Problèmes dentaires rencontrés par les forces togolaises déployées au Mali

K.M. Bouassalo[a], S. Adam[b], H.D. Sama[c], B.E. Kebina[d], H. Bissa[b], M. Gunepin[e]

a Service d'odontostomatologie CHR-Dapaong, BP 57 – Dapaong, Togo.
b Service d'Orl et de chirurgie cervico-maxillo-faciale, Service d'odontostomatologie, CHU Sylvanus Olympio, BP 57 – Lomé, Togo.
c Service d'anesthésie réanimation, CHU Sylvanus Olympio, BP 57 – Lomé, Togo.
d Service de stomatologie CHU Campus, BP 03 – 30284 Lomé, Togo.
e Équipe résidente de recherche subaquatique opérationnelle de l'Institut de recherche biomédicale des armées, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 9, France.

Article reçu le 5 août 2015, accepté le 20 janvier 2016.

Résumé

Objectif : le maintien de la capacité opérationnelle des forces par la prévention de la survenue de pathologies bucco-dentaires nécessite une connaissance fine des problèmes odontologiques rencontrés sur les théâtres d'opération. L'objectif de ce travail est d'acquérir cette connaissance en analysant les données dentaires relatives au premier contingent de militaires togolais déployé au Mali dans le cadre de missions des Nations Unies. Méthode : les données relatives aux consultations dentaires des militaires togolais à l'hôpital niveau 2 Togolais (HN2-Togo) déployé à Sévaré (Mali) ont été recueillies du 22 février 2013 au 30 avril 2014. Résultats : sur les 1 078 militaires togolais déployés, 123 ont consulté pour des problèmes dentaires soit un taux de consultations de 96/1000h/an. La majorité des consultations dentaires (77,2 %) est considérée comme évitable. Les principaux motifs de consultations dentaires sont les débris radiculaires (18,6 %), les caries sans atteinte pulpaire (16,3 %) et les parodontites apicales (12,4 %). Les principales thérapeutiques sont les avulsions dentaires (36,5 % des actes), les obturations coronaires (24,3 %) et les traitements endodontiques (15,7 %). La prise en charge des blessés dentaires a nécessité une évacuation médicale intra-théâtre de l'unité d'affectation vers l'HN2-Togo pour 46 % des patients. Conclusion : le taux de consultations dentaires au sein des forces togolaises est faible (96/1000h/an). La majorité des consultations étant considérée comme évitable, ce taux pourrait être diminué par la mise en place d'une aptitude dentaire avant projection. La fréquence élevée des évacuations médicales pour raison dentaire pourrait être réduite par l'implantation de structures dentaires de campagne au plus près des forces et la formation du personnel médical non-dentiste au triage dentaire (identification des consultants dentaires nécessitant ou non une évacuation médicale).

Mots-clés : Dentisterie militaire. Évacuation médicale. Forces togolaises. Opérations extérieures. Pathologies bucco-dentaires. Soins dentaires.

Abstract

DENTAL PROBLEMS AMONG THE TOGOLESE FORCES DEPLOYED IN MALI.

Objective: preventing dental pathologies contributes to maintaining the Forces' operational capability. It requires a detailed knowledge of the odontological problems which soldiers may have to face during their deployments. To this aim, the dental data of the first contingent of Togolese soldiers deployed to Mali under the United Nations mission were analyzed. Methods: Data about the dental visits of Togolese soldiers to the level 2 (HN2-Togo) hospital of Sevare (Mali) were collected from the 22nd of February 2013 to the 30th of April 2014. Results: Out of the 1078 Togolese soldiers deployed, 123 consulted for dental reasons (dental consultations rate: 96 per 1000 soldiers deployed per year). Most of the dental consultations (77.2%) were considered preventable. The most frequent reasons for consultating were residual root fragments (18.6%), caries without pulp involvement (16.3%) and apical periodontitis (12.4%). The most frequent dental treatments performed were tooth extractions (36.5% of treatments), dental fillings (24.3%) and endodontic treatments ((15.7%). The management of 46% of the soldiers with dental problems required a medical evacuation from their unit to the HN2-Togo. Conclusion: The dental consultation rate among the Togolese forces is low (96/1000h/year). Most of the dental consultations are considered preventable. The consultation rate could be reduced by implementing a dental fitness examination before deployment. The high frequency of medical evacuations for dental reason could be reduced by deploying dental field structure closer to the forces deployed and by implementing an odontological training for non-dentist medical personnel for the triage of dental casualties (determination of patients requiring or not a medical evacuation).

