévalence de la carie et des parodontopathies à l'âge de douze ans :

. Indice DCAO : 2,47 à 3,07

. Caries : 39 à 44,8%

. Parodontopathies : 75 à 82,4%

La carie dentaire progresse dans les villes mais le Burkina Faso se situe dans la tranche modérée (DCAO entre 2,7 à 4,4).

- Il faut noter par ailleurs l'existence d'affections graves par leur mortalité élevée : les tumeurs malignes, le noma, les manifestations bucco-dentaires de l'infection à VIH/SIDA et les traumatismes accidentels qui causent un lourd préjudice au complexe maxillo-facial.

### 1.6.2 Programme National de Santé Bucco-dentaire (PNSBD)

Ce programme a été élaboré en 1991 mais n'est exécuté en partie que par des partenaires. Il a cependant le mérite d'identifier les problèmes de santé bucco-dentaire au Burkina Faso. Notons des réalisations lui faisant référence :

- Un appui technique de l'Aide Odontologique Internationale (AOI) en 1992-1993 au cabinet dentaire du CHR de Fada N'gourma, la formation et la dotation des infirmiers des CSPS de la province du Gourma en odontologie et en éducation pour la santé bucco-dentaire, le dépistage et un concours de prévention en milieu scolaire à Fada N'gourma. Enfin l'installation d'un cabinet de 3 fauteuils dentaires.

- Un projet d'appui de l'AOI au PNSBD dans les provinces du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou en 1996 : étude sur les besoins en santé bucco-dentaire de la population scolaire de Bobo Dioulasso et de Banfora, inventaire des infrastructures, du matériel et du personnel bucco-dentaires qui y existent et installation d'un fauteuil dentaire à Orodora.

- La relecture du PNSBD en 1995



- La relecture du PNSBD en 1997.
- Un projet d'appui de la Fondation Hymne aux Enfants au PNSBD en 1999 : évaluation des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des populations et des prestataires de santé sur le noma dans les onze (11) régions sanitaires.
- La tenue d'un atelier national de consensus sur la définition des activités pertinentes en santé bucco-dentaire au niveau district organisé par le ministère de la santé, l'AOI et l'Association des Chirurgiens Dentistes du Burkina (ACDB) en août 2000.
- La relecture du PNSBD en 2001 et qui s'inscrit dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et dans le cadre de la stratégie de l'OMS/Afrique pour la période 1999 - 2008
- Des expériences de soins bucco-dentaires au niveau CSPS dans les districts de Ziniaré, de Djibo et de Fada N'gourma.

### **1.6.3 Organisation et fonctionnement des services de santé bucco-dentaire**

- La structure des services publics de santé bucco-dentaire suit l'organisation générale des services de santé. Au niveau des trois (3) hôpitaux nationaux, se trouvent des services de référence. Les autres services se situent aux niveaux des CHR et de certains CMA. Au niveau des CSPS, il n'existe aucune offre de soins bucco-dentaires (tableaux I,II,III,IV,V).

- Le secteur privé émerge depuis quelques années et regroupe une dizaine de cabinets dentaires à but lucratif et autant de cabinets à but non lucratif (tableaux IV,V).

Notons l'existence d'une unité dentaire mobile(UDM) du Secours Dentaire International (SDI) qui officie dans la région sanitaire de Ouagadougou pendant la saison sèche depuis 1998.

- Enfin, il existe un secteur informel qui dispense des soins bucco-dentaires mais qui échappe à toute systématisation et à tout contrôle.

### **1.6.4 Infrastructures, équipement, matériels et consommables**

Ils sont caractérisés par un déficit global et une disparité aux dépens des zones rurales.

Ainsi 13 CMA sur 44 disposent d'un cabinet dentaire, dont 04 sont peu ou pas fonctionnels par défaut d'équipements ou de matériels. Les infrastructures, équipements et matériels aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (voir tableaux, I, II, III, IV, V) sont en deçà des normes proposées par la direction des infrastructures de l'équipement et du matériel (DIEM) du ministère de la santé et le PNSBD 2001 (annexe V).

Dans la plus part des cas, les fauteuils dentaires sont du matériel de récupération obtenu par don, par l'intermédiaire d'ONG ou de comité de jumelage. L'hétérogénéité, le manque de pièces de rechange et de crédits, de spécialistes en maintenance entraînent de fréquentes pannes qui réduisent considérablement la fonctionnalité des cabinets dentaires.

En dehors de ces aléas, cette fonctionnalité est tributaire de ruptures fréquentes de consommables du fait d'une mauvaise gestion ou d'un non recouvrement des coûts.

#### **1.6.5 Personnel**

La situation du personnel est conforme à celle des infrastructures, équipements, matériaux et consommables. Plus de la moitié des chirurgiens dentistes et des infirmiers spécialistes en odontostomatologie (ISO) se trouve concentrée dans les villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Trente infirmiers spécialistes en odontologie se retrouvent dans les CHR (alors qu'il en aurait fallu 18) (tableaux I,II,III,IV,V et annexe V).

Si la formation des ISO (qui demanderait à être adaptée) se fait sur place à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), celle des autres catégories de personnel de santé bucco-dentaire se fait à compte-goutte à l'étranger.

**Tableau I : Infrastructures et personnel au niveau central**  
( ministère de la santé, CHN) [30]

		Mini. Santé	CHNYO	CHNSS	CHNPCDG*	TOTAL
<b>INFRASTRUCTURES</b>	Service maxillo-facial	-	0	1	0	1
	Fauteuil dentaire	-	1	2	0	3
	Laboratoire de prothèse	-	1	1	0	1
<b>PERSONNEL</b>	Chirurgien maxillo-facial	-	2 **	1 ***	0	3
	Dentiste en santé publique	3	-	-	-	3
	Chirurgien dentiste	1	6	3	0	10
	Inf. spécialiste en odonto	-	14	7	0	21
	Prothésiste	-	2	1	0	3

\* Centre hospitalier national pédiatrique Charles de Gaulle

\*\* 1 chirurgien maxillo-facial + 1 stomatologue

\*\*\* 1 stomatologue

**Tableau II : Infrastructures et personnel au niveau intermédiaire (CHR) [30]**

	Infrastructures		Personnel		
	Fauteuil dentaire	Laboratoire de prothèse	Chirurgien dentiste	Inf. en odonto	Prothésiste dentaire
<b>BANFORA</b>	2	1	2	4	1
<b>DORI</b>	2	0	1	1	0
<b>DEDOUGOU</b>	1	0	1	4	0
<b>FADA</b>	3	1	1	4	1
<b>GAOUA</b>	1	0	0	3	0
<b>KAYA</b>	1	1	1	3	0
<b>KOUDOUGOU</b>	2	0	3	4	0
<b>OUAHIGOUYA</b>	2	1	1	5	0
<b>TENKODOGO</b>	1	0	2	2	0
<b>TOTAL</b>	15	4	12	30	2

Tableau III : Infrastructures et personnel au niveau périphérique (CMA) [30]

Directions régionales	Districts sanitaires	Infrastructures		Personnel		
		Fauteuil dentaire	Laboratoire de prothèse	Chirurgien dentiste	Inf. en odonto	Prothésiste dentaire
OUAGA-DOUGOU	Secteur 30					
	Paul VI	1		1	-	-
	Pissy	1	0	1	2	-
	Kossodo					
	Boussé					
	Ziniaré	1	1	1	1	-
	Zorgho					
	Manga					
	Konbissiri					
	Saponé					
BOBO-DIOULASSO	Pô	1	-	1	-	-
	Secteur 15	1	1	2	3	1
	Secteur 22					
	Houndé	1	-	1	-	-
	Dandé					
BANFORA DORI	Orodara	1	1	1	-	-
	Sindou					
	Sebba					
DEDOUGOU	Gorom-gorom					
	Tougan					
	Toma					
	Boromo	1	-	1	1	-
	Nouna	1	-	1	1	-
FADA-NGOURMA	Solenzo					
	Bogandé					
	Diapaga					
GAOUA	Pama					
	Dano					
	Diébougou					
KAYA	Batié					
	Kongoussi	1	-	-	1	-
	Barsalogo					
KAYA	Boulsa	1	-	-	1	-

<b>KOUDOU- GOU</b>	Léo	1	-	-	1	-
	To					
	Réo					
	Nanoro					
	Yako					
<b>Ouah- Gouya</b>	Titao					
	Djibo	1	1	1	-	-
	Seguénéga					
<b>Tenkodo- Go</b>	Koupéla	1	-	-	-	-
	Zabré					
	Ouargaye					
<b>TOTAL</b>		14	4	11	11	1

Tableau IV: Infrastructures et personnel dans les secteurs parapublic et privé [30]

	Cabinets dentaires	INFASTRUCTURES		PERSONNEL		
		Fauteuil dentaire	Laboratoire de prothèse	Chirurgien dentiste	Inf. odonto	Prothésiste dentaire
<b>OUAGA- DOUGOU</b>	CMSBD	2	1	1	1	1
	OST	2	1	2	3	1
	IME urbain	1	0	3	0	0
	Camp militaire	2	1	4	5	3
	CM St Camille	2	1	2	2	1
	SDI	2	1	1	0	0
	CENOU	1	0	1	0	0
	Privés	10	10	10	0	0
<b>BOBO- DIOULASSO</b>	IME urbain	1	0	3	7	0
	Camp militaire	1	1	2	2	2
	Privés	5	5	5	0	0
<b>TOTAL</b>		29	21	34	20	8

**Tableau V : Tableau récapitulatif de la répartition de l'équipement et du personnel de santé bucco-dentaire au Burkina Faso.**

		MS	CHN	CHR	CMA	PARA- Public	PRIVE	CSPS	Total
E Q U I P E M E N T	Service maxillo-F	-	1						1
	Fauteuil dentaire	-	3	15	14	14	15		61
	Labo. prothèse	-	2	4	4	6	15		31
P E R S O N N E L	Chirurgien maxillo-F	-	3*	-		-			3
	Sté Pub	3	-	-		-			3
	Chgien Dentiste	1	9	12	11	19	15		67
	ISO	-	21	30	11	20	0		82
	Prothésiste	-	3	2	1	8	0		14

*\* 1 chirurgien maxillo-facial + 2 stomatologues*

#### 1.6.6 Activités des services de santé bucco-dentaire.

Elles sont curatives et consistent essentiellement en des extractions.

Ces activités sont très souvent indisponibles par panne technique ou par rupture de consommables.

L'éducation et la prévention en santé bucco-dentaire sont inexistantes. En effet, une étude réalisée dans le district sanitaire de Dori montre que 80% de la population n'a jamais eu d'information en santé bucco-dentaire et que 60% de la population ignore l'existence du cabinet dentaire.

### **1.6.7 Système d'information bucco-dentaire**

Il est déficient et dans les supports actuels de collecte, les données sont partielles.

### **1.6.8 Financement et partenaires des soins de santé bucco-dentaires**

Les services publics sont financés par le budget national alloué à la santé et les partenaires extérieurs (OMS, AOI, SDI, Trans Africa Association, comités de jumelage, ...).

L'ordre unique des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes du Burkina, l'Association des Chirurgiens Dentistes du Burkina (ACDB) et l'Association des Infirmiers et Infirmières Spécialistes en Odonto-stomatologie représentent les associations de professionnels de santé bucco-dentaire.

## **1.7 Collectivités locales et santé bucco-dentaire [8]**

Elles ont vu le jour avec l'avènement de la démocratie en 1995. Les textes d'orientation de la décentralisation (TOD) stipulent :

- peuvent être érigées en commune urbaine les agglomérations ou les communes rurales qui ont une population résidente d'au moins dix mille habitants et une activité économique pouvant générer des ressources propres permettant l'élaboration d'un budget annuel équilibré en recettes et en dépenses à quinze millions de francs au moins (Article 8 loi N°41/98/AN).

- la commune reçoit les compétences suivantes : construction et gestion de formations sanitaires de base et intermédiaires (Art 79, loi N°41/98/AN).

Ainsi à ce jour, le Burkina Faso compte 49 communes de plein exercice ayant chacune une population résidente d'au moins 10 000 habitants et dont le budget annuel est au moins égal à quinze millions. Il est à noter l'existence de fonds de dotation des collectivités prévus par la loi.

Parmi ces 49 communes, 26 communes sont sans structures de soins de santé bucco-dentaires dont 20 sont des chefs-lieux de districts sanitaires.

Une implication de ces collectivités dans la santé bucco-dentaire avec l'aide de partenaires au développement participerait à la décentralisation des services de santé parallèlement à la décentralisation administrative et aurait l'avantage de permettre une gestion rapprochée.



## 2.EPIDEMIOLOGIE DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES

### 2.1 Indices épidémiologiques [42,44]

Pour comparer la prévalence des affections bucco-dentaires d'une région à une autre, d'une période à une autre dans la même région, l'OMS a établi des normes d'appréciation standardisées parmi lesquelles les indices DCAO et CPITN sont les plus utilisés.

#### - Indice DCAO ou indice de KLEIN et PALMER

C'est la moyenne du nombre total de dents cariées, absentes ou obturées (DCAO) dans un groupe d'individus.

#### - Indice CPITN (Community Periodontal Index Traitement Needs)

C'est l'indice des besoins de la collectivité en matière de traitement des parodontopathies. Son intérêt majeur est de permettre une classification rapide des sujets examinés en cinq (5) catégories suivant leurs besoins de traitement :

- . Première catégorie : pas de besoin de traitement
- . Deuxième catégorie : amélioration de l'hygiène orale
- . Troisième catégorie : détartrage
- . Quatrième catégorie : curetage
- . Cinquième catégorie : traitement complexe

### 2.2 Santé bucco-dentaire dans le monde [40,44]

Elle est dominée de loin par la maladie carieuse, suivent les parodontopathies qui augmentent avec l'âge.

Les tableaux I et II révèlent l'ampleur de ces deux (2) affections.

**Tableau VI : valeurs moyennes de l'indice DCAO dans le monde [source OMS]**

Année	Monde	PVD*	PD**
1980	2,43	1,63	4,53
1982	2,42	1,83	3,92
1983	2,41	1,86	3,84
1985	2,78	1,43	3,82
1986	2,58	2,16	3,82
1987	2,52	2,16	3,52

*\*Pays en Voie de Développement*

*\*\*Pays Développés*

Comme l'indique ce tableau, la carie dentaire progresse dans les pays en voie de développement alors qu'elle régresse dans les pays développés. Cet état s'explique par le fait que les facteurs favorisant se sont accrus et que la prévention n'a pas suffisamment retenu l'attention.

**Tableau VII : Pourcentage de sujets ayant besoin d'un traitement parodontal dans le monde [Source OMS].**

Pays	Besoin de traitement (%)
USA (Sioux)	95,20
USA (Baltimore)	79,89
Japon	76,11
Allemagne	46,65
Nouvelle Zélande	27,51

## 2.3 Santé bucco-dentaire dans les pays développés [15,44,45]

### 2.3.1 Principales affections

-La prévalence de la carie approche 100% et les sujets indemnes à l'âge adulte sont extrêmement rares. En France les dépenses pour la carie dentaire représentent approximativement le 1/9<sup>ème</sup> de toutes les dépenses pour raison de santé. Le tableau ci-dessous donne l'indice DCAO dans certains pays développés.

**Tableau VIII** :valeurs moyennes de l'indice DCAO dans les pays développés [44]

Pays	Année	DCAO*
Russie	1990	5,1
Canada	1991	4,3
Hongrie	1991	4,3
Japon	1991	4,3
Allemagne	1989	4,1
France	1993	2,1

### 3. . *Dents Cariées, Absentes ou Obturées*

-La prévalence et la gravité des parodontopathies sont plus fortes chez les sujets âgés.

-20% à 30% des enfants souffrant d'anomalies orthodontiques ont besoin d'un appareillage.

### 3.3.2 Organisation des services de santé bucco-dentaire

Les services de santé bucco-dentaire et les normes de l'OMS d'un chirurgien dentiste pour 1500 habitants sont satisfaisants malgré les disparités selon les pays ou selon les régions dans un même pays.

Les soins curatifs sont assurés par des services privés ou publics. Le principe du tiers – payant (assurance, sécurité sociale, collectivité,...) est de règle mais ne couvre pas toute la gamme de soins dont

la population a besoin et les patients doivent payer eux-mêmes certaines prestations (cas des prothèses fixes).

En revanche, des considérations socio-économiques ralentissent le développement d'un service de prévention bucco-dentaire (limitation de la consommation de sucres, du tabac, de l'alcool ; la fluoration de l'eau de boisson, l'usage de sels fluorés et l'éducation pour la santé bucco-dentaire en milieu scolaire).

## **2.4 Santé bucco-dentaire en Afrique [6,26,35,43,46]**

### **2.4.1 Principales affections**

La carie dentaire et les parodontopathies sont moins courantes que dans les pays développés. En revanche il existe des affections graves constituant un véritable problème de santé publique :

#### **- La stomatite gangreneuse (Noma)**

Elle est très courante chez l'enfant africain. Les statistiques disponibles indiquent que l'incidence de la stomatite gangreneuse est de 20 cas pour 100 000 enfants par an et près de 90% de ces enfants meurent sans avoir reçu le moindre soin. La prévalence de cette affection va probablement augmenter avec l'aggravation de la pauvreté étant donné que bon nombre d'enfants souffrent de malnutrition chronique.

#### **- Les cancers de la bouche**

Leur incidence est estimée à 25 cas pour 100 000 habitants par an. L'urbanisation rapide avec l'augmentation de la consommation du tabac, de l'alcool et la mauvaise hygiène bucco-dentaire sont considérées comme les principales causes de l'accroissement de l'incidence des états précancéreux et de ces cancers.

#### **- Les manifestations bucco-dentaires de l'infection à VIH/SIDA**

Elles sont très répandues mais ne sont pas spécifiques au VIH. La candidose oropharyngée, la glossite losangique, l'herpès muqueux, la leucoplasie chevelue et la localisation muqueuse du syndrome de Kaposi en sont les principales manifestations.

#### **- La carie dentaire**

Sa prévalence est faible et varie d'une région à l'autre (confère tableau IV). Cependant près de 90% des cas restent sans traitement.

**Tableau IX : valeurs moyennes de l'indice DCAO de pays africains [Source OMS]**

Pays	Année	DCAO*
Centrafrique	1986	4,1
Mauritanie	1983	2,2
Burkina Faso	1993	1,7
Zimbabwe	1991	1,3
Ethiopie	1993	1,0

*\*Dents Cariées, Absentes ou Obturées*

Le tableau ci-dessous résume les principales affections bucco-dentaires rencontrées en Afrique

**Tableau X : classification des affections bucco-dentaires sur la base de critères épidémiologiques dans les communautés démunies [43]**

Affections bucco-dentaires	Prévalence	Morbidité	Mortalité
Noma	Elevée	Elevée	Elevée
Manifestations bucco-dentaires du VIH/SIDA	Elevée	Elevée	Elevée
Cancers de la bouche	Moyenne	Elevée	Elevée
Traumatismes maxillo-faciaux	Elevée	Moyenne	Moyenne
Malformations congénitales	Elevée	Moyenne	Moyenne
Pratiques néfastes	Elevée	Moyenne	Faible
Carie dentaire	Moyenne	Moyenne	Faible
Parodontopathies chroniques	Moyenne	Faible	Faible
Fluorose	Moyenne	Faible	Faible
Tumeurs bucco-dentaires bénignes	Faible	Moyenne	Faible
Edentulisme	Faible	Moyenne	Faible

### **2.4.2 Organisation des services de santé bucco-dentaire**

En 1998, le Docteur E.M.SAMBA directeur régional de l'OMS pour l'Afrique a noté que les efforts déployés dans la santé bucco-dentaire ont généralement consisté à créer au gré des circonstances, sans planification aucune, des services curatifs de santé bucco-dentaire mal repartis dans les divers pays et qui ne sont accessibles qu'aux nantis et aux citadins. Quant aux soins préventifs, ils sont quasi-inexistants.

## **3. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE**

### **3.1 Anatomie et physiologie de la bouche [9,10,13,16,52]**

#### **3.1.1 Définition**

La bouche se définit comme étant une cavité de la face située sous les fosses nasales entre les joues, constituant la partie initiale du tube digestif, logeant la langue, les glandes salivaires et les dents. Elle s'ouvre en avant par les lèvres et communique en arrière avec le pharynx .

#### **3.1.2 Division topographique**

##### **- La région du plancher**

Elle est limitée en avant par l'arcade mandibulaire, en arrière par le corps de l'os hyoïde et en bas par le muscle mylo-hyoïdien.