Keywords: Dental fitness. Dental pathologies. Dental treatments. Medical evacuation. Military dentistry. Overseas deployment. Togolese Forces.

K.M. BOUASSALO, chirurgien-dentiste. S. ADAM, médecin. H.D. SAMA, médecin. B. E. KEBINA, chirurgien-dentiste. H. BISSA, médecin. M. GUNEPIN, chirurgien-dentiste.
Correspondance : Monsieur le chirurgien-dentiste K. M. BOUASSALO, Service d'odontostomatologie CHR-Dapaong, BP 57 – Dapaong, Togo.
E-mail : bmawaba@yahoo.fr

Introduction

Le Togo contribue pleinement aux opérations de l'Organisation des Nations Unies (ONU) par sa participation simultanée à sept missions et la projection de 1 783 militaires, policiers et experts (1, 2). Afin de garantir le succès de ces missions, il est essentiel que le Service de santé des armées (SSA) togolais mette tout en œuvre pour permettre aux militaires d'effectuer leurs missions sans perte de temps ni d'efficacité attribuable à une cause dentaire. Contrairement à l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) (3), ni l'ONU ni aucune instance internationale africaine (notamment la CEDEAO (Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest) à laquelle appartient le Togo), ne disposent de texte de standardisation en matière d'aptitude et de mise en condition dentaire des forces. C'est pourquoi l'OTAN demeure, jusqu'à ce jour, la seule référence en matière d'odontologie militaire, même pour les forces africaines comme c'est le cas de l'Afrique du Sud (4). Dans le domaine dentaire, l'OTAN demande que chacun de ses pays membres mette en place une stratégie globale de maintien de la capacité opérationnelle des forces incluant des examens bucco-dentaires périodiques, des mesures de prévention, des programmes de soins, des formations odontologiques du personnel médical, la détermination des modalités du soutien dentaire en opération, etc. Le contenu de cette stratégie est déterminé par chaque pays notamment à partir des retours d'expérience des problèmes odontologiques rencontrés par les militaires qu'il projette sur les théâtres d'opération extérieure. Ces données dentaires recueillies dans un contexte opérationnel n'existant pas pour les forces africaines, une stratégie globale de maintien de la capacité opérationnelle des forces africaines ne peut être déterminée de manière pertinente. L'objectif de notre travail est de pallier ce manque en analysant les données issues des consultations dentaires du premier contingent togolais projeté au Mali dans le cadre de la Mission de soutien au Mali (MISMA) puis de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation du Mali (MINUSMA).

Soutien médical et dentaire des forces togolaises déployées au mali

Le premier contingent togolais a été déployé au Mali en février 2013 pour un mandat d'une durée initiale de 12 mois auxquels ont dû être ajoutés 3 mois pour faciliter la mise en place de la relève. Il se composait de 1 078 militaires repartis en 3 unités : 1 bataillon de 850 militaires, 1 force de Police (en anglais la *Formed Police Unit* — FPU) de 147 militaires et un hôpital niveau 2 (HN2-Togo) armé par 81 militaires. Préalablement à leur projection, ces militaires comme l'ensemble des forces togolaises participant aux missions de l'ONU, ont effectué une mise en condition opérationnelle de 12 semaines au Centre d'entraînement des opérations de maintien de la paix (CEOMP). Cette mise en condition opérationnelle n'inclut actuellement pas de visite dentaire. En dehors de la phase de mise en condition opérationnelle, les militaires togolais bénéficient d'une visite médicale militaire annuelle mais pas de visite dentaire périodique. De plus, en dehors des projections, les militaires togolais ne bénéficient pas d'un soutien dentaire de proximité car les chirurgiens-dentistes militaires togolais sont affectés dans des hôpitaux civils et non au sein des forces.

Sur le théâtre Malien, le soutien médical du contingent togolais ainsi que de l'ensemble des forces en présence servant sous mandat de l'ONU, était assuré par l'HN2-Togo implanté à Sévaré, ville du centre du Mali située à 625 km au Nord-Est de Bamako. L'HN2-Togo est un hôpital de campagne capable de dispenser essentiellement des soins urgents de sauvetage et de stabilisation (diagnostic et prise en charge des urgences médicales et chirurgicales, réanimation et stabilisation des blessés, soins dentaires et évacuations aéro-médicales vers un *Role 3*).

Le service de soins dentaires de l'HN2-Togo, logé sous tente modulaire militaire F1, est équipé d'un fauteuil dentaire hydraulique avec un compresseur silencieux de 10 litres, d'un appareil de radiographie portatif, d'un autoclave et des instruments et consommables nécessaires à la réalisation de soins dentaires. Sa capacité fonctionnelle est de 5 à 10 patients par jour. Le cabinet est armé par un assistant dentaire et d'un chirurgien-dentiste. Les chirurgiens-dentistes militaires togolais sont formés soit à l'École militaire de santé de Dakar (Sénégal) soit à l'École royale de médecine de Rabat (Maroc). La formation de chirurgiens-dentistes militaires au sein des forces togolaises est essentielle car, le SSA togolais ne disposant pas de praticiens de réserve, seuls les praticiens d'active peuvent assurer le soutien des forces au cours des projections.

Étude

Méthode et échantillon

Les données médico-administratives relatives aux militaires se présentant à la consultation au service dentaire de l'HN2-Togo ont été recueillies du 22 février 2013 au 30 avril 2014. Cette période correspond à celle du déploiement du premier contingent togolais au Mali. Le recueil s'est fait à partir du registre d'activité du service dentaire de l'HN2-Togo. Une fiche d'enquête préalablement établie a servi de support pour la collecte des données. Les militaires dont les données médico-administratives étaient incomplètes ont été exclus de l'étude. Les paramètres étudiés étaient l'unité d'appartenance, le lieu d'affectation sur le théâtre, le motif de la consultation et le ou les traitements réalisés. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel EPI INFO 7.1.5.0.

Afin d'évaluer dans quelle proportion il est possible de diminuer la fréquence de survenue des problèmes dentaires au cours des missions, les consultations dentaires ont été séparées en deux catégories : les consultations « évitables » et celles « non évitables ». Un tel système de catégorisation des consultations dentaires a été mis en place au sein des forces françaises après

validation par l'État-major opérationnel santé français (EMOsanté) (5). La catégorisation des consultations dentaires est la suivante :

– les consultations considérées comme évitables sont celles qui sont liées à des situations bucco-dentaires, pathologiques ou non, dont il est possible de limiter voire de prévenir la survenue par la réalisation d'un dépistage efficace, par la réalisation de soins dentaires appropriés avant la projection et par la mise en œuvre de mesures de prévention (hygiène alimentaire, buccodentaire, etc.) avant et pendant la mission. Il s'agit des caries, des maladies parodontales, des bourrages alimentaires et des accidents d'évolution des dents de sagesse ;

– les consultations considérées comme non évitables sont celles que la mise en œuvre des mesures précédemment citées ne permet pas de prévenir. Il s'agit des fractures de tissu dentaire et/ou des fractures ou des pertes d'obturation dentaire d'origine non carieuse et non traumatique, des problèmes liés à une prothèse dentaire ou un appareil orthodontique, des hyperesthésies dentinaires, des lésions dentaires et/ou osseuses et/ou des tissus mous d'origine traumatique et des pathologies des articulations temporo mandibulaires.

Afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux publiés dans la littérature internationale, nous avons utilisé le taux de consultations dentaires en opération mis en place par l'OTAN à savoir le nombre de consultations dentaires effectuées au cours de la mission rapporté à 1 000 hommes et à une période d'un an (nombre de consultations/1000h/an).