Cette région est riche en tissu celluleux très lâche pouvant être le siège d'un œdème considérable.

##### **- La langue**

C'est un organe ovalaire situé à la partie inférieure de la cavité buccale. Elle comporte une partie postérieure fixe ou racine et une partie antérieure mobile ou corps.

Organe du goût, elle participe à la phonation et à la déglutition.

### **- La région palatine (le plafond de la bouche) :**

Elle constitue la cloison séparant les fosses nasales en haut de la cavité buccale en bas. Cette région se poursuit en arrière et latéralement avec les régions des arcades dentaires et amygdaliennes. Elle se termine en arrière au niveau du bord libre du voile du palais.

Cette région participe à la déglutition, à la phonation et à la succion.

### **- La région génienne**

Elle est constituée par les joues et contient les vaisseaux faciaux, l'artère transversale, le nerf facial et le canal de STENON.

### **- La région labiale**

Elle est constituée des lèvres supérieure et inférieure, séparées par la commissure labiale.

### **- La région amygdalienne**

A la frontière de la cavité buccale et de l'oro-pharynx, elle contient les amygdales, des vaisseaux et des nerfs.

### **- La région gingivo-dentaire**

Elle constitue la partie du bord libre des maxillaires.

## **3.2 Anatomie et physiologie des dents [9,16,52]**

### **3.2.1 Définition**

La dent est un petit organe dur et blanchâtre destiné à broyer les aliments. Implantée sur le rebord alvéolaire du maxillaire et de la mandibule, la dent comporte une racine enfouie dans l'os et une couronne qui en émerge (voir figure 1).

Les dents constituent l'organe de mastication et participent à la phonation.

### 3.2.2 Structure d'une dent

La dent est formée d'une structure dure, de couleur gris-blanchâtre (dentine ou ivoire), recouverte au niveau de la couronne par l'émail et au niveau de la racine par le cément.

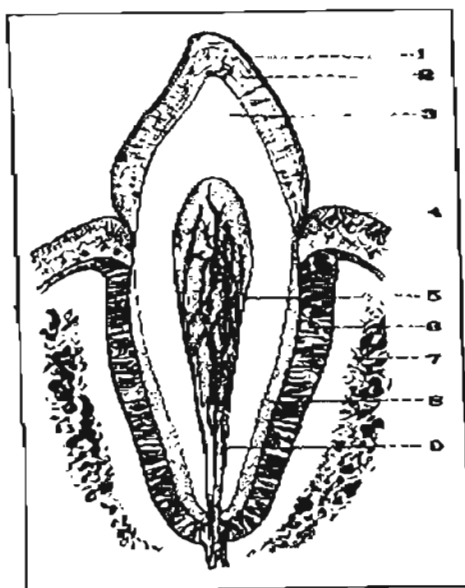
L'intérieur de la dentine est creusée d'une cavité centrale comblée d'un tissu riche en vaisseaux et en nerfs (la pulpe dentaire). Cette chambre pulpaire est large au niveau de la couronne et se rétrécit au niveau de la racine formant le canal dentaire qui s'ouvre sur l'os alvéolaire par l'apex (confère figure 1).

### 3.2.3 Moyens de fixité d'une dent

Les dents sont solidement maintenues en place sur les rebords maxillaires par :

- l'adaptation réciproque et rigoureuse de chaque alvéole avec la racine dentaire correspondante.
- Le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte.

L'ensemble os alvéolaire, muqueuse gingivale, ligament alvéolo-dentaire et cément constitue le parodonte (figure 1).



1. Couronne
2. Émail
3. Ivoire ou dentine
4. Muqueuse gingivale
5. Chambre pulpaire
6. Ligament alvéolo dentaire
7. Os alvéolaire
8. Cément
9. Canal dentaire

Figure 1 : Coupe sagittale d'une dent type



### 3.2.4 Eruption dentaire

C'est un phénomène dynamique fait d'un ensemble de déplacements que subit l'organe dentaire depuis la formation du germe dentaire jusqu'à la mise en place sur l'arcade d'un organe fonctionnel. C'est aussi un phénomène chronologique au terme duquel les dents temporaires, puis les dents permanentes se mettent en place. L'éruption dentaire s'étend sur trois (3) périodes :

-**Première période** (6 mois à 30 mois) : c'est l'éruption des dents temporaires ou lactéales aboutissant vers trente (30) mois à vingt (20) dents conformément à la formule dentaire ci-dessous :

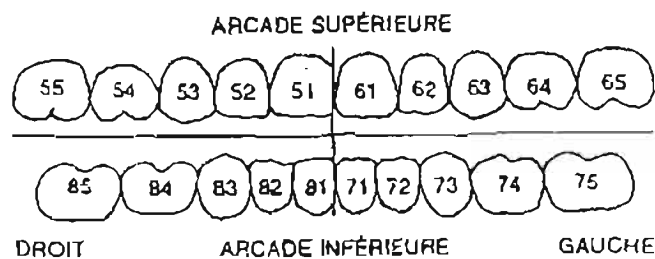


Figure 2 : Formule dentaire de l'enfant [42]

-**Deuxième période** (6ans à 12 ans) : les vingt (20) dents temporaires sont remplacées par vingt (20) dents permanentes tandis que les première (1<sup>ère</sup>) et deuxième (2<sup>ème</sup>) molaires permanentes poussent en arrière d'elles. Pendant cette période la formule dentaire est mixte et est fonction de l'âge.

-**Troisième période** (à partir de 18 ans) : apparaissent les quatre (4) dents de sagesse (3<sup>ème</sup> molaire). Cette dent de sagesse est très souvent le siège d'accidents d'évolution. La formule dentaire est conforme au schéma ci-dessous.

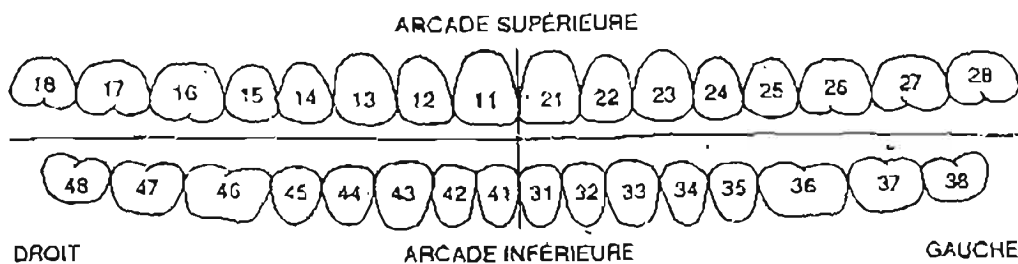


Figure 3 : Formule dentaire de l'adulte [42]

## 4. RAPPELS CLINIQUES [9,10,13,15,52]

Les affections bucco-dentaires sont variées mais celles qui constituent des endémies mondiales sont la carie dentaire et les parodontopathies. Ces deux affections feront l'objet de ce chapitre.

### 4.3.1 Carie dentaire

#### - Définition

Selon l'OMS, la carie dentaire est un processus pathologique d'origine externe survenant après l'éruption des dents qui commence par un ramollissement des tissus durs de la dent et qui aboutit à la formation d'une cavité.

En résumé, c'est une maladie chronique, multifactorielle à germes non spécifiques aboutissant à la destruction complète de la dent.

#### - Classification

Il existe plusieurs classifications, mais la plus utilisée est celle qui tient compte du degré de destruction des tissus durs de la dent. Ainsi nous avons :

- . carie du premier degré : atteinte de l'émail
- . carie du deuxième degré : atteinte de la dentine
- . carie du troisième degré : atteinte de la pulpe dentaire
- . carie du quatrième degré : nécrose pulpaire.

### 4.3.2 Parodontopathies

Ce terme regroupe toutes les maladies ou atteintes du parodonte, c'est à dire des tissus de soutien de la dent (gencives, os alvéolaire, ligament alvéolo-dentaire).

Comme la carie dentaire les étiologies des parodontopathies sont multifactorielles.

## **5. HYGIENE BUCCO-DENTAIRE ET PRÉVENTION [13,15,21,37,38]**

### **5.1 Hygiène Bucco-Dentaire (HBD)**

La maladie carieuse et les parodontopathies constituent la grande majorité de la pathologie bucco-dentaire par leur fréquence. Le principal agent favorisant des ces affections est la mauvaise hygiène responsable de la formation de la plaque dentaire et du dépôt tartrique. Une bonne hygiène bucco-dentaire permettrait donc de réduire sensiblement la fréquence de ces affections au sein de la population.

Une bonne hygiène bucco-dentaire est basée sur le brossage des dents avec une pâte dentifrice de préférence fluorée. A défaut on peut faire usage d'un bâtonnet frotte-dent.

Le brossage doit se faire verticalement sur les deux faces dentaires à l'intérieur et à l'extérieur en allant de la gencive vers les dents et horizontalement sur les faces occlusales des dents. Le brossage doit concerner toutes les dents. Les brossages les plus importants sont ceux du matin après le petit déjeuner et le soir au coucher.

### **5.2 Prévention de la carie dentaire et des parodontopathies**

Elle est basée sur les points suivants :

- la promotion d'une nourriture demandant un effort masticatoire
- la réduction des sucres et des aliments riches en hydrates de carbone
- le brossage des dents après les repas, après absorption de médicaments sucrés ou acides et le soir au coucher
- la correction de l'encombrement et des malpositions dentaires
- l'obturation à l'aide de résine des sillons et anfractuosités des surfaces triturantes des molaires
- la surveillance régulière des porteurs de prothèses dentaires
- l'usage de dentifrices fluorées et la fluoration de l'eau de boisson
- le dépistage tous les trois, six ou douze mois selon l'évolution des facteurs de risque.

### **III. NOTRE ETUDE**

## **1. OBJECTIFS**

### **1.1 Objectif général :**

Etudier la contribution du Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire de Ouagadougou à la prise en charge des affections bucco-dentaires du 10 octobre 2000 au 09 octobre 2001

### **1.2 Objectifs spécifiques**

- 1.) Déterminer la fréquentation du CMSBD du 10 octobre 2000 au 09 octobre 2001.
- 2.) Analyser les soins qui y sont dispensés pendant cette période.
- 3.) Faire des suggestions pour améliorer le fonctionnement du CMSBD et le niveau de la santé bucco-dentaire de la population burkinabé en général.

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1 Cadre de l'étude :**

C'est le CMSBD de Ouagadougou. Il a vu le jour grâce à l'appui financier de l'Association Internationale des Maires Francophones (AIMF) à la municipalité de Ouagadougou.

Inauguré le 08 mai 2000, le centre est fonctionnel depuis le 10 octobre 2000 ; il est situé au secteur 02 de la ville de Ouagadougou à côté de la gare routière «SANS FRONTIERES » et est dirigé par un chirurgien dentiste.

Il dispose d'un pavillon bucco-dentaire, d'un dispensaire, d'un laboratoire d'analyses médicales et d'un dépôt pharmaceutique de Médicaments Essentiels et Génériques (MEG).

Le pavillon bucco-dentaire se compose de deux (02) cabinets dentaires complètement équipés et d'un laboratoire de prothèse dentaire.

Le personnel de ce pavillon est composé d'un chirurgien-dentiste qui est le directeur, d'une infirmière spécialiste en odonto-stomatologie, d'un technicien de prothèse dentaire, d'un garçon et d'une fille de salle.

Le CMSBD est un service communal doté d'une autonomie de gestion. Il se propose d'offrir des soins de qualité accessibles et acceptables par la population tout en tenant compte du recouvrement des coûts (annexe IV).

### **2.2 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à partir des registres de consultation. Elle a concerné la 1<sup>ère</sup> année de fonctionnement et couvre la période du 10 octobre 2000 au 09 octobre 2001.

### **2.3 Matériel et Méthodes**

#### **- Population étudiée**

Ce sont les patients ayant consulté au pavillon bucco-dentaire du CMSBD pendant cette période.

### - Echantillonnage

L'analyse est exhaustive et concerne toute personne dont la consultation a été notifiée dans les registres.

### - Collecte des données

Pour chaque personne, une fiche de collecte des données a été élaborée et a comporté les variables suivantes (annexe I) :

- . La date de la 1<sup>ère</sup> consultation,
- . Le nombre de visites faites,
- . La provenance géographique,
- . l'âge,
- . le sexe,
- . la catégorie socio- professionnelle,
- . le(s) diagnostic (s) et leur (s) traitement (s) respectif (s) selon la Classification Internationale des Maladies-Adaptation à l'Odonto-Stomatologie (CIM-AO)[41]. Le diagnostic principal correspond à ce pour quoi le patient a consulté et l'( les) autre(s) diagnostic(s) ce pour quoi d'autres soins ont été nécessaires.
- . La ou les observation (s) (pour toute remarque particulière).

Une deuxième (2<sup>ème</sup>) fiche de recueil des données a été élaborée pour les radiographies dentaires faites au CMSBD où l'on distingue les patients du centre et les patients venus d'autres structures.

Enfin les radiographies panoramiques dentaires demandées aux patients du centre et réalisées dans d'autres structures ont également été notifiées sur cette fiche.

### - Saisie et traitement des données

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel Epi-Info version 6.04cfr. Les traitements de texte et les figures ont été réalisés avec les logiciels Word et Excel version 2000. Pour les tests statistiques nous avons utilisé le test de Chi-carré. Le seuil de signification retenu a été de 5%.

## **II. GENERALITES**



### 3. RESULTATS

#### 3.1 Étude quantitative

##### 3.1.1 Fréquentation

- Du 10/10/2000 au 09/10/2001, le Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire (CMSBD) a enregistré en 240 jours de travail 2008 patients pour 5089 consultations soit une moyenne journalière de 8 nouvelles consultations sur 21 consultations. Les figures 4 et 5 montrent un maximum de 26 jours et 695 consultations pour le mois de juillet 2001. Les mois d'octobre 2000 avec 10 jours de travail et 71 consultations et d'octobre 2001 avec 5 jours de travail et 118 consultations ne sont pas représentés sur les deux graphiques ci-dessous.

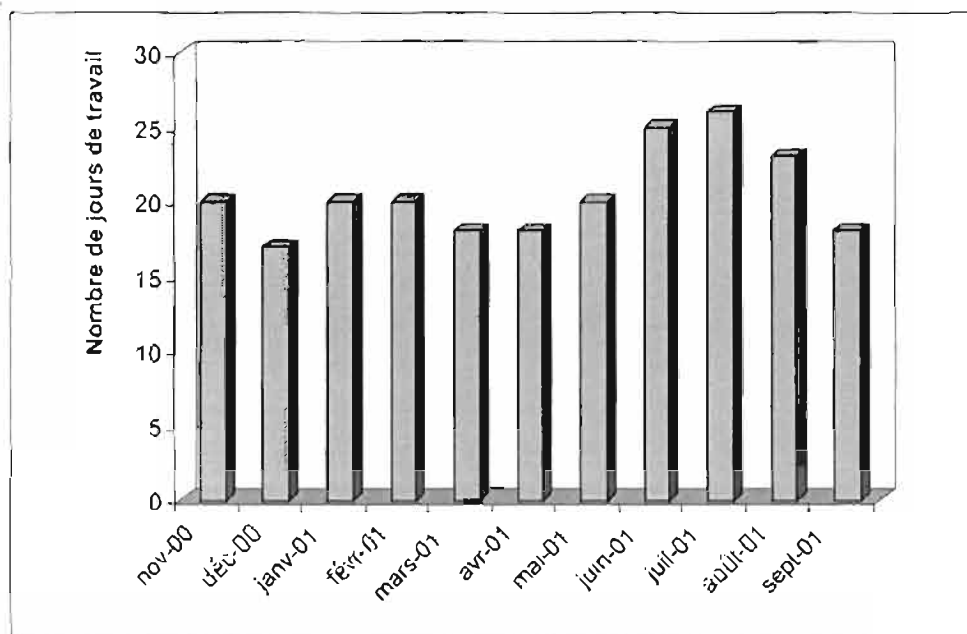


Figure 4 : Répartition mensuelle des jours de travail (n = 225)

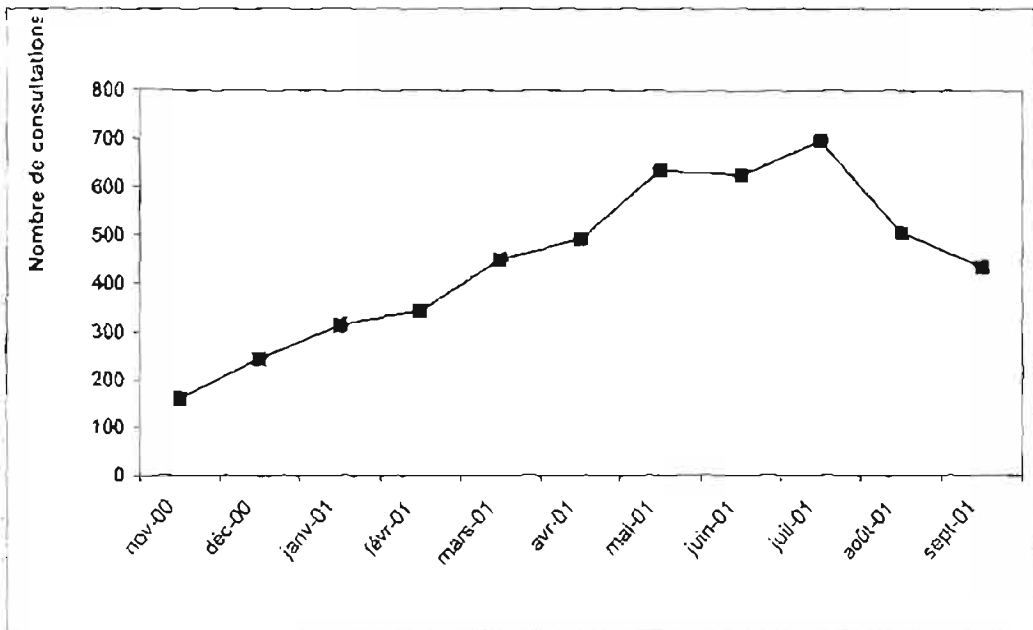


Figure 5 : Répartition mensuelle des consultations (n = 4900)

- En moyenne chaque patient aura consulté 2,53 fois avec des extrêmes de une et 18 consultations. Respectivement 32 % et 36% des patients ont consulté une ou deux fois.

### 3.1.2 Répartition des patients selon le sexe

Sur 2008 patients, 1071 étaient de sexe féminin et 922 de sexe masculin (figure 6). Le sex ratio est de 0,86 .

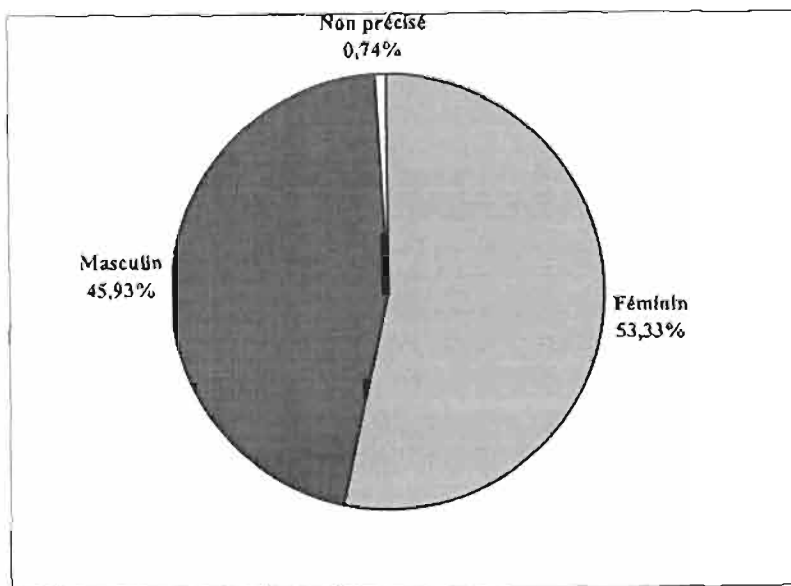


Figure 6 : Répartition des patients selon le sexe (n = 2008)

### 3.1.3 Répartition des patients selon l'âge

Les patients ont été répartis en 5 classes d'âge :

- 0 à 15 ans
- 16 à 30 ans
- 31 à 45 ans
- 46 à 60 ans
- et plus de 60 ans

L'âge moyen était de 28,9 ans  $\pm$  13,7 ans avec des extrêmes de 0 et 83 ans. La classe d'âge des jeunes de 16 à 30 ans était prédominante avec 42,48% des patients( figure 7).