Analyse statistique

Les analyses uni variées sont effectuées avec le logiciel R (version 2.2.0.) et avec le package Meta (version 0.5). Les tests statistiques réalisés sont des Chi-2 de Wald et les *Odds Ratios* (ORs) correspondants sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95 %.

Résultats

Durant la période de recueil des données, 123 militaires se sont présentés à l'HN2-Togo pour des problèmes dentaires, soit un taux de consultations dentaires de 96/1000h/an. Sur ces 123 patients, les 118 dont les données médico-administratives étaient complètes ont été inclus dans l'étude (96 %, 118/123).

Le taux de consultations dentaires diffère en fonction de l'unité d'appartenance des consultants (tab. I). Le taux de consultations dentaires des militaires du bataillon togolais (72,5) est statistiquement significativement moins élevé que celui des militaires de l'HN2-Togo (207,4) (OR = 0,28 ; 95 % IC [0,16-0,49], p < 0,0001) mais il n'est pas mis en évidence de différence significative entre les militaires du bataillon togolais et ceux de la FPU (108,8) (OR = 0,67 ; 95 % IC [037-1,07], p = 0,10).

Les motifs de consultation dentaire sont par ordre de fréquence : les débris radiculaires (18,6 % des cas), les caries sans atteinte pulpaire (16,3 % des cas) et les parodontites apicales (12,4 % des cas) (tab. II).

Tableau I. Taux de consultations dentaires par unité.

Unité d'affectation	Nombre de militaires affectés	Nombre de consultants dentaires	Taux de consultations dentaires (nombre de consultations/ 1000h/an)
Bataillon	850	77	72,5
FPU	147	20	108,8
HN2-Togo	81	21	207,4

La majorité des consultations dentaires (77,2 %) est considérée comme évitable (tab. III).

La prise en charge thérapeutique des pathologies dépistées a nécessité la réalisation de 115 actes de soins dont, par ordre de fréquence, des avulsions dentaires (36,5 % des traitements), des obturations coronaires (24,3 % des traitements) et des traitements endodontiques (15,6 % des traitements) (tab. IV).

La majorité des consultants (54,2 %) est affectée à Sévaré. La prise en charge bucco-dentaire des patients non affectés à Sévaré (45,8 % des patients) a systématiquement nécessité une évacuation médicale intra-théâtre (MEDEVAC) de leur lieu d'affectation vers l'HN2-Togo (tab. V).

Tableau II. Fréquence des motifs de consultation dentaire des militaires Togolais au service dentaire de l'HN2-Togo.

Motifs de consultation dentaire	Nombre de patients concernés	Pourcentage de l'effectif total (n = 129)
Débris radiculaire	24	18,6 %
Carie dentaire sans atteinte pulpaire	21	16,3 %
Parodontite apicale	16	12,4 %
Pulpite	14	10,9 %
Parodontopathie	10	7,8 %
Fracture coronaire d'origine non traumatique	7	5,4 %
Lésion cervicale non carieuse	5	3,4 %
Lésion de la muqueuse buccale	5	3,4 %
Syndrome du septum	5	3,4 %
Restauration coronaire défectueuse (non carieuse)	4	3,1 %
Prothèse adjointe partielle défectueuse	4	3,1 %
Péricoronarite	3	2,3 %
Traumatisme	3	2,3 %
Halitose	2	1,5 %
Autres	6	4,6 %

Tableau III. Fréquence des consultations dentaires évitables et non évitables.

Catégorisation de la consultation dentaire	Nombre de motifs de consultation	Pourcentage du nombre de motifs de consultation (hors « autres ») (n = 123)
Évitable par le dépistage et les soins avant projection et par la prévention avant et pendant les missions	95	77,2 %
Non évitable par le dépistage et les soins avant projection et par la prévention avant et pendant les missions	28	22,8 %

Tableau IV. Fréquence des thérapeutiques odontologiques réalisées au sein du service dentaire de l'HN2-Togo.

Type de thérapeutique	Nombre d'actes	Pourcentage par rapport à l'ensemble des actes réalisés (n = 115)
Avulsion dentaire	42	36,5 %
Obturation coronaire	28	24,3 %
Traitement endodontique	18	15,7 %
Traitement parodontal (détartrage et surfaçage)	10	8,7 %
Autre	17	17,8 %

Tableau V. Répartition des consultants par lieu d'affectation sur le théâtre d'opération. (* distance jusqu'à Sévaré).

Lieu d'affectation sur le théâtre d'opération		Nombre de consultants dentaires		Pourcentage par rapport à l'ensemble des consultants (n = 118)	
Sévaré — pas de nécessité de MEDEVAC		64		54,2 %	
Affectation en dehors de Sévaré — nécessité d'une MEDEVAC	Douentza (175 km*)	30	54	24,4 %	45,8 %
	Diabali (550 km*)	9		7,6 %	
	Gossi (375 km*)	6		5 %	
	Koro (180 km*)	6		5 %	
	Bandiagara (50 km*)	3		2,5 %	

Les limites du plateau technique du service dentaire de l'HN2-Togo ont nécessité l'évacuation de 3,9 % des consultants de l'HN2-Togo vers une structure hospitalière civile de Bamako. Ces évacuations ont été rendues nécessaires lorsque des travaux de prothèse se sont avérés nécessaires (réparation de prothèse adjointe partielle, réhabilitation prothétique après luxation totale de plusieurs dents consécutive à un traumatisme).

Discussion

L'absence dans la littérature de données dentaires recueillies dans un contexte opérationnel au sein de forces africaines ne permet de comparer ni le taux, ni les motifs de consultations dentaires, ni les données relatives aux MEDEVAC pour raison dentaire des militaires togolais déployés au Mali à ceux d'autres contingents africains. La comparaison ne peut donc se faire, actuellement, qu'avec les forces de l'OTAN pour lesquelles les données relatives aux consultations dentaires au cours des opérations extérieures sont nombreuses (6-14).

Taux de consultations dentaires

Le taux de consultations dentaires au sein des forces togolaises (96/1 000h/an) est faible par rapport à celui au sein des forces américaines, canadiennes, anglaises et allemandes (86 à 259/1 000h/an) (7-11) et surtout françaises (293 à 700/1 000h/an) (6, 12-14). Au niveau des armées africaines, seule l'Afrique du Sud a publié une étude présentant un taux de consultations dentaires en urgence (307/1 000h/an). Cependant, ce taux ayant été relevé au sein de forces non déployées et en dehors d'un contexte opérationnel, il ne peut être comparé à celui constaté au sein des forces togolaises au Mali.

Le faible taux de consultations dentaires au sein des forces togolaises est cependant à relativiser car deux facteurs de risque, auxquels les forces togolaises n'ont pas été exposées, peuvent majorer le taux de consultations dentaires en opération :

– les missions de haute intensité qui entraînent un désintérêt des militaires pour leur santé bucco-dentaire (priorité à la mission), une alimentation cariogène riche en hydrates de carbone pour couvrir des besoins énergétiques importants et pour améliorer le « moral » des militaires (alimentation plaisir type barres chocolatées, etc.), un fractionnement des prises alimentaires du fait de la multiplication des missions (le militaire mange quand il a le temps de manger) et de la répétition des missions de jour comme de nuit, etc. ;

– des conditions de vie dégradées sur le terrain avec un accès limité aux sanitaires et aux produits d'hygiène bucco-dentaire, etc.

La MISMA à laquelle appartenait le contingent togolais avait pour mission de sécuriser les villes libérées par les militaires français de l'opération « Serval » et les Forces Armées Tchadiennes d'Intervention au Mali (FATIM). De même, la MINUSMA est une mission de maintien de la paix. Les militaires togolais n'ont donc pas été directement impliqués dans des missions de

haute intensité et leurs conditions de vie sur le terrain n'étant pas dégradées, elles n'ont eu que peu d'impact sur l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire (rythmicité normale des repas et alimentation composée de peu d'aliments cariogènes) du contingent togolais.