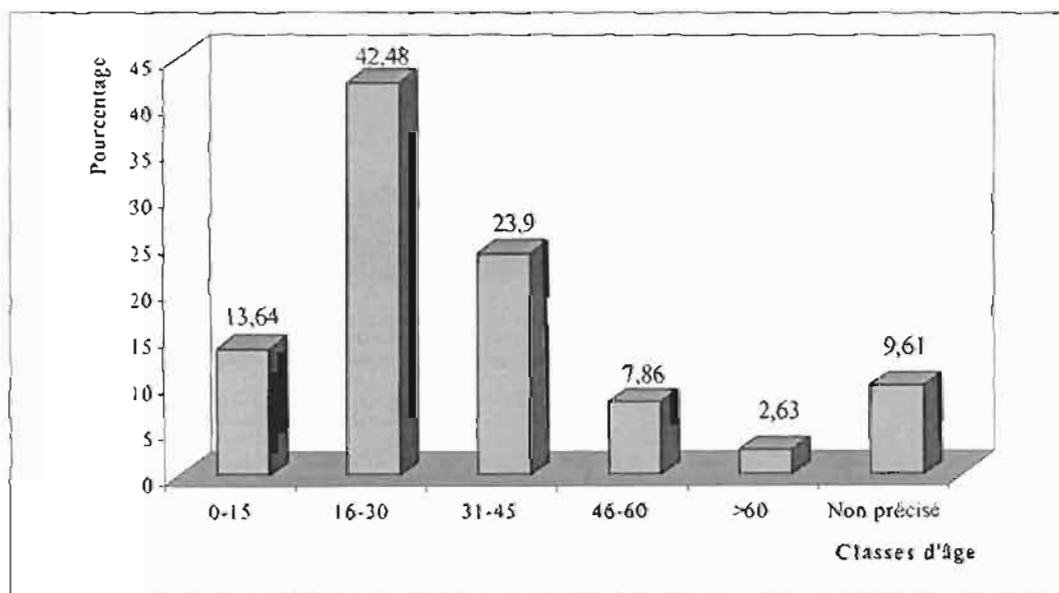


Figure 7 : Répartition des patients selon d'âge (n = 2008)

### 3.1.4 Répartition des patients selon la provenance géographique

Les résidents de la commune de Ouagadougou ont représenté 87,02% des patients du centre. Les autres provenaient de la province du Kadiogo (3 patients) ou d'autres localités (29 patients) (figure 8). Le secteur 2 où siège le centre et les secteurs immédiats (1,3,6,7,8,9,10,11) ont représenté 49 % des patients.

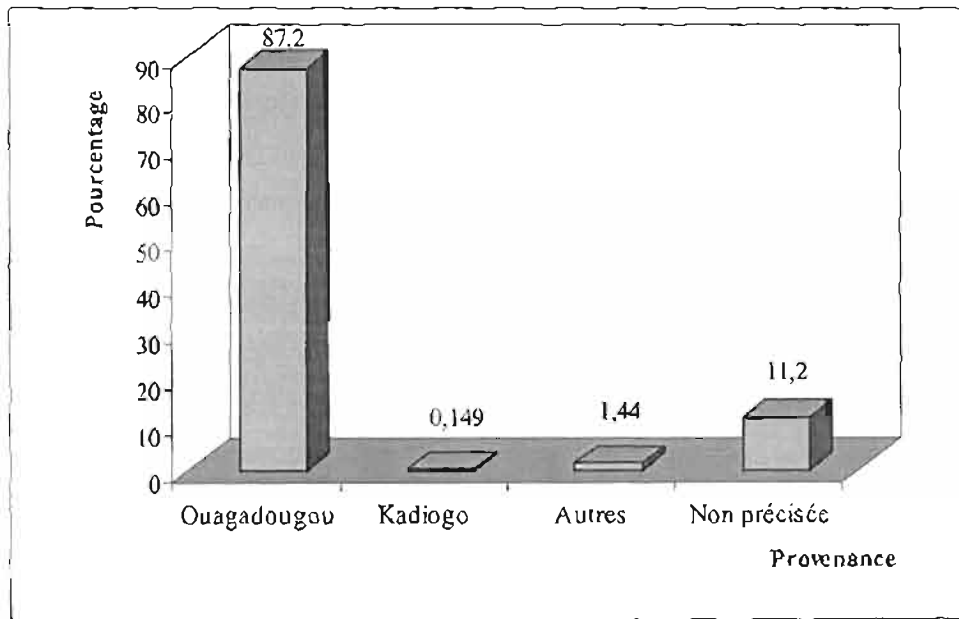


Figure 8 : Répartition des patients selon la provenance géographique (n=2008)

### 3.1.5 Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle

Elle a été dominée par la catégorie des élèves et étudiants et celle des salariés. La catégorie "autres" était représentée par 19 retraités, 13 cultivateurs, 10 religieux, 4 demandeurs d'emploi et 3 militaires (figure 9). Le pourcentage de patients dont la profession n'as pas été notifiée est de 45,01%.

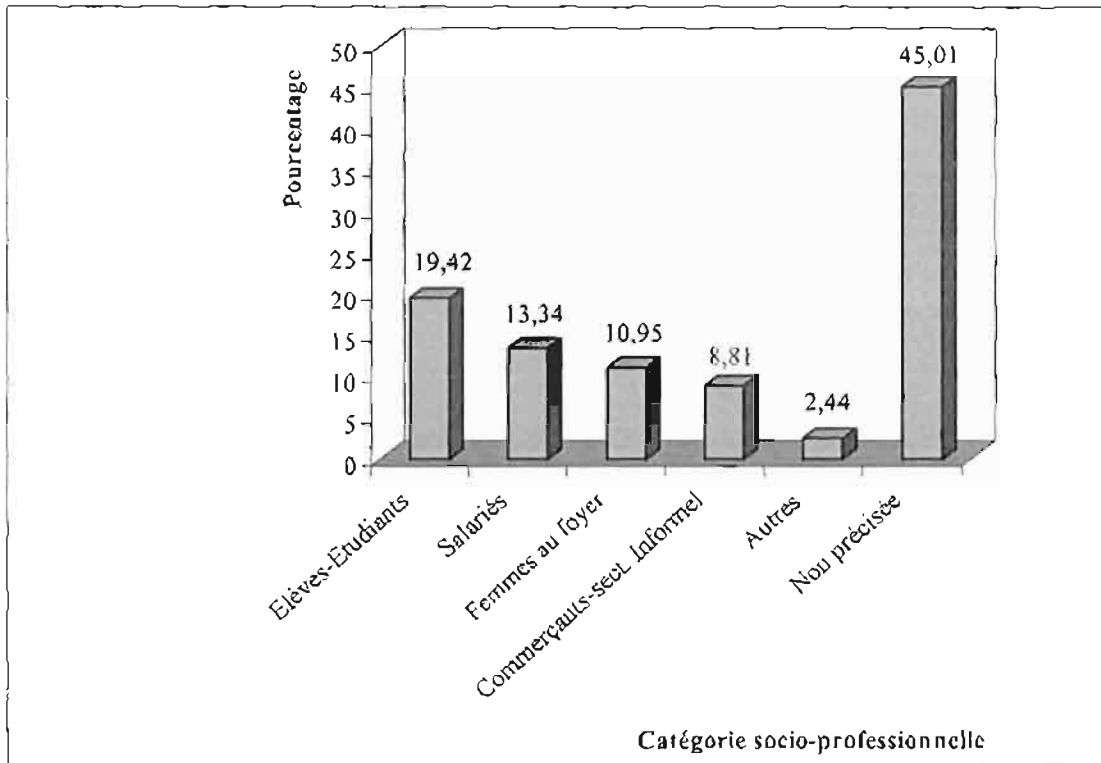


Figure 9 : Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle (n=2008)

### 3.1.6 Aspects pathologiques

La répartition des maladies selon la Classification Internationale des Maladies Adaptation à l'Odonto-stomatologie (CIM-AO) a permis de répertorier 2304 cas d'affections bucco-dentaires. La figure 10 et le tableau XI donnent de façon exhaustive la répartition de ces maladies où la carie dentaire et les parodontopathies prédominaient.

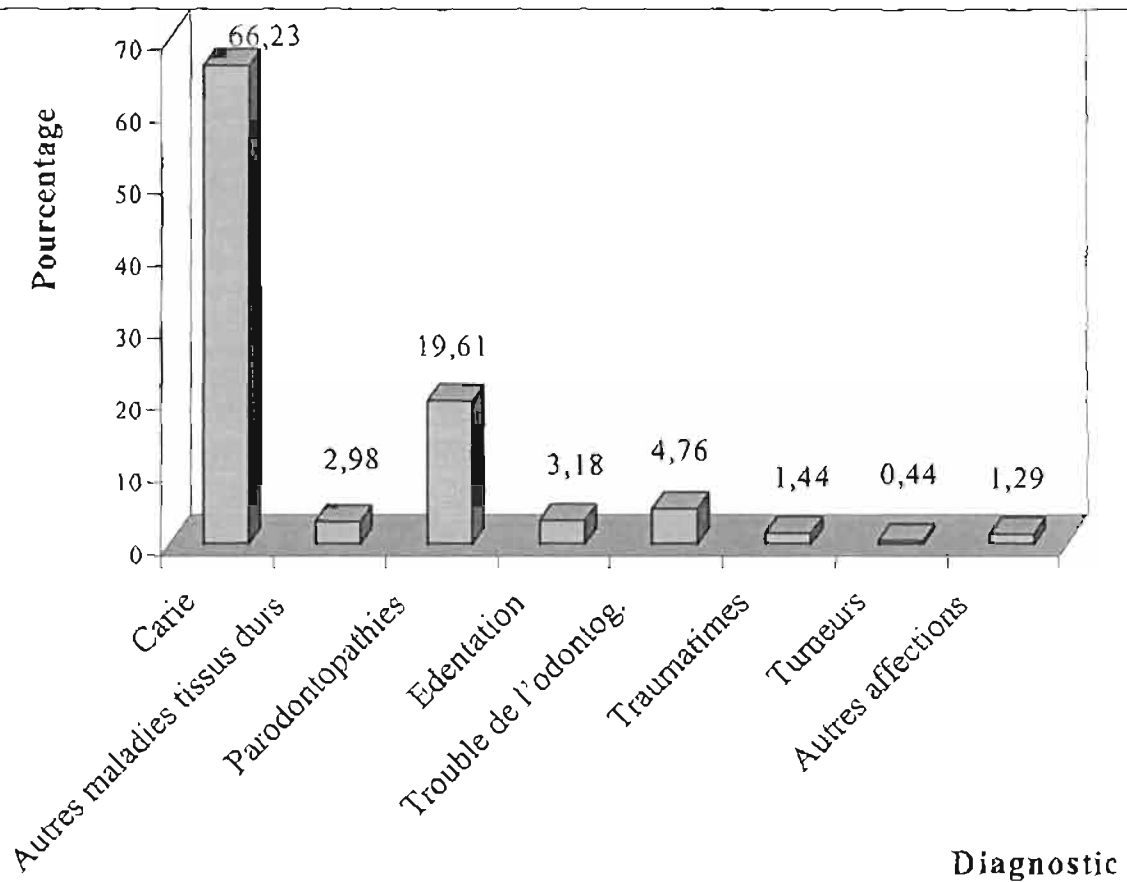


Figure 10 : Répartition des patients selon le diagnostic principal (n = 2008)

Tableau XI : Répartition des patients selon le (s) diagnostic(s)

		Diagnostic principal	2 <sup>ème</sup> diagnostic	3 <sup>ème</sup> diagnostic	Total
MALADIES DES TISSUS DURS ET DE LA PULPE	carie dentaire	1330	81	1	1412
	fracture amalgame	26	13	1	40
	fracture dentaire*	29	2	0	31
	mylolyse et rhizalyse	5	1	0	6

<b>PARODON- TOPATHIES</b>	parodontite	322	99	4	425
	Mobilité	49	1	1	51
	Desmodontite	19	1	0	20
	Alvéolite	2	0	0	2
	Syndrome de septum	2	0	0	2
<b>EDENTATION</b>		64	53	11	128
<b>TROUBLES DE L'ODONTO- GENESE</b>	AEDS**	59	13	0	72
	Persistence dents lactéales	21	4	0	25
	Dysharmonies dento-maxillaires	7	3	0	10
	Dents enclavées	4	3	0	7
	Dents incluses	5	0	0	5
<b>TRAUMA- TISMES</b>	Alvéolo-dentaires	18	0	0	13
	Plaies traumatiques	5	0	0	5
	Fractures mandibulaires	3	0	0	3
	Autres	3	0	0	3
<b>TUMEURS</b>	Epulis	5	0	0	5
	Kyste apical	1	0	0	1
	Tumeur langue	1	0	0	1
	Tumeurs maxillaires	2	0	0	2
<b>AUTRES AFFEC- TIONS</b>	Stomatites	12	3	0	15
	Halitose	8	0	0	8
	Chéilite	3	0	0	3
	Hyposialie	1	0	0	1
	Lithiase salivaire	1	0	0	1
	SADAM***	1	1	0	2
<b>TOTAL</b>		2008	278	18	2304

\* Fracture coronaire ou radiculaire fonctionnelle

\*\* Accidents d'évolution de la dent de sagesse

\*\*\* Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil mandicteur

### 3.1.7 Aspects thérapeutiques

Au total 4626 actes thérapeutiques ont été exécutés soit une moyenne de 2,30 actes par patient. Ces actes sont :

- Les extractions dentaires (simples ou chirurgicales) au nombre de 1260, réalisées chez 845 patients soit une moyenne de 1,49 extractions par personne.
- Les soins conservateurs au nombre de 1770, réalisés chez 871 personnes soit une moyenne de 2,03 soins conservateurs par personne. Ces soins concernent l'obturation esthétique au composite, l'obturation à l'amalgame, les soins canalaires.
- Les prescriptions et soins médicaux au nombre de 1058 : il s'agit des prescriptions d'antibiotiques, d'anti-inflammatoires, d'antalgiques, de collutoires ou de pâte dentifrice et l'application d'antiseptique local de fluor ou d'acide trichloroacétique.
- Les soins parodontaux au nombre de 344, dont 287 pour le détartrage. Les autres soins parodontaux (47) concernent le curetage, la contention-ligature et la pose d'une gouttière.
- Les soins de prothèses dentaires (réhabilitation orale) au nombre de 148, réalisées à base de plaque en résine ou métallique (adjointe) ou de prothèse fixe (conjointe).
- Les soins chirurgicaux autres que les extractions au nombre de 42. Il s'agit de suture d'une plaie traumatique, de décapuchonnage, d'exérèse d'une tumeur et de blocage bimaxillaire.
- les soins orthodontiques au nombre de 4 ont consisté en la pose d'un appareil de Hawley.

Les actes thérapeutiques sont représentés par la figure 11.



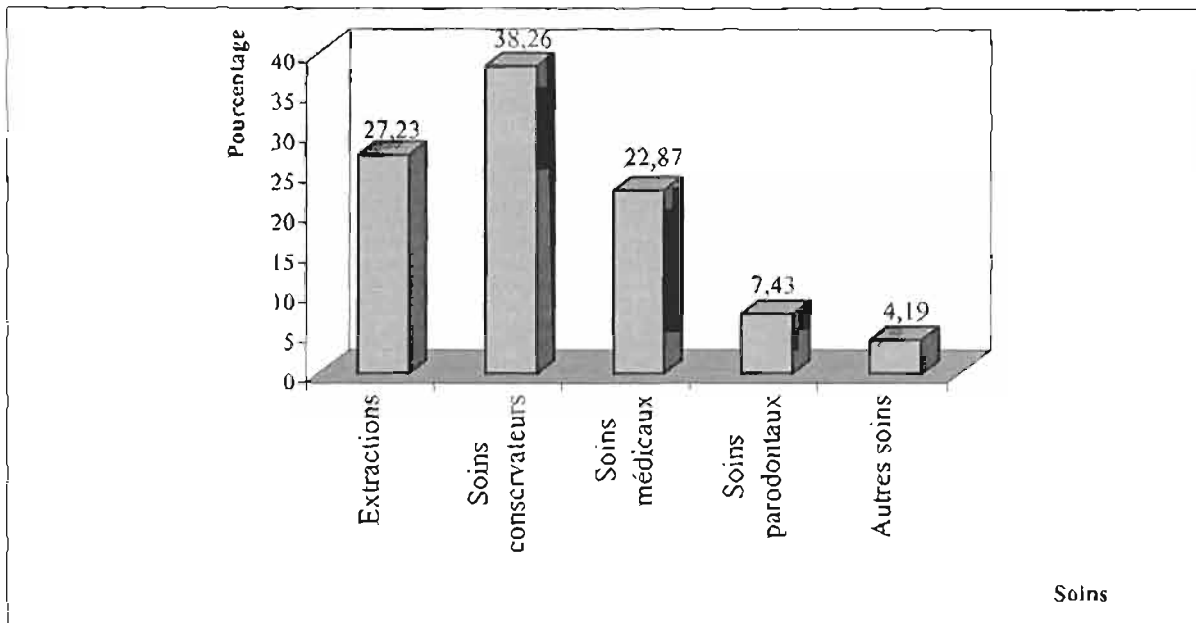


Figure 11 : Répartition des actes thérapeutiques réalisés chez nos patients (n = 4626)

### 3.1.8. Cas particuliers

#### - La grossesse

Les femmes enceintes au nombre de 5 ont consulté pour des cas de carie dentaire et ont été médicalement soignées.

#### - Le diabète

Trois patients diabétiques ont consulté pour une cellulite (complication de carie) pour le premier et une parodontopathie pour les deux autres.

#### - Les maladies cardiovasculaires et rénales

L'hypertension artérielle était présente chez cinq de nos patients.

Deux cardiopathes et un greffé du rein ont consulté pour la recherche de foyer infectieux.

Un de nos patients porteur de thrombophlébite et sous anticoagulant a consulté pour une carie.

### **- Les références**

Elles ont concerné :

Deux cas de tumeurs et une fracture maxillaire référés en chirurgie maxillo-faciale.

Un cas d'halitose en consultation de gastro-entérologie.

Un cas de candidose oro-pharyngée en consultation de médecine.

### **- Les visites périodiques**

Elles ont intéressé six personnes ayant consulté pour un examen bucco-dentaire systématique.

#### **3.1.9 Radiographies dentaires**

- Au total 620 radiographies dentaires (rétroalvéolaires ou mordus-occlusales) ont été faites dont 227 (36,6% des radiographies) pour les patients du centre et 393 (63,38%) pour les patients extérieurs.

Par ailleurs des radiographies panoramiques dentaires ont été demandées chez 57 de nos patients et pratiquées hors du centre.

### 3.2 Etude qualitative

#### 3.2.1 Carie dentaire

##### - Répartition selon le sexe

Elle a concerné 72,92% des patients de sexe féminin alors qu'elle était de 65,50% chez les hommes. La différence est statistiquement significative  $P = 0,0003389$   $X^2=12,84$  ( figure 12 ).

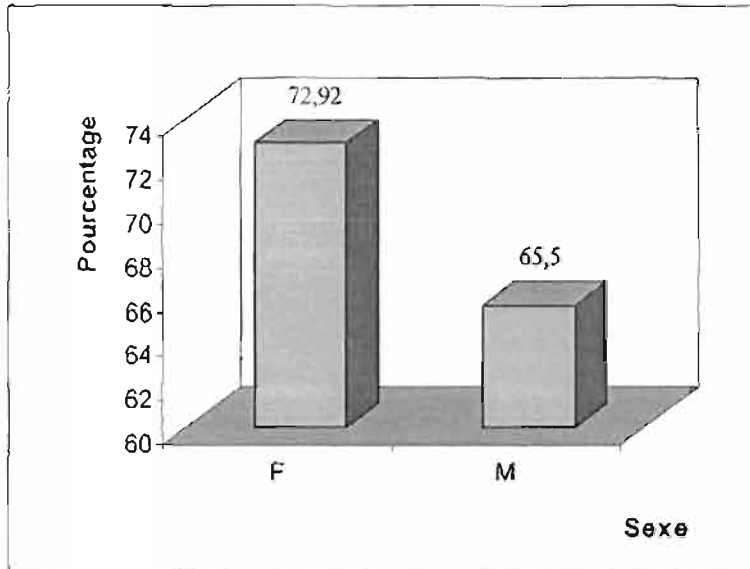


Figure 12 : Prévalence de la carie dentaire selon le sexe de nos patients (n = 1993)

##### - Répartition selon l'âge

Le plus fort taux de carie s'est rencontré chez les sujets de 16-30 ans avec un taux de 79,24 %. La différence est significative  $p<10^{-8}$   $X^2 = 41,49$  (figure13).