Les différences statistiquement significatives de taux de consultations entre les différentes unités composant le contingent togolais laissent à penser qu'il existe des facteurs de risque de survenue de pathologies bucco-dentaires propres à chaque population. D'autres études seront nécessaires pour savoir si les différences sont liées notamment :

– à la composition de la population (âge, grade, etc.) ;

– à la mise en condition dentaire (praticien examinateur, etc.) ;

– à la disponibilité des moyens d'évacuation médicale au niveau des différentes implantations militaires togolaises ;

– à la prise en charge par les médecins affectés dans les différents postes de secours de certaines pathologies bucco-dentaires (le taux de consultations dentaires n'inclut que les patients ayant consulté à l'HN2-Togo).

MEDEVAC pour raisons dentaires

La part importante des militaires affectés à Sévaré parmi les consultants dentaires (54,2 % des consultants) est probablement liée au fait que l'HN2-Togo est implanté à Sévaré. Les militaires étant affectés dans la même ville que l'HN2-Togo, ils ont un accès facilité au service dentaire. Ce lien entre le nombre de consultants et la proximité d'une structure de soins dentaires a été mis en évidence au sein des forces françaises déployées en Afghanistan, au Liban et en Ex-Yougoslavie (15-17). Selon ces études, la proximité d'une structure dentaire permet une consultation dès le stade initial de la pathologie dentaire, ce qui permet une prise en charge rapide de la pathologie nécessitant des séances de soins plus courtes et moins nombreuses. Ceci permet d'accroître la disponibilité des militaires pour accomplir leurs missions et donc la capacité opérationnelle des forces.

La prise en charge bucco-dentaire des militaires non affectés à Sévaré (45,8 % des consultants) a nécessité systématiquement une MEDEVAC de leur unité d'affectation vers l'HN2-Togo. L'armée française a été confrontée à la même situation au cours de son déploiement au Mali (18) du fait des élongations importantes entre les implantations militaires et les structures de soins dentaires (à Bamako puis à Gao) : 940 km entre Gao et Bamako, 450 km entre Gao et Tessalit et 350 km entre Gao et Tombouctou.

Les MEDEVAC pour raison dentaire, quels que soient le théâtre d'opération et l'armée déployée, ont un impact délétère sur la capacité opérationnelle des forces. En ce qui concerne plus particulièrement le contingent togolais, les MEDEVAC sont réalisées par voie routière avec au minimum 2 véhicules de type PICK-UP armés et 14 militaires. Chaque MEDEVAC entraîne de fait une diminution des moyens roulants de l'unité et donc de sa capacité opérationnelle. De plus, la réalisation de MEDEVAC par voie routière sur un théâtre d'opération instable fait courir des risques au blessé et à son escorte (embuscade, présence d'un engin explosif improvisé, etc.).

Parmi les patients évacués, 56 % étaient affectés à Douentza où était implanté le poste de commandement du bataillon togolais depuis fin avril 2013 avec deux compagnies et un hôpital niveau 1 (HN1). La mise en place d'un technicien supérieur en odontostomatologie équipé d'une valise dentaire de campagne au niveau de l'HN1 de Douentza aurait permis de réduire le nombre de MEDEVAC pour raison dentaire par la prise en charge des cas les plus simples. Les forces françaises ont été confrontées à la même situation au cours de leur déploiement au Mali. L'absence de structure militaire de soins dentaires au plus près des forces, c'est-à-dire au Nord Mali, a nécessité l'évacuation systématique des consultants dentaires du Nord Mali vers Bamako au sud du pays. La mise en place d'un cabinet dentaire à Gao (au centre du Mali) a permis de maintenir les patients au plus près de leur affectation et donc de diminuer l'indisponibilité des militaires.

Au-delà de la question de l'implantation de structures militaires de soins dentaires sur le théâtre, un moyen de diminuer le nombre de MEDEVAC est que ces dernières ne soient réalisées qu'à bon escient. Pour cela, le personnel médical non-dentiste affecté sur des sites distants des structures de soins dentaires doit posséder une formation odontologique de base lui permettant d'améliorer la qualité du triage des blessés dentaires et ainsi de n'évacuer que les patients ne pouvant pas être pris en charge localement.