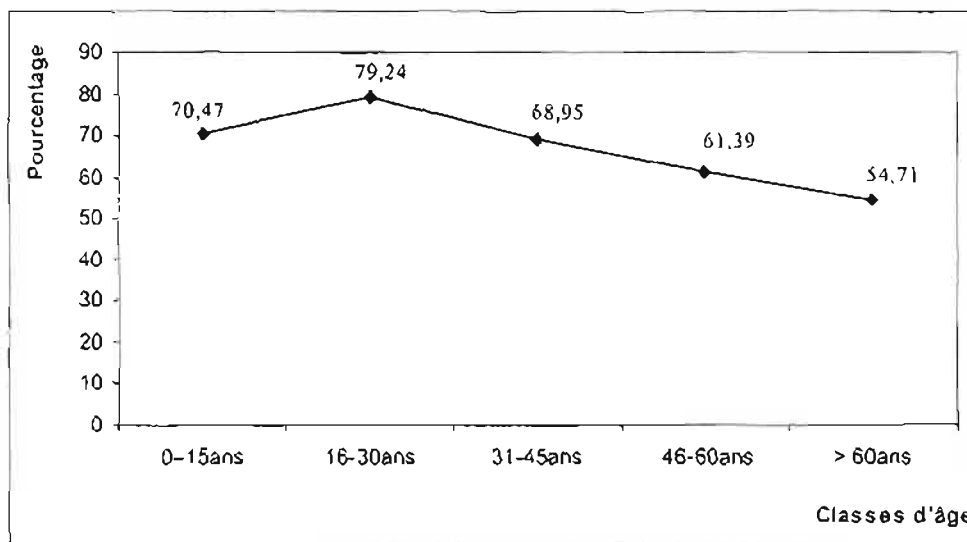


Figure 13 : Prévalence de la carie dentaire selon l'âge de nos patients(n = 1815)

### - Traitement de la carie dentaire

Elles a été la première cause des extractions dentaires avec 82,77 % de celles-ci (tableau XII).

**Tableau XII : Répartition des soins de carie dentaire**

Soins	Fréquence	Pourcentage
Extractions .	1043	39,07%
Soins conservateurs	1626	60,92%
Adjuvants	-prescriptions et soins médicaux -soins parodontaux -restauration orale	

### 3.2.2 Autres maladies des tissus durs de la dent

Elles ont bénéficié de 86 soins conservateurs et onze (11) extractions dentaires (tableau XIII).

**Tableau XIII : Répartition des soins des autres tissus de la dent**

Soins	Fréquence
Extractions	11
Soins conservateurs	86
Soins adjuvants	- Soins parodontaux - prescriptions et soins médicaux - restauration orale

### 3.2.3 Parodontopathies

#### - Répartition selon le sexe.

Elles ont été plus élevées chez l'homme que chez la femme comme le montre la figure 14. La différence est significative  $P=0,00921$   $\chi^2=6,78$ .

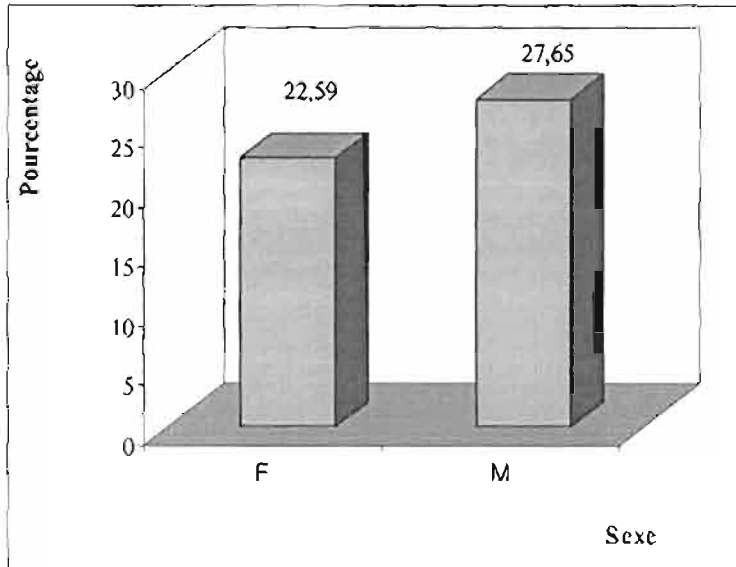


Figure 14 : Prévalence des parodontopathies selon le sexe de nos patients (n = 1993)

#### - Répartition selon l'âge

Elles augmentaient avec l'âge conformément à la figure 15. La différence est significative  $P<10^{-8}$   $\chi^2=48,14$ .

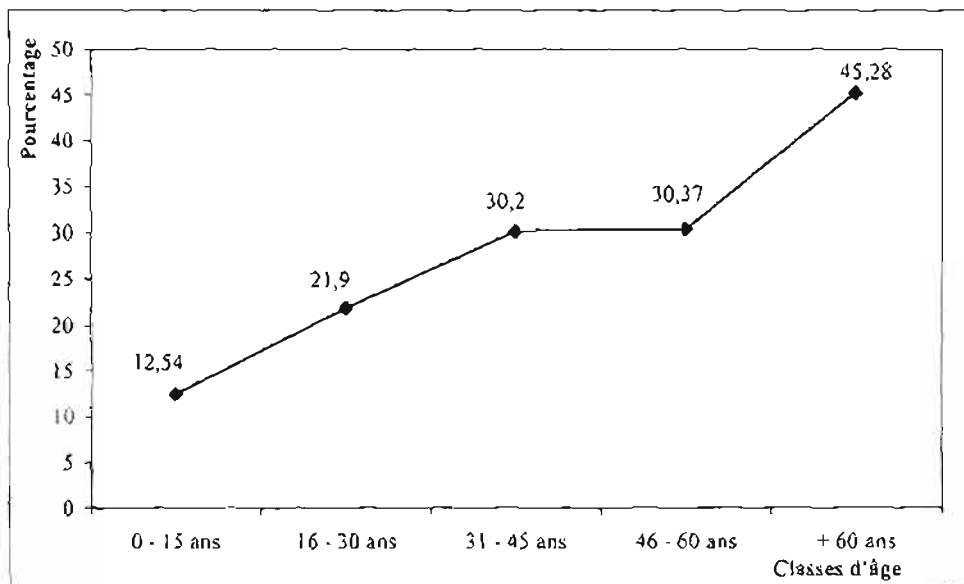


Figure 15 : Prévalence des parodontopathies selon l'âge de nos patients (n = 1815)

### - Traitement des parodontopathies

Les extractions dentaires qui leurs sont imputables étaient au nombre de 98 soit 7,7% des extractions. Le traitement des parodontopathies résumé dans le tableau XIV est dominé par le détartrage.

**Tableau XIV : Répartition des soins de parodontopathies**

Soins	Fréquence	Pourcentage
Extractions	98	25,45
Détartrage	237	61,55
Curetage	34	8,83
Contention - ligature	13	3,37
Chirurgie	3	0,77
Adjuvants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins conservateurs</li> <li>- Prescriptions et soins médicaux</li> <li>- Réhabilitation orale</li> </ul>	

### 3.2.4 Edentation

#### - Répartition selon le sexe

Elle a été plus élevée chez l'homme que chez la femme comme l'indique la figure 16. La différence est significative  $P = 0,01153$   $\chi^2 = 6,38$ .

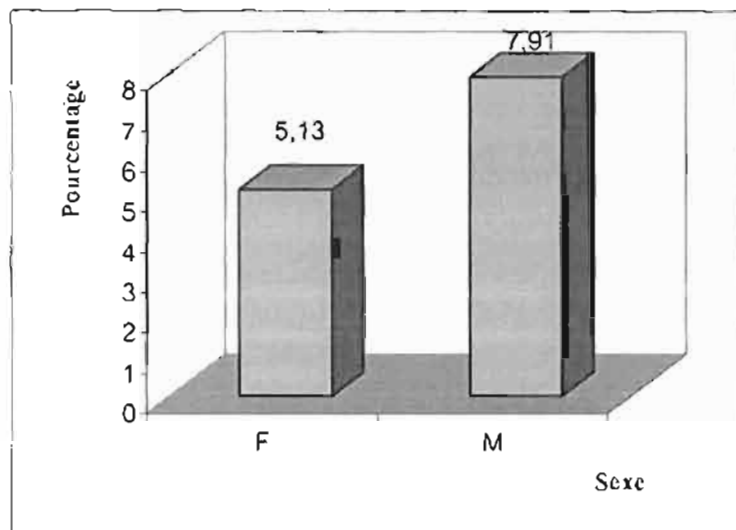


Figure 16 : Prévalence de l'édentation selon le sexe de nos patients (n = 1993)

#### - Répartition selon l'âge

Le pourcentage de sujets édentés augmentait avec l'âge pour régresser après 60 ans. La différence est significative  $P < 8 \cdot 10^{-8}$   $\chi^2 = 38,7$  (figure 17)

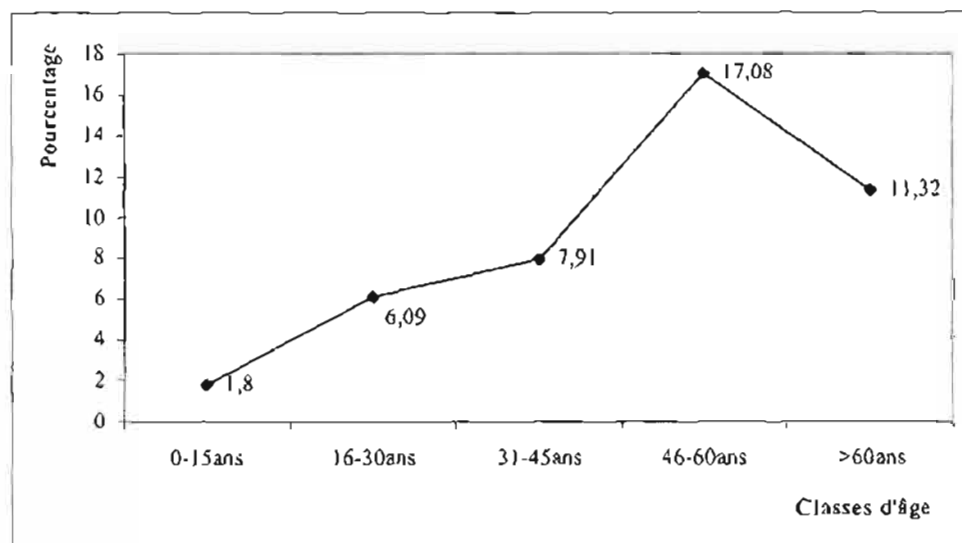


Figure 17 : Prévalence de l'édentation selon l'âge de nos patients (n = 1815)

### - Traitement de l'édentation

Elle a bénéficié de soins de réhabilitation orale dans 128 cas, précédés de remise en état de la cavité buccale comprenant 22 détartrages, 50 extractions dentaires complémentaires et 51 soins conservateurs.

### 3.2.5 Troubles de l'odontogénèse

#### - Répartition selon l'âge

Ils régressaient avec l'âge comme le montre la figure 18. La différence est significative  $P < 10^{-8}$   $X^2 = 52,65$ .

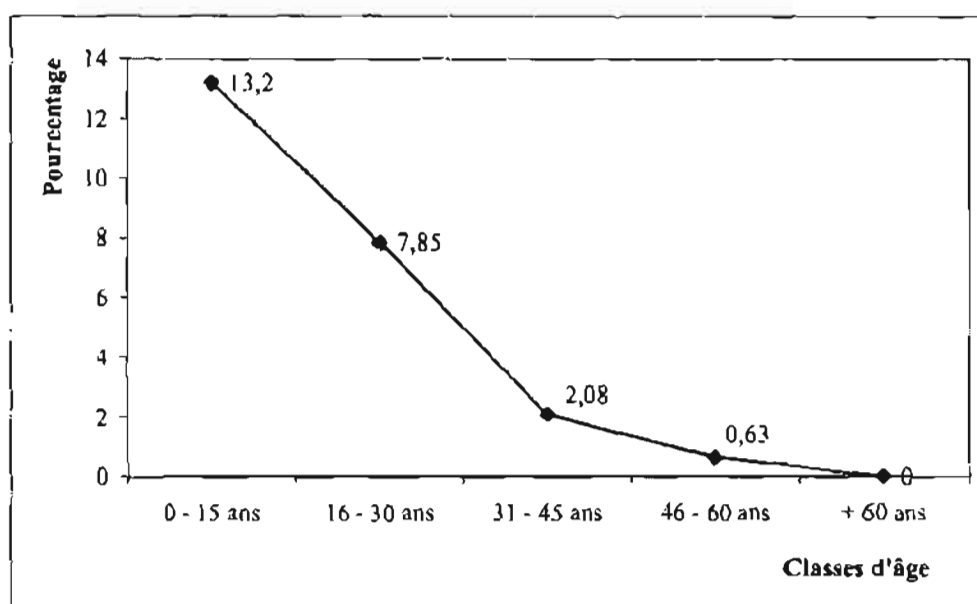


Figure 18 : Prévalence des troubles de l'odontogénèse selon l'âge de nos patients (n = 1815)

#### - Traitement des troubles de l'odontogénèse

Ils ont été à l'origine de 53 extractions, de 27 décapuchonnages, 35 attouchements à l'acide trichloro acétique et 4 soins orthodontiques.



### 3.2.6 Traumatismes

#### - Répartition selon le sexe

Ils ont été plus élevés chez l'homme que chez la femme. Le sex ratio est de 2,3 (figure 19). La différence est significative  $P = 0,043$   $X^2 = 4,07$ .

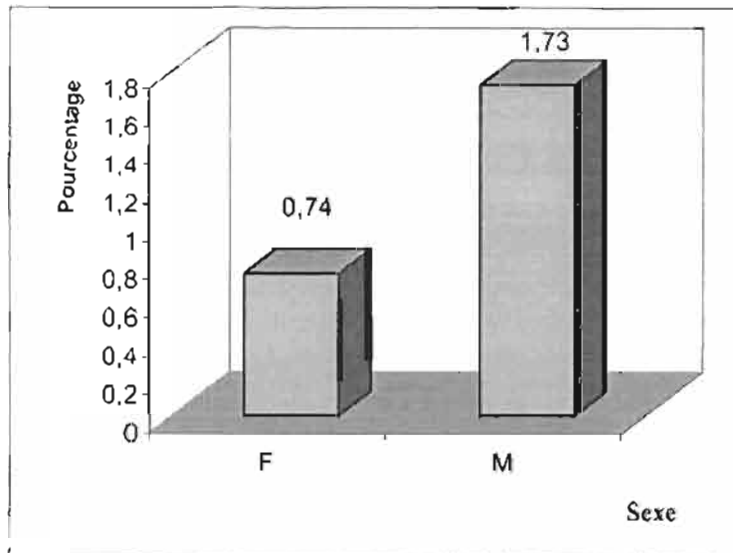


Figure 19 : Prévalence des traumatismes selon le sexe de nos patients (n = 1993)

#### - Répartition selon l'âge

Ils diminuaient avec l'âge comme l'indique la figure 20. La différence n'est pas significative  $P = 0,065$   $X^2 = 8,84$ .

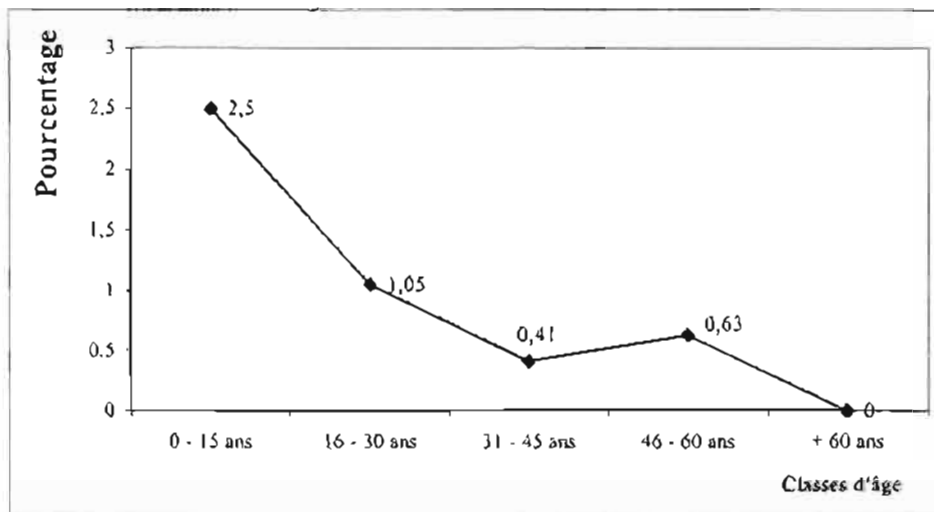


Figure 20 : Prévalence des traumatismes selon l'âge de nos patients (n = 1815).

### **- Traitement des traumatismes**

Ils ont été à l'origine de 5 extractions, 3 soins conservateurs 5 soins parodontaux 5 soins chirurgicaux autres que les extractions et 2 soins de réhabilitation orale.

### **3.2.7. Tumeurs buccales et maxillo-faciales**

Elles ont bénéficié de quatre soins chirurgicaux autres que les extractions.

### **3.2.8 Autres pathologies bucco-dentaires et maxillaires**

Elles ont bénéficié de 27 soins et prescriptions médicaux et 6 soins parodontaux.

### **3.2.9 Extractions et les soins conservateurs**

#### **- Répartition selon le sexe**

La différence entre les taux d'extractions selon le sexe n'est pas significative (figure 21).

$$P = 0,229 \quad X^2 = 1,45$$

La différence entre les taux de soins conservateurs selon le sexe est à peine significative.

Il est plus élevé chez le sexe féminin (figure 21).  $P = 0,04 \quad X^2 = 3,84$

Selon la maladie, les taux d'extraction pour carie est de 37,06% chez la femme et 32,21% chez l'homme. Pour les parodontopathies par contre, il est de 2,98% chez la femme et 4,33% chez l'homme (figure 22).

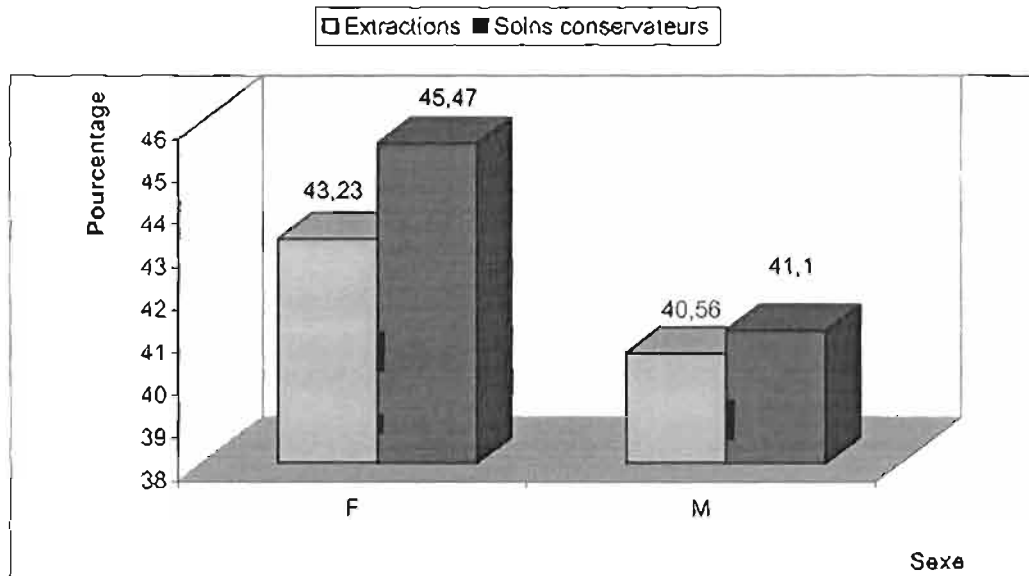


Figure 21 : Prévalence des extractions et des soins conservateurs selon le sexe de nos patients (n = 1993)

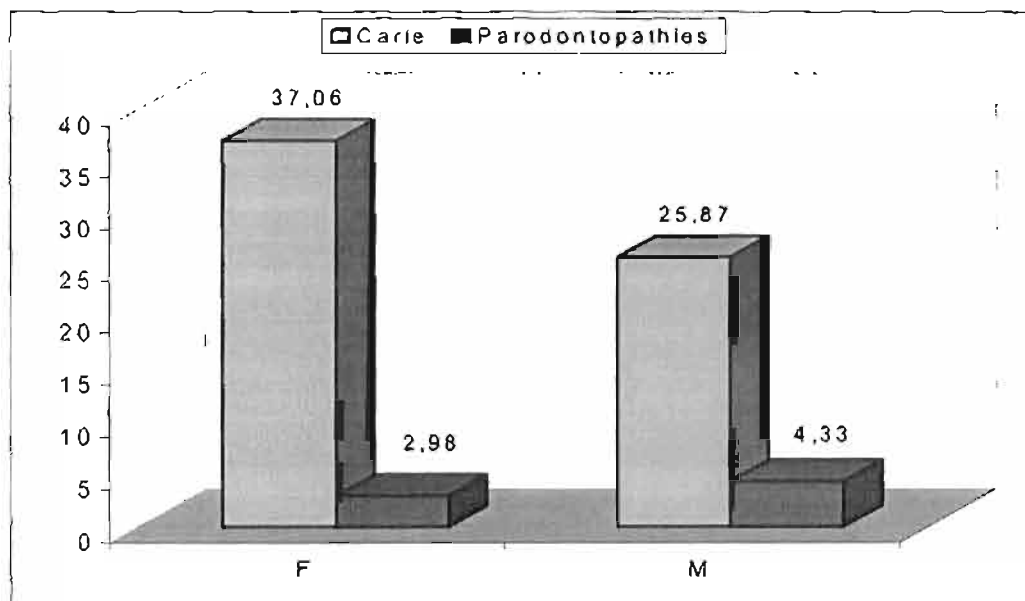


Figure 22 : Prévalence des extractions selon la maladie et le sexe de nos patients (n = 1993)

### - Répartition selon l'âge

Les extractions dentaires augmentent avec l'âge tandis que les soins conservateurs régressent avec l'âge. La différence est significative dans les 2 cas.

Pour les extractions :  $P = 12.10^{-5}$      $\chi^2 = 22,97$

Pour les soins conservateurs :  $P = 22.10^{-5}$      $\chi^2 = 26,72$

Les taux extrêmes d'extractions sont observés chez les sujets de 16 à 30 ans pour le plus bas (39,11%) et chez les sujets de plus de 60 ans pour le plus haut (58,49%). Pour les soins conservateurs, le plus fort taux est observé chez les 16 à 30 ans (48,76%) et le plus faible chez les plus de 60 ans (24,52 %) (figure 23).

De façon sélective, si les taux d'extractions pour carie s'accroît de 1,5 fois de 0 à 60 ans, il est de 2,8 fois pour les extractions pour parodontopathies. Une baisse des extractions s'observe chez les sujets de 16 à 30 ans (figure 24)

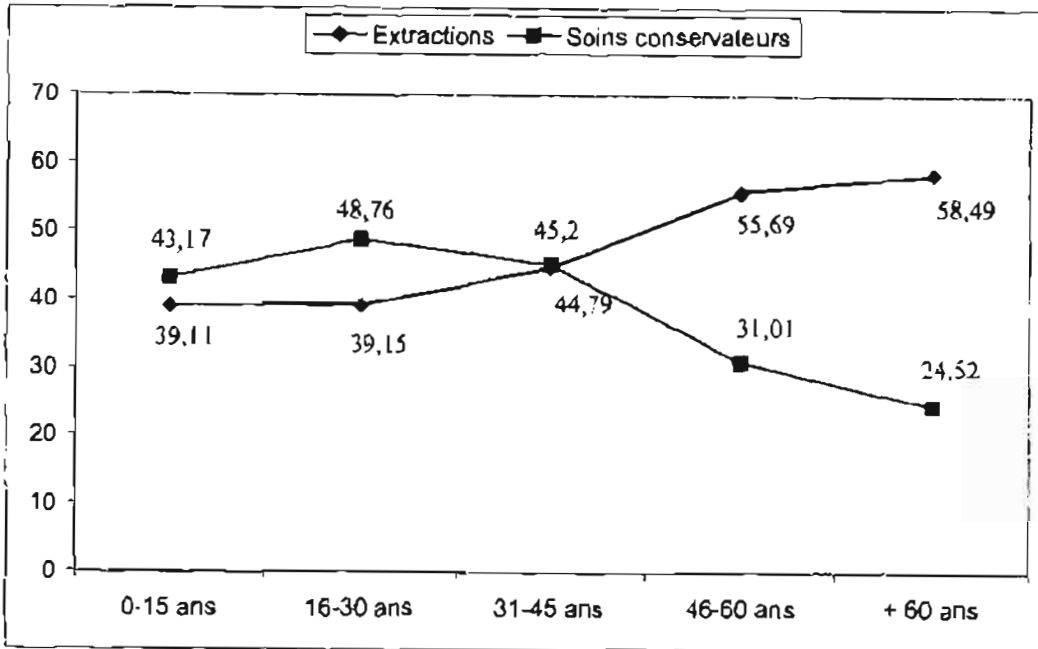


Figure 23 : Prévalence des extractions et des soins conservateurs selon l'âge de nos patients (n = 1815)

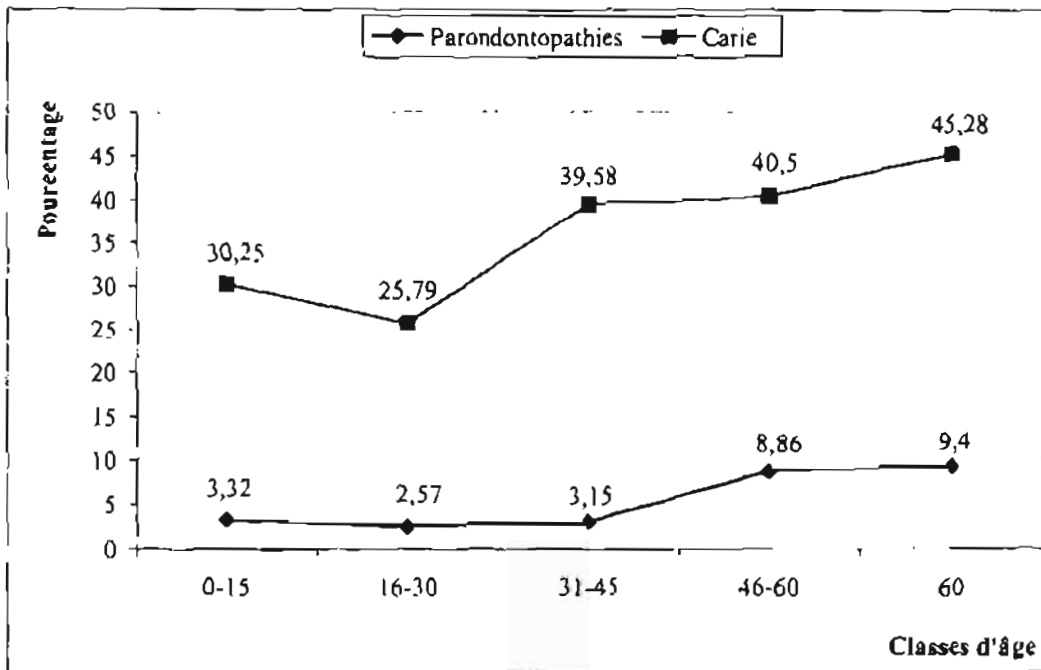


Figure 24 : Prévalence des extractions selon la maladie et l'âge de nos patients (n = 1815)

### - Répartition selon la dent

#### . Les extractions et soins conservateurs des dents temporaires

Au total 153 dents temporaires ont été extraites et 176 autres ont bénéficié d'un traitement conservateur.

Les dents les plus concernées sont les molaires (54,55,64,65,74,75,84,85) surtout inférieures qui totalisent 97 extractions ( 63,39% des extractions) et 167 soins conservateurs (94,88%) et les incisives centrales supérieures (51,61) qui totalisent 26 extractions (le ratio par rapport aux incisives centrales inférieures est de 3,25).

Les incisives inférieures et les canines surtout inférieures sont les moins concernées.

L'arcade mandibulaire est la plus atteinte avec 71,02% des soins conservateurs.

Le côté droit est légèrement plus atteint avec 53,59 % des extractions.

La dent la plus concernée est la 85 pour les extractions et la 84 pour les soins conservateurs (figures 25 et 26).

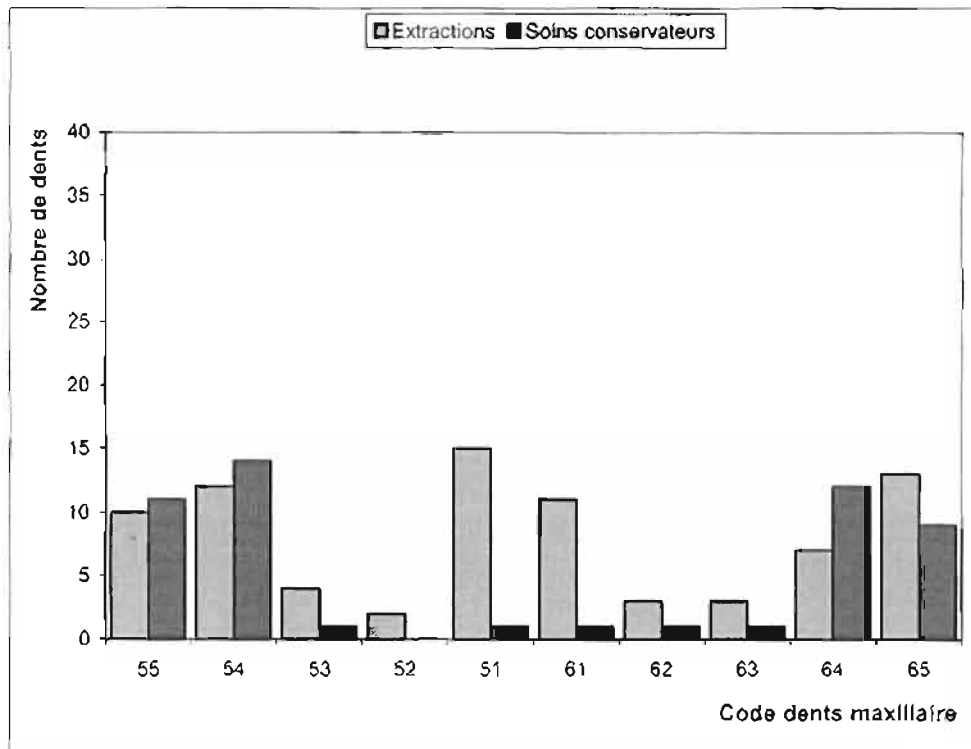


Figure 25 : Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents temporaires du maxillaire de nos patients

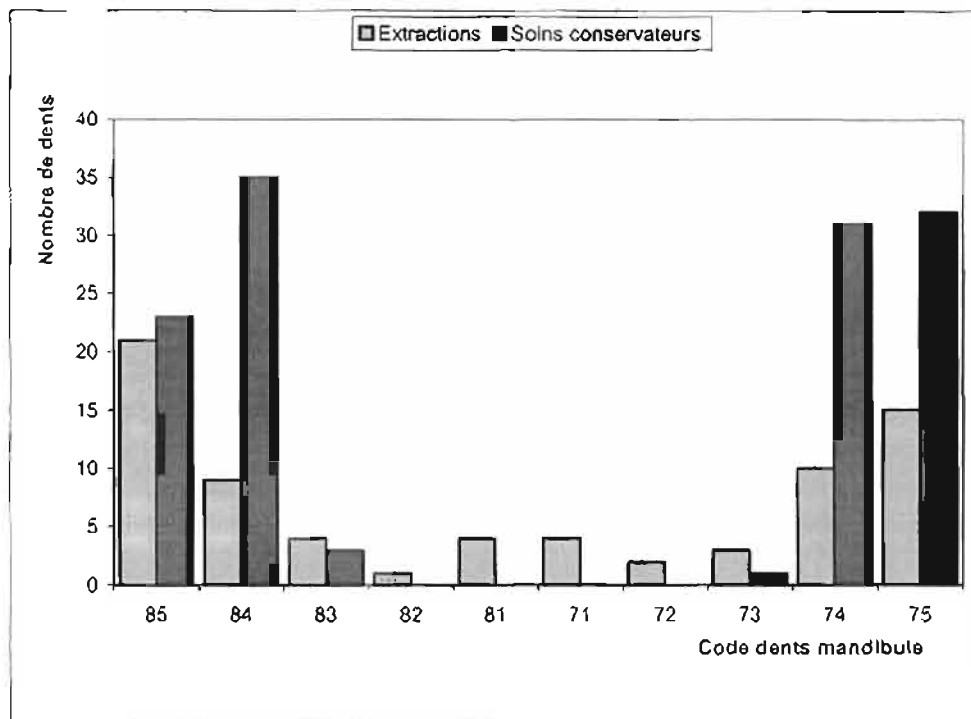


Figure 26: Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents temporaires de la mandibule de nos patients

### **Extractions et soins conservateurs des dents permanentes**

Au total 1107 dents permanentes ont été extraites pour 1594 soignées et conservées.

Les dents les plus concernées sont les molaires (16,17,18,26,27,28,36,37,38,46,47,48) surtout inférieures qui totalisent 820 extractions (74,39%) et 1063 soins conservateurs (66,68%) et les incisives centrales supérieures (11,21) qui totalisent 79 extractions (le ratio par rapport aux incisives centrales inférieures est de 3,59 pour les extractions et de 27,16 pour les soins conservateurs) et 163 soins conservateurs (10,22%).

Les prémolaires inférieures, les incisives inférieures et les canines surtout inférieures sont les moins concernées.

L'arcade dentaire mandibulaire est la plus atteinte avec 55,91% des extractions.

Les deux cotés sont à égalité aussi bien pour les extractions que pour les soins conservateurs.

La dent la plus concernée est la 46 pour les extractions et la 36 pour les soins conservateurs. (figures 27 et 28).



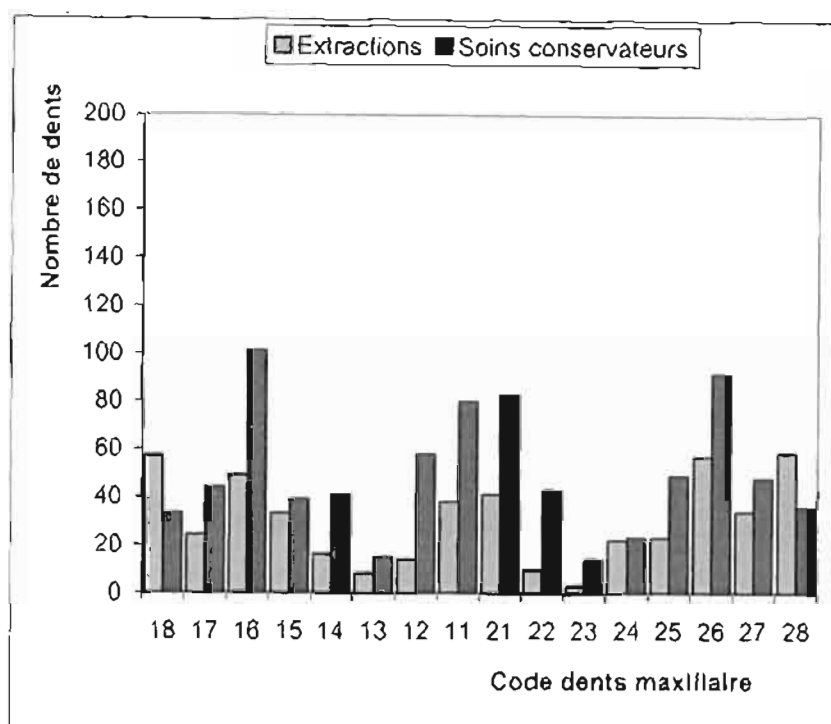


Figure 27 : Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents permanentes du maxillaire de nos patients

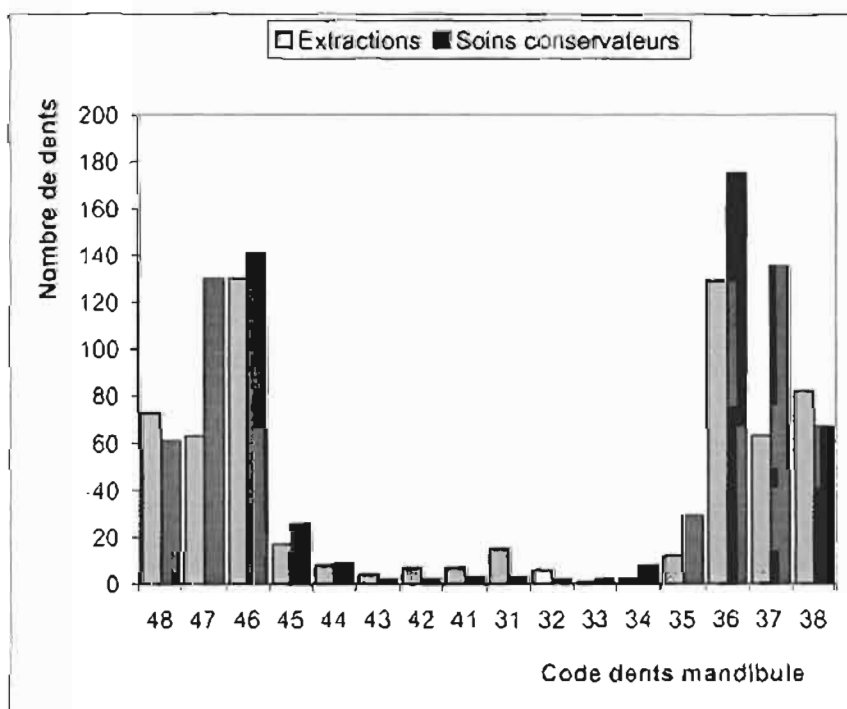


Figure 28 : Répartition des extractions et des soins conservateurs des dents permanentes de la mandibule de nos patients

### 3.2.10 Soins parodontaux

#### - Répartition selon le sexe

Ils ont été plus importants chez l'homme que chez la femme comme l'indique la figure 29. La différence est significative  $P = 14.10^{-4}$   $\chi^2 = 10,19$ .

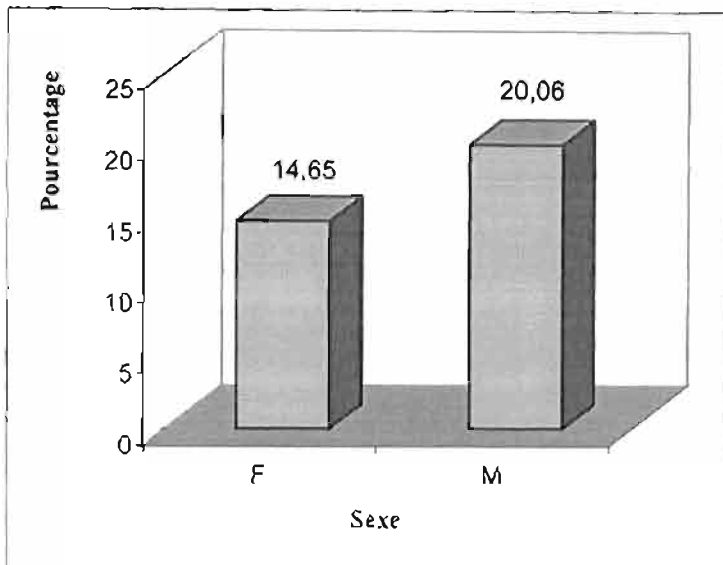


Figure 29 : Prévalence des soins parodontaux selon le sexe de nos patients (n = 1993)

#### - Répartition selon l'âge

Ils augmentent avec l'âge pour régesser après 60 ans comme l'indique la figure 30. La différence est significative  $P < 10^{-8}$   $\chi^2 = 43,19$ .