La nécessité d'évacuer seulement 3,9 % des consultants de l'HN2-Togo vers une structure hospitalière civile de Bamako montre que le plateau technique mis en place au niveau du service dentaire de l'HN2-Togo selon les recommandations de l'ONU (19) est bien adapté aux besoins dentaires des forces togolaises projetées au Mali. Seuls les patients nécessitant la réalisation d'actes prothétiques n'ont pas pu être traités au niveau de l'HN2-Togo.

Motifs de consultation et thérapeutiques

Le motif de consultation dentaire le plus fréquent au sein des forces togolaises est la présence en bouche de débris radiculaires (18,6 %) alors qu'il s'agit des caries dentaires au sein des forces de l'OTAN (19-22) notamment des forces françaises déployées sur le même théâtre que les forces togolaises (Opération Serval) au cours de la même période (juillet 2013 – mai 2014) (5). Cette différence est à corréler avec l'absence de processus de mise en condition dentaire avant projection (dépistage et soins) au sein des forces togolaises. En effet, un simple examen clinique et/ou radiographique aurait permis de dépister les débris radiculaires à l'origine de nombreuses consultations dentaires au cours de la mission.

La majorité des consultations dentaires de militaires du contingent togolais (77,2 %) est considérée comme évitable. Ce taux est statistiquement significativement supérieur à celui constaté au sein des forces américaines

et anglaises (25 à 67 % (23, 24)) et françaises déployées sur le même théâtre d'opération et au cours de la même période (respectivement 77,2 % et 61,3 % (5) ; OR = 2,1 ; 95 % IC [1,4-3,4], p < 0,001). La fréquence élevée des consultations évitables pourrait être à corréler avec le déploiement à très court préavis du premier contingent togolais au Mali.

Les avulsions dentaires ont été les actes de soins les plus fréquemment réalisés au niveau du service dentaire de l'HN2-Togo (36,5 % des actes). Ce résultat diffère de celui constaté au sein des forces de l'OTAN où les actes de soins les plus réalisés sont les obturations dentaires coronaires et les traitements endodontiques (15-17). La réalisation fréquente d'avulsions dentaires est à corréler avec le nombre élevé de patients se présentant avec un débris radiculaire nécessitant la réalisation d'une avulsion dentaire. La réalisation d'examens bucco-dentaires et le traitement des pathologies dépistées avant projection permettraient de diminuer le nombre d'avulsions et d'obtenir des résultats comparables à ceux des pays de l'OTAN.