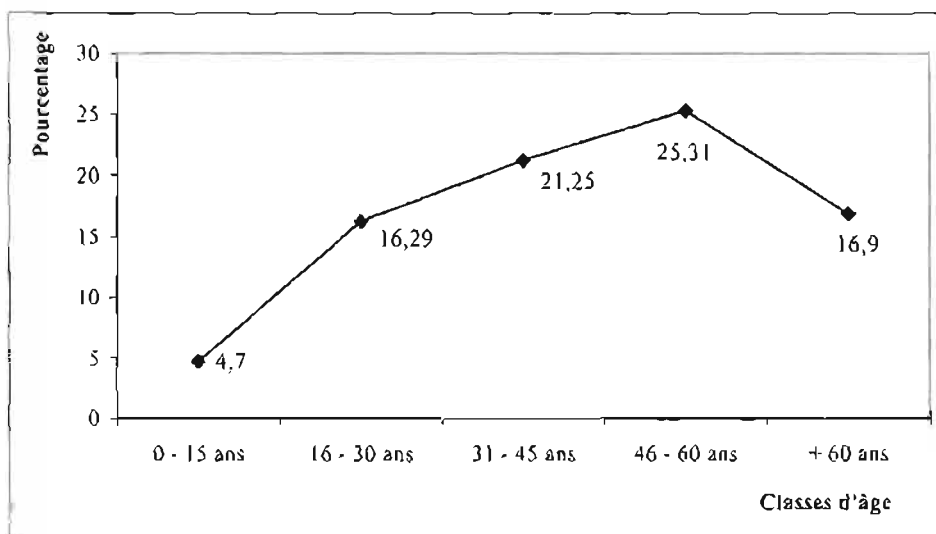


Figure 30 : Prévalence des soins parodontaux selon l'âge de nos patients (n = 1815)

### 3.2.11 Soins de réhabilitation orale

#### - Répartition selon le sexe

Ils été ont plus élevés chez l'homme que chez la femme comme l'indique la figure 31. La différence est significative  $P = 0,012$   $\chi^2 = 6,20$ .

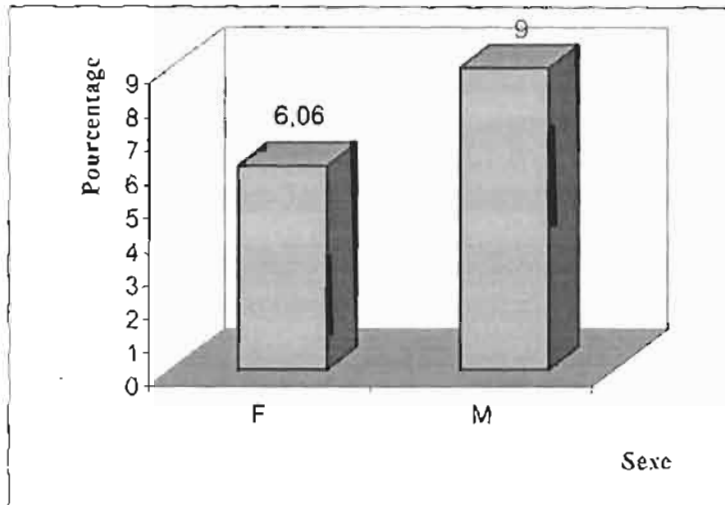


Figure 31 : Prévalence des soins de réhabilitation orale selon le sexe de nos patients (n = 1993)

#### - Répartition selon l'âge

Ils progressent avec l'âge pour régresser après 60 ans comme l'indique la figure 32. La différence est significative  $P < 8 \times 10^{-8}$   $\chi^2 = 38$ .

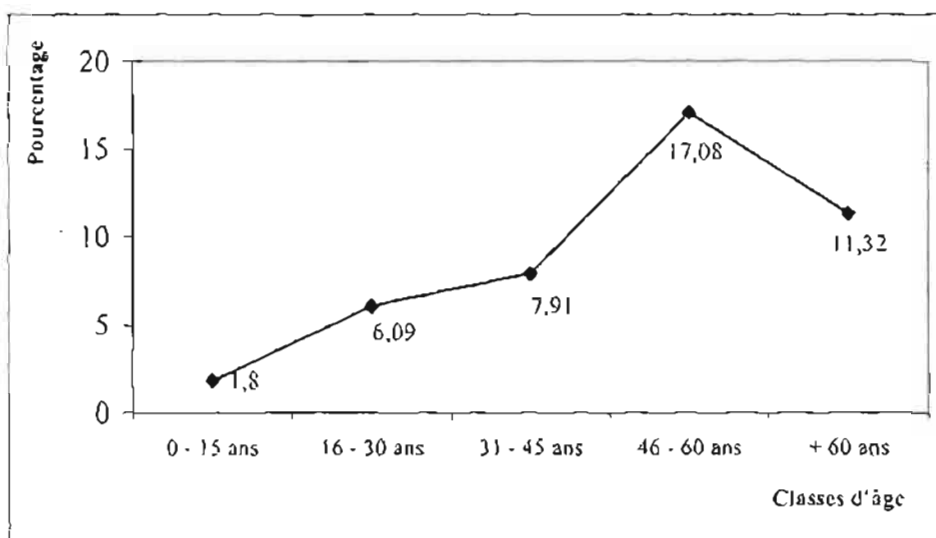


Figure 32 : Prévalence des soins de réhabilitation orale selon l'âge de nos patients (n = 1815)

## 4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 4.1 Biais et facteurs limitatifs

#### 4.1.1 Cadre de l'étude

Notre étude, rétrospective, s'est proposée d'étudier la contribution du Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire de Ouagadougou à la prise en charge des affections bucco-dentaires.

L'échantillon a concerné tous les patients reçus dans le centre du 10/10/2000 au 09/10/2001 et a ses caractéristiques propres. De ce fait, nos résultats ne sauraient refléter la situation de la prise en charge des affections bucco-dentaires du pays.

Néanmoins, les statistiques obtenues donnent des indications sur l'état de santé bucco-dentaire de la population de la commune de Ouagadougou.

#### 4.1.2 Collecte des données

Elle a été marquée par deux difficultés :

##### - l'absence de certaines variables

Le sexe chez 15 patients (0,7%), l'âge chez 193 patients ( 9,6%) et la provenance chez 225 patients (11,2%) sont le fait d'oublis fréquents.

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle absente chez 904 patients (45%), elle s'explique par le fait qu'avant Mars 2001, la profession n'était pas pris en compte dans le registre soit 505 patients. A partir de cette date l'absence de profession chez 399 patients est le fait des enfants en bas âge non scolarisés et des oublis.

Le caractère non-intentionnel de ces oublis et la taille de l'échantillon atténuent l'impact de l'absence de variables sur les résultats.

### - La désignation des diagnostics et des traitements

L'hétérogénéité de désignation des diagnostics et des traitements a rendu difficile le regroupement de ceux-ci. L'absence de regroupement aurait cependant amené à considérer les différentes appellations d'un même diagnostic ou d'un même traitement comme autant de diagnostics ou de traitements.

Par ailleurs cette hétérogénéité de désignation des diagnostics n'a pas permis de se conformer parfaitement à la Classification Internationale des Maladies.

## 4.2. Etude quantitative

### 4.2.1 Fréquentation

- Le pavillon bucco-dentaire du CMSBD a travaillé 240 jours durant la première année de fonctionnement. L'augmentation du nombre de jours de travail à partir de Juin 2001 s'explique par l'adjonction des samedis. La baisse de ce nombre en Août et Septembre 2001 correspond à l'absence du chirurgien dentiste du 15 Août au 15 Septembre pour raison de mission et à une fermeture pour révision générale du plateau technique en fin Septembre 2001.

Ces 240 jours correspondent à 1610 heures de travail. Les heures ouvrables dans les services de santé étant de 7 heures à 12 heures et de 15 heures à 17 heures, du lundi au vendredi et les samedis et jours fériés de 8 heures à 12 heures, nous donne théoriquement 1687 heures de travail pendant cette période. La disponibilité d'offre de soins bucco-dentaire est alors assurée à 95,43%.

- La fréquentation du centre a progressivement augmenté de l'ouverture jusqu'en juillet 2001. La disponibilité et la qualité des soins, la qualité des soins (l'utilisation est un reflet de la qualité des soins selon EL BINDARI et coll. [14]) expliqueraient cette fréquentation. La baisse du taux de fréquentation en Août et septembre 2001 correspond à l'absence du chirurgien dentiste et à une révision technique du matériel.

A titre comparatif, le tableau XV donne le nombre annuel de consultations dans des cabinets dentaires du Burkina Faso pour l'année 2000.

**Tableau XV : Nombre annuel de consultations, fauteuil dentaire et personnel de services bucco-dentaires au Burkina Faso.**

Cabinets dentaires	consultations	Fauteuil dentaire	Chirurgien Dentiste	Inf. en odonto.
CMSBD	5089	2	1	1
CHNSS[50]	3951	2	3	7
CHR Koudougou[33]	3292	2	3	4
CHNYO[49]	2268	1	6	14
CHR Fada[33]	1783	3	1	4
CHR Ouahigouya[33]	1659	2	0	5
CHR Tenkodogo[33]	1022	1	1	2
CMA Orodara[51]	762	1	1	1
CHR Banfora[2]	750	2	3	4
CHR Dori[33]	483	2	1	1

Le nombre annuel de consultations des autres services bucco-dentaires du pays est inférieur à celui du CMSBD en dépit d'un nombre de personnel et de fauteuil dentaire égal ou supérieur dans la plus part des cas. Nous constatons donc une sous fréquentation des cabinets dentaires et un sous emploi du personnel dans ces services.

Le manque d'information de la population, l'inaccessibilité géographique et financière, les pannes techniques fréquentes dues à une vétusté du matériel, les ruptures de consommables pourraient expliquer cet état de fait [17, 28,30].

- Le nombre moyen de consultations par patient qui est de 2,53 est supérieur à celui du CMA de Orodara, du CHNSS et du CHNYO qui sont respectivement de 1,73 ; 2,08 ; 1,17 [49,50,51]. Ce nombre de consultation par patient de ces structures, inférieur à celui du CMSBD serait le fait d'un fort taux d'extractions (nécessitant moins de consultations) et probablement de soins inachevés pour diverses raisons. La proportion de nos

patients ayant consulté une seule fois qui est de 32 % et qui est relativement basse confirme cette situation. Ce pourcentage est en effet de 40%, 50%, 75%, respectivement au dispensaire urbain de Bobo-Dioulasso, au CHNSS, au CHR de Banfora [2].

#### **4.2.2 Répartition des patients selon le sexe**

Au total, 53,3% des patients sont de sexe féminin, et traduit une plus grande utilisation des services bucco-dentaires par les sujets de sexe féminin d'autant plus que la population urbaine féminine du Burkina (49,3%) est inférieure à celle masculine [18,19]. Des considérations esthétiques expliquent en partie cette prédominance féminine.

AXELL en Tanzanie et KAWBE en Zambie rapporte que la proportion féminine des consultants est respectivement de 24,83% et 48,5% mais les populations d'origine sont à forte prédominance masculine [4,24].

#### **4.2.3 Répartition des patients selon l'âge**

La majorité des consultants (42,48%) ont un âge compris entre 16 et 30 ans. Elle pourrait s'expliquer par le changement de vie à l'adolescence avec un apport excessif glucidique par une plus grande consommation de produits et boissons sucrés [38].

Si ces individus sont exposés, ils expriment aussi un plus grand besoin de se soigner. Par contre si la mauvaise hygiène bucco-dentaire s'accroît avec l'âge et les besoins de soins avec, les sujets âgés consultent peu [7,15].

KABWE trouve une prédominance chez les 21-35 ans avec 48,7% [24]. Les classes d'âge utilisées limitent cependant la comparaison avec notre étude.

#### **4.2.4 Répartition des patients selon la provenance géographique**

Au total, 87,2 % des patients sont des résidents de Ouagadougou (dont 49% pour les 9 secteurs voisins du centre). L'accessibilité géographique explique cet état de fait et du même coup le faible nombre de patients résidant en dehors de Ouagadougou.

#### 4.2.5 Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle

- Elle est dominée par la catégorie des élèves et étudiants et celle des salariés. Le niveau d'instruction et d'information en santé bucco-dentaire de ces deux catégories socio-professionnelles expliqueraient une plus grande connaissance et plus grande fréquentation des services bucco-dentaires par ceux-ci [47].
- L'utilisation du centre par les différentes couches socio-professionnelles lui confère une certaine accessibilité financière et une acceptabilité.

#### 4.2.6 Aspects pathologiques

Les affections bucco-dentaires et maxillo-faciales sont dominées par la carie dentaire (66,23%) et les parodontopathies (19,61%).

La forte prévalence de ces affections a été rapportée par une enquête sur les services de santé bucco-dentaire au Burkina Faso en l'an 2000 [30] et partout ailleurs en Afrique et dans le monde [4,7,24,36,38,43,44,45].

La coexistence quotidienne de la dent avec les facteurs favorisant de la carie et des parodontopathies expliquent cette forte prévalence [21,36,37,38].

JACQUOT affirme en effet que quatre facteurs sont nécessaires au développement de la carie : la plaque bactérienne, un régime riche en hydrates de carbone, une surface dentaire susceptible, un facteur temps [20].

Le développement de la prévention de la carie dentaire et des parodontopathies qui constituent 85,84% des affections bucco-dentaires permettra de réduire la prévalence de ces affections dans la population générale.

#### - Les maladies des tissus durs de la dent

Elles sont dominées par la carie dentaire (66,23%), les autres représentant 2,98%. Dans l'étude de KABWE en Zambie, le pourcentage de la carie est de 76,4% [24] , confirmant la première place de la carie dentaire au sein des affections bucco-dentaires. BUTT au Kenya affirme que seulement 10% des patients reçus en consultation sont indemnes de carie [7].



### **- Les Parodontopathies**

Dans notre étude, les parodontopathies occupent le second rang du point de vue fréquence avec 19,61%. Ce second rang est conforme aux données internationales [36] et est retrouvé par KABWE qui rapporte cependant un pourcentage de 7% [24].

Pour BUTT, 83% des patients reçus en consultation ont un besoin de traitement parodontal [7] justifiant qu'un faible pourcentage des parodontopathies chez les consultants n'est pas synonyme de sa rareté chez ceux-ci. Les patients consultant peu pour les parodontopathies. Leur faible symptomatologie douloureuse par rapport à la carie dentaire serait une des raisons.

### **- L'édentation**

Elle est présente chez 3,18% des patients et correspond à une demande de réhabilitation orale de la part du patient. La cause de cette édentation n'a pu être précisée.

### **- Les troubles de l'odontogenèse**

Ils sont présents chez 4,86% des patients dont 2,93% pour les accidents d'évolution de la dent de sagesse. Leur prévalence est de 6,8% selon KABWE [24].

Le faible pourcentage des autres troubles de l'odontogenèse soit 1,83% s'explique par la pauvreté de leur symptomatologie. La consultation étant motivée très souvent par des considérations esthétiques.

### **- Les traumatismes bucco-alvéolo-dentaires et maxillo-faciaux**

Ils sont présents chez 1,44% des patients. KABWE en Zambie trouve 6,8% [24] DOUAMBA au Burkina Faso rapporte que 26,62% des patients reçus dans les services bucco-dentaires des centres hospitaliers nationaux (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) consultent pour des traumatismes bucco-alvéolo-dentaires et maxillo-faciaux [12]. Cette différence s'explique par le rôle de référence de ces structures qui plus est, travaillent à feu continu.

### - Les tumeurs buccales et maxillo-faciales

Elles ont été retrouvées chez 9 patients (0,44%). Leur faible nombre s'explique par le fait qu'il ne s'agit pas d'une structure de référence d'affections maxillo-faciales. En effet, si les épulis, le kyste apical et la tumeur de la langue ont été prises en charge sur place, les deux tumeurs maxillaires ont été référées en chirurgie maxillo-faciale au CHNYO .

### - Les autres pathologies bucco-dentaires et maxillo-faciales

Leur pourcentage est faible soit 1,29% et s'explique par le fait que ces affections sont prises en charge (stomatite, halitose, chéilite) en consultation de médecine ou autres spécialités.

## 4.2.7 Aspects thérapeutiques

### - Les extractions dentaires et les soins conservateurs.

Dans notre étude, il y a eu beaucoup plus de soins conservateurs (38.26% des soins) que d'extractions dentaires (27,23% des soins). Ces résultats concordent avec ceux de KABA au Gabon [23] qui trouvent respectivement 46,7% et 36,5%. Plusieurs études ont plutôt montré la prédominance des extractions (Tableau XX VIII).

**Tableau XVI : Extractions et soins conservateurs dans des cabinets dentaires.**

Etudes	Extractions	Soins conservateurs
CMSBD	27,23%	38,26%
Kaba [23]	36,5%	46,7%
Kabwe [24]	52,2%	44,5%
CMA Orodara [51]	52,59%	44,24%
CHNYO [49]	35,58%	20,59%
Dispensaire urbain Bobo [2]	40%	-
CHNSS [2]	68%	-
CHR Banfora [2]	70%	-

La prédominance des soins conservateurs dans notre étude peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- . L'extraction dentaire n'est pas une stratégie de soins adoptée par le CMSBD et ne devient que l'ultime solution lorsque les autres possibilités thérapeutiques sont épuisées.
- . Le CMSBD dispose de moyens curatifs (instrumentation et consommables) pour faire des soins conservateurs .
- . La restauration orale ne se substitue pas intégralement à l'organe dentaire dont elle a pris la place .
- . Les soins conservateurs coûtent relativement moins chers que la prothèse dentaire.

La prédominance des extractions dans certaines structures peut s'expliquer par :

- . La relative facilité de l'extraction dentaire qui en fait une stratégie de soins, les soins conservateurs demandant plus de consultations.
- . L'absence d'instrumentation et les ruptures fréquentes de consommables.
- . La restauration orale qui fait souvent suite à l'extraction dentaire est une source d'intéressement pour le praticien.

#### **- Les soins et prescriptions médicaux**

Ils représentent 22,87% des soins. KABA trouve dans son étude 6,20% [23].

La présence d'une infection patente qui s'accompagne de douleur et d'inflammation ou le risque d'une infection latente explique la forte prescription d'antibiotiques d'anti-inflammatoires ou d'antalgiques. Cependant, seule une étude permet de justifier la rationalité de la prescription.

### **- Les soins parodontaux .**

Il correspondent à 7,43% des soins dont 6,20% pour les détartrages. KABA rapporte que les soins parodontaux représentent 10,60% des soins [23]. Vu qu'à l'âge de 12 ans en milieu scolaire Burkinabé 75% à 82,4% des sujets ont un besoin de traitement parodontal [48,49], il s'avère que les gens consultent peu pour les parodontopathies expliquant le faible pourcentage des soins de parodontaux. Les sujets qui consultent ne sont pas ceux qui ont le plus besoin de soins parodontaux.

### **- La réhabilitation orale**

Elle représente 3,2% des soins. Ce taux est en dessous de la moyenne dans d'autres cabinets du Burkina. En effet, une étude de l'AOI sur le cabinet dentaire du CHNSS a rapporté une prothèse dentaire pour 24 consultants [2] contre une prothèse pour 34 patients dans notre étude. L'explication se trouve dans la priorité accordée aux soins conservateurs qu'aux extractions dentaires qui précèdent les soins de prothèse le plus souvent.

Si les prothèses mobiles en plaque de résine se font sur place au CMSBD, les prothèses mobiles en plaque métallique (adjointes) et les prothèses fixes (conjointes) se font à l'étranger du fait de l'absence d'un laboratoire approprié.

### **- Les soins chirurgicaux autres que les extractions.**

Ils représentent moins de 1% des soins (42 actes) et traduisent le faible nombre de traumatismes (le CMSBD n'assurant pas un service d'urgence) et de tumeurs rencontrées. Les références en chirurgie maxillo-faciale de certains cas reçus expliquent aussi ce faible taux. Cependant s'il existe un chirurgien maxillo-facial et un stomatologue au CHNYO, le service de chirurgie maxillo-faciale n'est qu'au stade de projet [30].

### **- Les soins orthodontiques.**

Le nombre de 4 cas de soins orthodontiques, résiduel est à l'image du nombre de dysharmonies dento-maxillaires reçues en consultation. Si la demande était plus forte le problème de prise en charge allait se poser, du fait que certains troubles orthodontiques

relèvent de la spécialité d'orthodontie dento-faciale (ODF), laquelle spécialité n'existe pas encore dans notre pays.

Il faut signaler aussi l'absence de demande de soins d'un bon nombre d'anomalies orthodontiques rencontrées dans la population. La méconnaissance de possibilité de soins et le souci de l'esthétique ne constituant pas un problème pour beaucoup en sont les raisons.

#### **4.2.8 Cas particuliers.**

##### **- La grossesse**

Nous avons eu cinq femmes enceintes qui ont consulté pour des cas de carie et qui ont été soignées médicalement (antibiotique, anti-inflammatoire, pansement antiseptique). Leur état physiologique a motivé ce traitement du fait du risque anesthésique, de choc émotionnel et d'accouchement prématuré. Les extractions et les soins conservateurs ont été de ce fait différés.

Une radiographie dentaire a été demandée chez une femme enceinte de 7 mois. La protection par un tablier de plomb a été de rigueur.

##### **- Le diabète.**

Chez trois sujets diabétiques ayant consulté un pour une cellulite (complication de carie) et les deux autres pour une parodontopathie, l'équilibre glycémique et une couverture antibiotique ont été nécessaires. Ces précautions n'étaient pas de trop quant on connaît la susceptibilité infectieuse du diabétique et sa prédisposition aux parodontopathies [5]. MWANZA et coll. affirment en effet que les parodontopathies se sont avérées plus nombreuses et leurs stades plus sérieux chez les patients diabétiques que chez les non diabétiques [39].

### - Les maladies cardiovasculaires et rénales

- Les six cas d'HTA étaient suivis et équilibrés. Pour ses effets cardioaccélérateurs, les anesthésiques contenant de l'adrénaline n'ont pas été utilisés.

- Les deux cardiopathes et le greffé rénal ont consulté pour la recherche d'un foyer infectieux bucco-dentaire dont on connaît la possible localisation secondaire sur une valvulopathie ou une greffe du rein [25,27].

- Enfin chez le patient porteur d'une thrombophlébite et sous anticoagulant venu consulté pour une carie, il a été demandé un taux de prothrombine avant les soins du fait du risque hémorragique lié au traitement anticoagulant.

### - Les références

- Les deux cas de tumeurs maxillaires et un cas de fracture maxillaire ont été référés en consultation de chirurgie maxillo-faciale au CHNYO. Le rôle de référence du CHNYO pour une trentaine de provinces justifie la nécessité d'un service de chirurgie maxillo-faciale en son sein.

- Un cas d'halitose persistante malgré le traitement a été référé en consultation de gastro-entérologie.
- Un cas de candidose oro-pharyngée associé à un état général altéré a motivé la consultation en médecine.

### - Les visites périodiques

Elles ont concerné six personnes venues consulter périodiquement dont quatre ont reçu un détartrage, une restauration prothétique chez une personne et enfin la prescription d'une pâte dentifrice chez la dernière personne. La visite périodique n'est donc pas dans les habitudes de la population. La consultation périodique à raison d'une fois par an chez l'enfant et de 2 fois par an chez l'adulte s'avère cependant nécessaire au vue de la nécessité d'un traitement qui s'imposait chez les personnes ayant consulté systématiquement.

### 4.2.9 Radiographies dentaires

- Au total 63,38% des radiographies ont été réalisées chez des patients venant d'autres cabinets

dentaires où la radiographie dentaire n'était pas disponible (inexistence, panne ou rupture de films).

Un appareil de radiographie dentaire de diagnostic s'avère donc nécessaire pour un cabinet dentaire.

- L'absence de radiographie panoramique dentaire dans le centre a obligé 57 patients à la faire dans d'autres structures . Un appareil de radiographie panoramique dentaire au centre aurait permis une prise en charge rapide des patients.

## 4.3 Etude qualitative

### 4.3.1 Carie dentaire

#### - Répartition selon le sexe

La carie dentaire, prédominante chez les patients de sexe féminin traduit une plus grande utilisation des services bucco-dentaires par celles-ci. Elle s'explique par deux faits :

. La carie est plus fréquente chez la femme. En effet, les fillettes et les adolescentes présentent un indice DCAO plus élevé que celui des garçons du même âge [13,38].

. Les filles ont un recours plus fréquent aux soins bucco-dentaires dû à une plus grande motivation qui semble acquise à vie [38].

KABWE retrouve cette tendance avec 40,2% pour le sexe féminin et 36,6% pour le sexe masculin [24].

TREYSSAC invoque cependant que la carie semble liée plutôt à une question d'hygiène qu'à une question de sexe. Une plus grande consommation d'aliments et de boissons sucrés chez la femme expliquerait cette prédominance [52].

### **- Répartition selon l'âge**

Le plus fort taux de carie se rencontre chez les patients de 16 à 30 ans. L'augmentation rapide de l'indice DCAO entre 16 et 35 ans et le changement de vie à l'adolescence avec un apport excessif glucidique, expliquent la forte prévalence de la carie dans cette tranche d'âge [38].

Cette tranche d'âge constituée en majorité d'élèves et d'étudiants mieux informés des possibilités de soins bucco-dentaires expliquerait aussi cette prédominance.

La baisse progressive de la prévalence de la carie avec l'âge s'explique par la stabilisation des dents cariées avec l'âge et une meilleure hygiène bucco-dentaire[38].

### **- Traitement de la carie dentaire**

La carie est de loin la première cause des extractions avec 82,77% de celles-ci. Le chiffre de 43,5% comme première cause des extractions est rapporté par KABWE [24]. Ce relatif faible pourcentage dans son étude est le fait d'un fort taux d'extractions dues aux accidents d'évolution de la dent de sagesse (AEDS).

La prédominance des soins conservateurs par rapport aux extractions dentaires correspond à la priorité accordée à ceux-ci. Les soins administrés correspondent à ceux décrits dans la littérature [13,15,20].

## **4.3.2 Autres maladies des tissus durs de la dent**

Les extractions, les soins parodontaux et de réhabilitations orales sont le fait des fractures dentaires, de la myxolyse et de rhizolyse.

Les soins conservateurs sont dus aux chutes d'amalgame.

## **4.3.3 Parodontopathies**

### **- Répartition selon le sexe**

Le pourcentage élevé de parodontopathies chez les hommes s'explique par une hygiène bucco-dentaire moins soignée et par la consommation de tabac et d'alcool. Allant dans ce sens, KABWE rapporte que le taux de parodontopathies est de 4,65% chez la femme et 9,15% chez l'homme [24].



### **- Répartition selon l'âge**

L'augmentation des parodontopathies avec l'âge s'explique par le fait qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire prolongée, l'hyposialie sénile, la ménopause et la sénescence entraînent une récession du parodonte [15,36].

Cette progression est décrite par KABWE et est de 2,3% ; 4,25% ; 12% et 23,26% respectivement chez les 2 ½ -20 ans, 21-35 ans, 36-50 ans et plus de 50 ans [24].

### **- Traitement des parodontopathies**

Elles sont la deuxième cause des extractions avec 7,7% de celles-ci, loin derrière la carie dentaire. Ces extractions sont le fait de consultations tardives ou la détérioration des moyens de fixation de la dent est telle-que l'extraction est la seule sanction thérapeutique indiquée. Cette seconde place avec 4,8% des extractions est rapportée par KABA [23].

Le détartrage (61,51% des soins de parodontopathies) correspond au traitement de parodontopathies à un stade modéré. La promotion d'un détartrage tous les 6 mois ou un an doit être encouragée pour éviter que les patients ne viennent à un stade nécessitant des soins complexes (contention-ligature, extraction).

Les traitements dont ont bénéficié les parodontopathies correspondent à ceux décrits dans la littérature [13,15].

## **4.3.4 Edentation**

### **- Répartition selon le sexe .**

La prévalence de l'édentation plus élevée chez l'homme serait le fait d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire et une exposition plus accrue aux traumatismes.

### **- Répartition selon l'âge**

L'augmentation du pourcentage de sujets édentés avec l'âge est le fait d'une sommation des cas d'édentation non compensée. Sa baisse après 60 ans correspond à un besoin non exprimé. L'édentation étant considérée comme un signe de l'âge.

### **- Traitement de l'édentation**

Les cas d'édentation ont bénéficié d'une réhabilitation orale. Les extractions, les soins conservateurs et les détartrages qui précèdent cette restauration sont le fait de dents adjacentes ou d'une préparation à la pose de l'appareil.

### **4.3.5 Troubles de l'odontogénèse**

#### **- Répartition selon l'âge**

La régression rapide des troubles de l'odontogénèse avec l'âge s'explique aisément : Ces troubles liés aux dents temporaires, aux dysmorphoses dento-faciales sont pris en charge pendant la jeunesse ou sont tolérés jusqu'à l'âge adulte.

Les troubles de l'odontogénèse à l'âge adulte correspondent aux accidents d'évolution de la dent de sagesse.

#### **- Traitement des troubles de l'odontogénèse**

. Les extractions ont concerné les dents incluses, les dents enclavées, les dents surnuméraires, la persistance des dents lactéales et les accidents d'évolution de la dent de sagesse infectés.

. Le décapuchonnage et l'attouchement à l'acide trichloroacétique ont concerné les accidents d'évolution de la dent de sagesse.

Le traitement orthodontique a concerné les dysharmonies dento-maxillaires. En Europe 20 à 30% des enfants ont un besoin d'appareillage orthodontique [45]. Cette demande, faible dans notre étude s'explique par le fait que la population ignore les possibilités de traitement de ces anomalies.

Malgré l'absence de chirurgien dentiste ODF, les résultats obtenus sont encourageants et beaucoup de demandes non exprimées pourraient bénéficier d'un traitement orthodontique.

### 4.3.6 Traumatismes

#### - Répartition selon le sexe

Leur prévalence, plus élevée chez les individus de sexe masculin (sex ratio = 2,3) s'explique par la participation accrue de ceux-ci à la vie active et par une prise de risque plus importante.

Cette prédisposition est rapportée par DOUAMBA, KABWE, OSUGIO et TUKUTUKU qui trouvent respectivement un sex ratio de 4,15 ; 1,72 ; 2 et 1,56 [12,24,48,53].

#### - Répartition selon l'âge

La régression des traumatismes selon l'âge s'explique par le fait que les chutes ou traumatismes par jeux concernent surtout les enfants et par une prise de risque moindre avec l'âge.

TUKUTUKU rapporte que la prévalence des traumatismes est de 17,8% ; 21,4% ; 17,2% respectivement chez les 7-12 ans, 13-16 ans et plus de 16 ans [53]. Cependant, son étude ne concerne que les dents antérieures.

#### - Traitement de traumatismes

. Les extractions, soins parodontaux (contention-ligature) et conservateurs ont concerné les traumatismes bucco-alvéolo-dentaires.

. La suture et le blocage bimaxillaire ont concerné les plaies traumatiques et les fractures maxillaires.

### 4.3.7 Tumeurs buccales et maxillo-faciales

- L'épulis et le kyste périapical ont fait l'objet d'une exérèse.
- Une ulcération de la langue prise pour une tumeur au départ a favorablement évolué sous traitement médical.

### 4.3.8 Autres affections bucco-dentaires et maxillaires

Toutes ces affections ont été médicalement traitées. Les cas d'halitose ont reçu en sus un détartrage. L'offre de soins de ces affections existe. La référence par le personnel de santé de ces cas en consultation bucco-dentaire serait indiquée.

### 4.3.9 Extractions et soins conservateurs

#### - Répartition selon le sexe

. L'écart entre les taux d'extractions et de soins conservateurs est plus élevé chez les patients de sexe féminin et traduit une tendance pour celles-ci de bénéficier de conservateurs plus que les individus de sexe masculin.

. Le taux sélectif des extractions selon la maladie et le sexe montre que si l'extraction pour carie est l'apanage de sexe féminin, chez les hommes c'est plutôt l'extraction pour parodontopathies. Ces deux faits confirment :

D'une part la prédominance de la carie chez la femme qui consulte plus tôt et bénéficie de soins conservateurs.

D'autre part la prédominance des parodontopathies chez l'homme qui consulte plus tardivement et subi de ce fait les extractions.

#### - Répartition selon l'âge

. Le plus fort taux de soins conservateurs concerne la classe d'âge de 16 à 30 ans et traduit la précocité de la consultation au moment où la dent peut être conservée.

. Le plus fort taux d'extractions qui concerne les sujets de plus de 60 ans traduit une consultation tardive au moment où l'extraction est la seule alternative d'une pathologie évoluée.

. La progression plus rapide des extractions pour parodontopathies s'explique par leur augmentation selon l'âge alors que la carie se stabilise avec l'âge. MULLER rapporte en effet que les extractions pour causes parodontales deviennent prépondérantes à partir de 45 ans [36].

. L'amélioration des soins curatifs de la population passerait par la réduction de l'écart entre les deux bras de cette pince que forment les courbes d'extractions et de soins

conservateurs selon l'âge. L'amélioration des soins préventifs aura pour effet d'amener les courbes à des pourcentages plus bas.

### - Répartition selon la localisation de la dent

#### . Les dents temporaires

\* Les molaires avec 63,34% des extractions et 94,88% des soins conservateurs occupent la première place. Cette tendance est décrite par KABA qui n'a cependant pas donné de pourcentage [23].

\* Les incisives centrales supérieures avec 17 % des extractions ont été la première cible des dents surnuméraires et de la persistance des dents lactéales.

#### . Les dents permanentes.

\* Les molaires avec 74,39% des extractions et 66,68 % des soins conservateurs sont les plus exposées du fait de la carie dentaire. JEBODA au Nigeria rapporte que les molaires sont concernées à 49,4% des extractions et occupent le premier rang [22].

\* Les incisives centrales supérieures avec 7,13% des extractions et 10,22% des soins conservateurs sont la première victime des traumatismes alvéolo-dentaires.

Dans les deux cas, aussi bien les dents temporaires que permanentes, TUKUTUKU affirme que l'atteinte des incisives centrales supérieures est 8 fois plus fréquente que les incisives centrales inférieures et serait due à une plus grande exposition des incisives centrales supérieures aux traumatismes dentaires violents ou fonctionnels et à la carie dans certaines professions ou habitudes ( carie du pâtissier) [11,38,53].

Pour les dents temporaires et permanentes KABA rapporte que l'arcade mandibulaire, les molaires, la 85 pour les extractions et soins conservateurs des dents temporaires, la 46 pour les extractions et soins conservateurs des dents permanentes sont les parties les plus atteintes [23].

L'explication de la susceptibilité de l'arcade mandibulaire est qu'elle est un lieu de stase alimentaire par rapport au maxillaire. Quant aux molaires, leur vulnérabilité est due à leurs sillons et anfractuosités, à la localisation moins accessible à la brosse à dent de celles-ci

qui les exposent alors à une mauvaise hygiène bucco-dentaire donc à une prédisposition à la carie et aux parodontopathies [13,37,38].

#### **4.3.10 Soins parodontaux**

##### **- Répartition selon le sexe**

La forte prévalence des parodontopathies chez l'homme explique le taux élevé de soins parodontaux chez celui-ci.

##### **- Répartition selon l'âge**

Les soins parodontaux augmentent avec l'âge pour régresser après 60 ans, contrairement à la courbe des parodontopathies qui progresse au-delà de 60 ans. L'explication est qu'après 60 ans les parodontopathies sont traitées par des extractions, seule alternative de soins pour des parodontopathies sans doute évoluées.

#### **4.3.11 Réhabilitation orale**

##### **- Répartition selon le sexe**

Elle est conforme à la répartition de l'édentation par sexe à la différence que l'écart est plus grand entre les deux sexes, traduisant que les autres causes de réhabilitation orale sont aussi l'apanage des hommes (traumatismes, parodontopathies).

##### **- Répartition selon l'âge**

La courbe des soins de réhabilitation selon l'âge épouse celle de la répartition de l'édentation selon l'âge et est la traduction que les cas d'édentation ont été compensés.

## 5. CONCLUSION

La prise en charge des affections bucco-dentaires engendrée par le centre municipal de santé bucco-dentaire correspond à une attente de la population de la ville Ouagadougou exprimée à travers une fréquentation croissante du centre.

Cette fréquentation qui est supérieure à celle des autres centres de soins bucco-dentaires du pays a été possible grâce à la disponibilité des soins, une accessibilité des soins aux différentes couches socio-économiques et une relative qualité des soins qui correspondent à ceux décrits dans la littérature.

Toutefois l'absence de radiographie panoramique et d'un laboratoire pour la confection de prothèse mobile en plaque métallique et de prothèse fixe n'a pas permis de répondre à une demande qui existe.

De l'analyse des soins dispensés, il ressort que :

- les femmes consultent plus et font plus de carie dentaire .
- les hommes consultent moins, font plus de parodontopathies ,de traumatismes bucco-dentaires et d'édentation.
- les sujets jeunes de 16 à 30 ans consultent plus que les autres groupes d'âge.
- il y a une faible demande des soins orthodontiques.
- il y a une absence de structure de référence des affections maxillo-faciales.

Si les besoins de soins sont similaires à ceux de la population burkinabé (les principales maladies étant la carie dentaire et les parodontopathies), il n'y a aucune commune mesure avec l'offre (insuffisante et mal répartie) et la demande (peu exprimée même quand l'offre existe) de soins bucco-dentaires dans le reste du pays.

Le développement de soins préventifs moins onéreux et le rapprochement des soins à la population combleraient un tant soit peu ce fossé.

Cet état de fait interpelle tout le monde, individuellement ou collectivement, toute personne physique ou morale ; chacun à son niveau peut apporter son concours à l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population à l'image de la contribution du centre municipal de santé bucco-dentaire de Ouagadougou.

## 6. SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, nous faisons les suggestions suivantes :

### Aux autorités politiques

1-A cours terme une redistribution de l'équipement, du matériel et du personnel conformément au tableau ci-dessous. les régions excédentaires se redéployeront au profit des régions déficitaires en vue d'offrir des soins bucco-dentaires de proximité.

- A moyen et long termes l'équipement progressif des CMA en cabinet dentaire, la mise en place d'équipes mobiles de soins bucco-dentaires curatifs et préventifs.

Niveau de soins	Fauteuil dentaire	Laboratoire de prothèse	Chirurgien maxillo.	Chirurgien dentiste	Inf. en odonto.	Prothésiste
CM ou CMA (44)	1	0	0	1	1	0
CHR (9)	1	1	0	1	2	1
CHN (2)	2	2	2	2	6	2

2- La formation d'hygiénistes dentaires et de maintenanciers en équipements dentaires

3- Une bonne gestion des cabinets dentaires permettant de recouvrir les coûts, de renouveler les consommables et d'éviter les pannes techniques.

4- La construction et l'équipement au CHNYO d'un service ou d'une unité de chirurgie maxillo-faciale de référence .

### Aux collectivités locales du Burkina Faso

1- Une implication dans l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population de leur localité.

2- La construction et la gestion de cabinets dentaires dans les 20 communes de plein exercice du Burkina Faso qui sont chefs-lieux de district sanitaire ne disposant d'offre de soins bucco-dentaires.



**Aux autorités communales de Ouagadougou et aux responsables de CMSBD**

- 1- L'acquisition par le CMSBD d'un appareil de radiographie panoramique dentaire et d'un laboratoire pour la confection de prothèse dentaire adjointe (mobile en plaque métallique) et conjointe (fixe).
- 2- Le développement de soins préventifs en fonction des groupes cibles (enfants, sujets âgés hommes, femmes, élèves)
- 3- La confection de supports de collecte de données, la standardisation des appellations de diagnostics et traitements, la bonne collecte des données.

**Aux personnels de santé**

- 1- Une collaboration plus étroite entre personnel de santé bucco-dentaire et les autres personnels de santé (références, participation aux soins préventifs).
- 2- Une priorité à accorder aux soins conservateurs par rapport aux extractions.

## REFERENCES

### 1 - AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE

Appui au PNSBD dans la région de Fada N'Gourma

Fada N'Gourma, 1993 : 17p.

### 2 - AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE

Projet d'appui au PNSBD dans les provinces du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou.

Bobo Dioulasso, 1996 : 33p.

### 3 - ANAGOBTOU F., ETIENNE D., SAWAF H. ET OUNAYOUN J.P.

Cavité Buccale et sénescence : Parodontites.

Encycl.Méd.Chir. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS,

Paris, odontologie, 23-432-A-10,2000,4p.

### 4 - AXELL T., JOHANSON K.

Oral Health in Tanzania village.

Odonto. Sto. Trop. 93; 16 : 15-20

### 5 - BASIN C., GIRARD P., OUHAYOUN J.P., LEPRAT J.

Endocrinologie.

Dans : Girard P., Penne G., Missika P. Médecine et chirurgie dentaire : problèmes médicaux en pratique quotidienne.

Paris : Ed. CDP, 1988 : 433-555.

### 6 - BEN SLAMA L. ET SZIPIRGLAS H.

Syndrome d'immuno-déficience acquise et infection à virus de l'immuno-déficience humaine.

Encycl.Méd.Chir. (Elsevier, Paris), stomatologie, 22.046.A-15,1998,17p.