Conclusion

Le taux de consultations dentaires au sein des forces togolaises projetées au Mali est faible (96/1 000h/an). Une majorité des consultations dentaires est considérée comme évitable (77,2 %), notamment celles liées à la présence en bouche de débris radiculaires (18,6 % des motifs de consultation). Le taux de consultations peut donc encore être diminué par la mise en place d'un processus de mise en condition dentaire avant projection (incluant un examen bucco-dentaire et le traitement des pathologies dépistées) et une sensibilisation des militaires, avant et pendant la mission, aux règles d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire. Par ailleurs, afin de diminuer la fréquence des MEDEVAC pour raisons dentaires (la prise en charge de 45,8 % des blessés dentaires a nécessité une MEDEVAC), une réflexion doit être menée sur l'implantation de structures dentaires de campagne au plus près des forces et sur la formation odontologique du personnel paramédical au triage des blessés dentaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation des Nations Unies. Troop and police contributors. Contributions by Country. Accessible le 21 décembre 2015 sur http://www.un.org/en/peacekeeping/resources/statistics/contributors.shtml
2. Organisation des Nations Unies. Troop and police contributors archive (1990-2014). Country contributions detailed by mission. Accessible le 21 décembre 2015 sur http://www.un.org/en/peacekeeping/contributors/2014/countrymission.zip
3. Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN). Stanag 2466. Normes d'aptitude dentaire pour le personnel militaire et classification OTAN des aptitudes dentaires. Edition 3. 10 octobre 2014. NSO (MED) 1203 (2014) MEDSTD/2466. Accessible le 21 décembre 2015 sur http://nso.nato.int/nso/zPublic/stanags/CURRENT/2466EFed03.pdf
4. Madiba TK, Van Wyk PJ. Evaluation of dental emergency outcomes of the oral fitness classification of the South African Military Health Service (SAMHS) in Gautend, South Africa. International review of the armed forces medical services. 2014 ; 87 : 32-8.
5. Gunepin M, Benmansour A, Derache F, Maresca S, Blatteau JE, Risso JJ. Motifs de consultation en urgence au cabinet dentaire du groupement médico-chirurgical de Gao : quelles leçons en tirer ? Médecine et Armées 2015 ; 43 : 345-51.
6. Gunepin M, Derache F, Ausset I, Berlizot P, Simecek J. The rate of dental emergencies in French Armed Forces deployed to Afghanistan. Mil. Med. 2011 ; 176 (7) : 828-325.
7. Dunn WJ. Dental emergency rates at an expeditionary medical support facility supporting Operation Enduring Freedom. Mil Med. 2004 May ; 169 : 349-53.
8. Mahoney G, Coombs M. A literature review of dental casualty rates. Mil Med 2000 ; 165 : 751-6.
9. Mahoney D. The operational dental officer in the ADF. ADF Health 2003 ; 4: 40-4.
10. Moss D. Dental Emergencies during Stabilization Force 8 in Bosnia, Mil Med. 2002 ; 167 : 904-6.
11. Simecek JW, Colthirst P, Wojcik BE, Eikenberg S, Guerrero AC, Fedorowicz A, Szeszel-Fedorowicz W, DeNicolo P. The incidence of dental disease nonbattle injuries in deployed U.S. Army personnel. Mil Med. 2014 ; 179 : 666-73.
12. Gunepin M, Derache F. Impact opérationnel et prise en charge des pathologies bucco-dentaires dans le cadre des opérations extérieures. Médecine et Armées 2009 ; 37 : 313-8.
13. Gunepin M, Limonet A, Derache F. Intérêts et limites de l'utilisation de la classification internationale des maladies dans le recueil de l'activité dentaire en opération. Médecine et Armées ; 2010, 38 : 417-24.
14. Gunepin M, Derache F. Approche militaire américaine de l'optimisation de la mise en condition dentaire des forces. Médecine et Armées 2008 ; 36 : 323-31.
15. Ponseel G. Mission du chirurgien-dentiste militaire en Afghanistan, présentation du nouveau cabinet dentaire de campagne. Médecine et Armées 2007 ; 35 : 351-5.
16. Benmansour A. Activité du chirurgien-dentiste militaire en ex-Yougoslavie au cours de deux missions. Médecine et Armées 1999 ; 27 : 39-41.
17. Peniguel B. Opération « Baliste » : rôle du chirurgien-dentiste de la force d'action navale. Médecine et Armées 2008 ; 36 : 315-21.
18. Gunepin M, Simecek J, Derache F, Blatteau JE, Bombert C. Medical Evacuation of French Forces for Dental Emergencies : Operation Serval. Journal of military medicine 2015. 180 (5) : 578-81.
19. Organisation des Nations Unies (ONU). Manuel relatif au matériel appartenant aux contingents. Edition 2011. Accessible le 21 décembre 2015 sur http://reffop.francophonie.org/les-documents-utiles/onu-manuel-relatif-au-materiel-appartenant-aux-contingents-coe
20. Deutsch. Dental events during periods of isolation in the US submarine force. Mil Med 2008 ; 173 (1 Suppl) : 29-37.
21. von Wilmowsky C, Kiesewetter MR, Moest T. Dental treatment on a German warship during a three-month deployment. J R Army Med Corps doi : 10.1136/jramc-2013-000063
22. Dunn WJ. Dental emergency rates at an expeditionary medical support facility supporting Operation Enduring Freedom. Mil Med. 2004 May ; 169 : 349-53.
23. Richardson P. Dental morbidity in United Kingdom armed forces, Iraq 2003. Mil Med 2005 ; 170 : 536-41.
24. Simecek J. Estimation of nonpreventable dental emergencies in U.S. marine corps personnel. Mil Med 2008 ; 173 : 1104-7.