### 7 - BUTT M.H.

Dental health of patients attending Nyeri provincial dental clinic.

Odonto. Sto. Trop. 1986; 107-113

### 8 - COMMISSION NATIONALE DE LA DECENTRALISATION

Les textes d'orientation de la décentralisation (TOD) du Burkina Faso.

Ouagadougou, Avril 1999 : 34p.

**9 - DECHAUME M. , GRELLET M., LAUDEN BACH P. ET PAYEN J.**

Précis de stomatologie.

5è édition, Paris : Ed. Masson, 1979 : 426p.

**10 - DELAIRE J., MERCIER J.**

Cours de Stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale

Nantes, 1986 : 115p.

**11 - DEMARS-FRENAULT C. ET ASSOUAD A.**

Traumatismes dentaires chez l'enfant.

Ed. Techniq. Encyl. Med.Chir. (Paris-France) Stomatologie, Odontologie,

23410 E 10, 1992, 8p.

**12 - DOUAMBA S.J.E**

Les traumatismes maxillo-faciaux chez l'adulte (aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques).

Thèse de médecine : Ouagadougou, 1997 : 89p.

**13 - DOUNIAU R.**

Cours de stomatologie.

Louvin : 155p.

**14 - EL BINDARI, HANND A., SNRTH D.L.**

Evaluation des soins de santé primaires.

Genève : OMS, 1992 : 226p.

**15 - GAILLARD A.**

Cours de Stomatologie

Nantes, 1986 : 103p.

**16 - GARNIER M., DELAMARE V., DELAMARE J., DELAMARE T.**

Dictionnaire des termes de médecine.

24è édition. Paris : Ed. Maloine, 1995 : 1095p.

**17 - ILBOUDO G.J.L.**

Evaluation de la qualité des soins de santé bucco-dentaire au Burkina faso : étude de cas.  
Mémoire de fin d'études spécialisées en santé publique, Tunis, 2000 : 112p.

**18 - INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE**

Recensement Général de la Population et de l'Habitation 1996 (RGPH'96)  
Ouagadougou, février 2000 : 314p.

**19 - INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, MACRO INTERNATIONAL INC.**

Enquête démographique et de santé.  
Ouagadougou, 1999 : 327p.

**20 - JACQUOT B. ET FONTAINE A.**

Etude clinique de la carie.  
Encycl.Méd.Chir.(Paris-France) Stomatologie-Odontologie II,23-010-E-10,1995,7p.

**21 - JASMIN T. R., JONESCO N., MULLER M ET ASQUINAZI M.L .**

Prévention des caries et des parodontopathies chez L'enfant.  
Ed.Techniq. Encycl.Méd.Chir. (Paris-France), Stomatologie-odontologie 23-400-A-05,1993 6p.

**22 - JEBODA S.O.**

Perodontal tooth mortality in permanent dentition of nigerans attending a private dental clinic in Lagos metropolis.  
Odonto. Sto. Trop. 1992; 15 : 19-24

**23 - KABA M., CADOT S., MIQUEL J.L.**

Bilan d'une année d'activités thérapeutiques au sein d'un service dentaire de l'hôpital provincial de Mouila (Gabon)  
Odonto. Sto. Trop. 1992; 15: 9-14

**24 - KABWE J.**

The distribution of dental diseases and disorders observed in urban dental clinic in Zambia.  
Odonto. Sto. Trop. 1986 ; 74 : 27-32

**25 - KOMAJDA M., GIRARD P., GROSGOGEAT Y.**

Cardiologie. Dans : Girard P., Penne G., Missaka P. Médecine et chirurgie dentaire : Problèmes médicaux en pratique quotidienne.

Paris : Ed.CDP, 1998 : 81-124

**26 - LIAUTAUD B.**

Manifestations cutané-nuqueuses au cours de l'infection à VIH.

Dans : Gentilini M., Rosenbein M., Itoua-Ngaporo A. SIDA, infection à VIH.

Paris : Ed. Ellipses, 1989 : 110-161

**27 - MASCRES C.**

L'infection focale d'origine dentaire.

Ed. Teehniq. – Encycl. Méd. Chir. (Paris-France) Stomatologie, 22043. C.10-9,1998,10p.

**28 - MINISTERE DE LA SANTE**

Programme National de Santé Bucco-Dentaire

Ouagadougou, 1991 : 33p.

**29- MINISTERE DE LA SANTE**

Document de Politique Sanitaire Nationale

Ouagadougou, septembre 2000 : 37p.

**30 - MINISTERE DE LA SANTE**

Programme National de Santé Bucco-Dentaire

Ouagadougou, 2001 : 48p.

**31 - MINISTERE DE LA SANTE**

Circulaire sur le budget 2002 de la santé.

Ouagadougou, 2002 : 2p.

**32 - MINISTERE DE LA SANTE, ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU BURKINA, AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE**

Rapport de l'atelier national de consensus sur la définition des activités pertinentes de la santé bucco-dentaire au niveau distriet.

Ouagadougou, 2001 : 59p.

**33 - MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION**

Annuaire statistique sanitaire de l'année 2000

Ouagadougou, 2001 : 146p.

**34 - MINISTERE DE LA SANTE, FONDATION HYMNE AUX ENFANTS**

Projet d'appui au Programme National de Santé Bucco-Dentaire : prévention du Noma

Ouagadougou, 1999 : 39p.

**35 - MINISTERE DE LA SANTE, PROJET NOMA**

Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations et des prestataires de santé sur le Noma

Ouagadougou, 1999 : 35p.

**36 - MULLER M.**

Epidémiologie des parodontopathies.

Ed. Techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris France), Stomatologie et odontologie,

23 - 444 - A -10. 1993 : 5p.

**37 - MULLER M., LUPI L., JASMIN J.R. ET BOLLA M.**

Etiologie de la carie.

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), odontologie, 23-010-A-30, 1998 : 6p.

**38 - MULLER M., LUPI L., MEDIONI E. ET BOLLA M.**

Epidémiologie de la carie dentaire.

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), odontologie 23.010 - A - 20; 1997 : 8p.

**39 - MWANZA NGAKINYA, NJERI NGOTHO B. MYANBURA KARIUKI H.**

**THURAMIRA KATAIMENYI J., LAWASON NDUNG'U F.**

The periodontal Health Status of patients attending in the diabeted clinic at Kenyatta National Hospital, Nairobi.

Odonto. Sto. Trop. 1985 ; 71 : 19-22.

**40 - OMS**

Prévention des affections bucco-dentaires

Genève : OMS, 1990: 42p.

**41 - OMS**

La classification internationale des maladies adaptation à l'odonto. Stomatologie (CIM-AO).  
Genève : OMS, 1997 : 183p.

**42 - OMS**

Enquêtes sur la santé bucco-dentaire : méthodes fondamentales.  
4<sup>ème</sup> Ed. Genève : OMS, 1998 : 63p.

**43 - OMS**

La santé bucco-dentaire dans la région Afrique : Stratégie régionale 1999-2008.  
Harare : OMS, 2000 : 37p.

**44 - OMS / INSERM**

Rapport trimestriel de statistique sanitaire mondial de la santé bucco-dentaire.  
Vol. 47, N°2, 1994 Genève : OMS, 1998 : 94p.

**45 - OMS, KOSTLAN J.**

Les services de santé bucco-dentaire en Europe  
Copenhague : OMS, 1981 : 135p.

**46 - OUEDRAOGO I.**

Le noma de l'enfant en milieu hospitalier de Bobo Dioulasso : Aspects épidémiologiques, cliniques  
et prise en charge.

Thèse de médecine : Ouagadougou, 1998 ; N°42-105p

**47 - OUEDRAOGO P.**

Etudes des facteurs déterminant la faible fréquentation des services de santé bucco-dentaire : cas du  
cabinet dentaire du CHR de Dori.

Mémoire d'infirmier spécialiste en odontologie : Ouagadougou, 2001 : 87p.

**48 - OSUGIO O. O.**

Utilization of dental services by children at the University Collège Hospital.  
Odonto. Sto. Trop. 1990 : 95-99

**49 - SERVICE D'ODONTO-STOMATOLOGIE CHNYO**

Rapport d'activités de l'année 2001

Ouagadougou, 2002 : 12p.

**50 - SERVICE D'ODONTO-STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILO-FACIALE  
DU CHNSS**

Rapport d'activités de l'année 2001

Bobo Dioulasso, 2002 : 2p.

**51 - SERVICE D'ODONTO-STOMATOLOGIE DU CMA D'ORODARA**

Rapport d'activités de l'année 2001

Orodara, 2002 : 6p.

**52 - TREYSSAC P.**

La bouche et les dents. Dans : le grand médical.

Genève : Edito-Service. A, 1974 : 610-275

**53 - TUKUTUKU K., NTUMBA M. K.**

Aspects épidémiologiques des traumatisés des dents antérieures chez les zaïrois.

Odonto. Sto. Trop. 1988, 9 : 107-111

**54 - VECCHIATI G., GORACCI G.**

La prédominance de la carie dentaire parmi les jeunes âgés de douze ans dans une ville du Burundi.

Odont. Sto. Trop. 1998 ; 11 : 11-15





### ANNEXE III : CODIFICATION

- **Numéro du registre**
- **Numéro d'ordre**
- **Date de la première consultation** : jj mm aa
- **Provenance** : Ouagadougou (préciser secteur)
  - Kadiogo (en dehors de Ouagadougou)
  - Autres localités
- **Age** : en années
- **Sexe** : masculin ou féminin
- **Profession** :
  - Elève - Etudiant
  - Cultivateur
  - Femme au foyer
  - Commerçant
  - Secteur informel
  - Salarié du public
  - Salarié du privé
  - Retraité
  - Militaire
  - Religieux
  - Demandeur d'emploi
  - Autres
- **Maladies** :
  - carie dentaire
  - Autres maladies des tissus durs de la dent (préciser)
  - Parodontopathies (préciser)
  - Edentation
  - Troubles de l'odontogénèse (préciser)
  - Traumatismes bucco-alvéolo-dentaires et maxilo – faciales (préciser)
  - Tumeurs (préciser)
  - Autres affections (préciser)

- **Traitements :**

Extractions (préciser code de la dent)  
Soins conservateurs (préciser code de la dent)  
Détartrage  
Soins parodontaux autre que détartrage  
Soins chirurgicaux autre que extractions  
Soins et prescriptions médicaux  
Soins de réhabilitation orale (prothèse)  
Soins orthodontiques

- **Observations :**

Grossesse  
Hypertension artérielle  
Cardiopathie  
Thrombophlébite  
Diabète  
Référénee  
Visite de routine  
Greffe rénale  
Consultation de médecine  
Consultation de gastrologie  
Autres (préciser)

## **ANNEXE IV : TARIFICATION DES PRESTATIONS BUCCO-DENTAIRES DU CENTRE MUNICIPAL DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DE OUAGADOUGOU**

### **1.LA CONSULTATION**

Elle est gratuite pour les catégories de malades ci-après :

- les enfants âgés de 15 ans au plus
- les élèves et les étudiants munis de cartes scolaires en cours de validité.
- les personnes âgées de 55 ans au moins
- les personnes indigentes munies de certificat d'indigence.
- les agents de la commune de Ouagadougou
- les conseillers municipaux

Elle est de mille (1000)francs pour les autres malades .  
pour la consultation, les gants sont obligatoires et sont à la charge du malade sans distinction de la catégorie.

### **2. LES SOINS**

Ils sont gratuits pour les personnes indigentes .

Ils sont réduits de 25%pour les enfants, les élèves, les étudiants, les personnes âgées. les agents et les conseillers municipaux de la commune de Ouagadougou, conformément au tableau ci-dessous portant tarification normale des soins.

### 3.- TABLEAU PORTANT TARIFICATION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES

DESIGNATION DES SOINS	TARIFS NORMAUX	PERSONNES REMBOURSEES ET PRISES EN CHARGE
<b>I/-DENTISTERIE CONSERVATRICE</b>		
<b>1.1 : obturations dentaires définitives à l'amalgame</b>		
Cavité simple (traitement global intéressant une face)	2 000	6 000
Cavité composée(traitement global intéressant deux faces)	2 800	6 000
Cavité composée(traitement intéressant trois faces)	4 800	6 000
<b>1-2 :composite(-obturation esthétique)</b>	6 000	10 000
<b>1.3 :soins de la pulpe et des canaux</b>		
Pulpotomie, pulpectomie coronaire avec obturation de la chambre pulpaire(traitement global)	2 000	4 000
Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation et soins consécutifs à une gangrène pulpaire(traitement global)		
*groupe incisivo-canin et prémolaires inf.	3 200	12 000
*groupe prémolaires supérieures	4 800	16 000
*groupe molaires	72 00	16 000
<b>2/. CHIRURGIE</b>		
<b>2.1 extractions plusieurs dents non molaires inférieures au cours d'une même séance</b>		
*la première	2 400	6 000
*chacune des suivantes	1 200	4 000
Extraction des molaires inférieures(même séance)		
*la première	3 200	4 800
*chacune des suivantes	1 600	4 000
<b>2.2 extraction chirurgicale</b>		
*d'une dent enclavée ou incluse	14 000	26 000
*d'une dent en mal position ou par alvéolectomie	10 000	26 000
*curetage péri-apical	14 000	28 000
*germectomie	14 000	28 000
<b>2.3 freinectomie</b>	14 000	28 000
<b>2.4 exérèse tumeurs bénignes simples(épulis, botrymycome)</b>	7 600	12 000
<b>2.5 déchirure labiale</b>	4 000	8 000
<b>2.6 fracture alvéolaire</b>	10 000	20 000
<b>2.7 fracture maxillaire 1 trait</b>	50 000	90 000
<b>2.8 fracture maxillaire 2 traits</b>	80 000	120 000
<b>2.9 réduction luxation de ATM</b>	4 800	4 000
<b>3/.PARODONTOLOGIE</b>		
<b>3.1 détartrage complet(2 séances au maximum) par séance</b>	4 800	6 000
<b>3.2 curetage aveugle</b>	4 000	8 000
<b>3.3curetage à ciel ouvert + pansement chirurgical</b>	8 000	24 000

<b>3.4 enseignement à l'hygiène</b>	8 00	4 000
<b>3.5 contention -ligature</b>	4 800	8 000
<b>3.6 gouttière</b>	12 000	20 000
<b>4/. PROTHESE</b>		
<b>4.1 prothèse adjointe avec plaque en résine</b>		
Appareil de 1 à 3 dents	12 000	20 000
Appareil de 4 dents	14 000	22 000
Appareil de 5 dents	16 000	24 000
Appareil de 6 dents	16 000	26 000
Appareil de 7 dents	20 000	28 000
Appareil de 8 dents	22 000	30 000
Appareil de 9 dents	24 000	32 000
Appareil de 10 dents	26 000	34 000
Appareil de 11 dents	28 000	36 000
Appareil de 12 dents	30 000	38 000
Appareil de 13 dents	32 000	40 000
Appareil de 14 dents	34 000	50 000
Appareil complet haut et bas	68 000	80 000
Réparation de fracture sur plaque -base	4 000	8 000
Dents ou crochets ajoutés ou remplacés		
*premier élément	4 000	8 000
*chacun des éléments suivants sur le même appareil	2 000	4 000
<b>4.2 prothèse adjointe avec plaque métallique</b>		Sur devis
<b>4.3 prothèse conjointe</b>		Sur devis
<b>5/. ORTHODONTIE</b>		Sur devis
<b>6/. RADOIGRAPHIE</b>		
<b>6.1 rétro alvéolaire</b>		
La première	1 600	3 200
Chacune des suivantes	8 00	3 200
Radiographie demandée	2 000	3 200
<b>6.2 mordu occlusale (sur demande)</b>		

**ANNEXE V : NORMES D'INFRASTRUCTURES ET DE PERSONNEL SELON LE  
NIVEAU DE SOINS ( PNSBD, DIEM )**

<b>Niveaux de soins</b>	<b>Infrastructures</b>	<b>Personnel</b>
<b>Système de santé et coordination du programme</b>	-Infrastructures actuelles -1 bureau	-5 chirurgiens dentistes en santé publique -1 chirurgien dentiste -2 inf. en odonto
<b>Centres hospitaliers nationaux(3)</b>	1 pavillon comprenant -1 salle de bloc opératoire -2 salles de soins -1 salle de prothèse -1 salle de radio -1 salle de stérilisation -1 salle magasin -1 salle de toilettes -3 salles de bureau -1 hospitalisation	-2 chirurgiens maxillo faciaux -1 dentiste en parodontologie -1 dentiste en ODF -3 chirurgiens dentistes -8 inf. en odonto -2 techniciens de prothèse
<b>Centres hospitaliers régionaux(9)</b>	1 pavillon comprenant -1 salle de soins -1 salle d'attente -1 salle de prothèse -2 salles de bureau -1 salle de radio -1 salle magasin -1 salle de toilettes	-2 chirurgiens dentistes -2 Inf. en odonto -1 technicien de prothèse
<b>Centres médicaux avec antenne chirurgicale (44)</b>	-1 salle de soins -1 salle d'attente -1 salle de bureau	- 1 chirurgien dentiste - 2 inf. en odonto - 1 technicien de prothèse
<b>Centres de santé et de promotion sociale</b>	Infrastructures actuelles	Equipement polyvalent du CSPS
<b>Santé urbaine</b>	1 pavillon comprenant -1 salle de soins -1 salle d'attente -2 salles bureau -1 salle de radio -1 salle magasin -1 salle de stérilisation -1 salle de toilettes	- 1 chirurgien dentiste - 1 Inf. en odonto

<b>Santé scolaire et universitaire</b>	1 pavillon comprenant -1 salle de soins -1 salle d'attente -2 salles de bureau -1 salle de radio -1 salle magasin -1 salle de stérilisation -1 salle de toilettes	-1 chirurgien dentiste -1 Inf. en odonto
<b>Médecine de travail</b>	1 pavillon comprenant -1 salle de soins -1 salle d'attente -1 salle de prothèse -2 salles de bureau -1 salle de radio -1 salle magasin -1 salle de stérilisation -1 salle de toilettes	-1 chirurgien dentiste -1 inf.en odonto
<b>Médecine militaire</b>	PM	PM
<b>Privé</b>	PM	PM



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

\*\*\*\*\*

**“ En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans  
l'exercice de la médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai  
jamais de salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui  
s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et  
mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leur père.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes  
promesses.**

**Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.”**

**TITRE :** Contribution du Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire de Ouagadougou à la prise en charge affections bucco-dentaires au Burkina Faso .

**RESUME :** L'étude porte sur la contribution du Centre Municipal de Santé Bucco-Dentaire de Ouagadougou à la prise en charge des affections bucco-dentaires au Burkina Faso à travers sa première année de fonctionnement .

Ainsi du 10/10/2002 au 09/10/2001, le CMSBD a enregistré 2008 patients pour 5089 consultations. Les caractéristiques de cette population et des soins dispensés ont été :

- Une prédominance du sexe féminin à 53,33% .
- Une prédominance des sujets de 16 à 30 ans qui constituent 42,48% des patients.
- Selon la provenance, une prédominance des résidents de la ville de Ouagadougou qui constitue 87,2% des patients.
- Les élèves et étudiants et les salariés (32,76%) constituent les principales catégories socio-professionnelles.
- Une prédominance de la carie dentaire et des parodontopathies qui représentent 85,84% des affections bucco-dentaires et un faible pourcentage des traumatismes et des tumeurs.
- La prédominance des soins conservateurs (38,26%) sur les extractions dentaires (27,23%) et une faible demande de soins orthodontiques.
- 63,28% des radiographies dentaires ont bénéficié aux patients extérieures au centre
- Une prédominance de la carie dentaire chez les patients de sexe féminin.
- Une prédominance des parodontopathies, des traumatismes, de l'édentation et des extractions chez les hommes.
- La progression des parodontopathies et des extractions avec l'âge.
- La première place de la carie comme cause des extractions.
- Une absence de soins préventifs.

Ce tableau diffère de la situation bucco-dentaire du pays qui reste précaire. L'exemple de la contribution du CMSBD devrait servir à améliorer la prise en charge des affections bucco-dentaires au Burkina Faso.

**MOTS CLES :** Soins bucco-dentaires – Carie – Parodontopathies  
Extractions dentaires – Soins conservateurs

**ADRESSE DE L'AUTEUR :** Youssouf NAGABILA  
09 BP 676 Ouagadougou 09  
Tél. : 36-14-53