



Fréquence, diagnostic et prise en charge des pathologies infectieuses présumées chez les détenus consultants de la MACO (Ouagadougou, Burkina Faso)

Frequency, diagnosis and management of presumed infectious diseases among consulting detainees at the MACO (Ouagadougou, Burkina Faso)

S. Bagre^{1,2*}, S. Toe³, D. Ouedraogo^{1,2}, I.R. Kieno⁴, L. Kabore⁵, A. Sidibe⁵, E. Kabore⁵, Z.A.M.T. Nikieme⁶

Reçu le 06-09-2026

Accepté le 27-09-2026

Publié le 30-09-2026

Mots-clés
Prisonniers,
Prisons,
Maladies
transmissibles
,
Antibactérien,
Burkina Faso

Résumé

Introduction : les pathologies infectieuses sont fréquentes en milieu carcéral, mais restent peu documentées de façon exhaustive au Burkina Faso. Cette étude avait pour but de décrire la fréquence, le diagnostic et la prise en charge des pathologies infectieuses présumées chez les détenus consultants de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO).

Matériel et méthodes : étude transversale descriptive, exhaustive, menée à l'infirmierie de la MACO du 26 décembre 2024 au 20 janvier 2025, portant sur les 400 détenus ayant présenté une pathologie infectieuse présumée.

Résultats : sur 567 consultations enregistrées, 400 concernaient une pathologie infectieuse présumée, soit une proportion de 70,5 %. L'âge moyen des détenus était de 30 ± 9 ans ; 89 % étaient de sexe masculin. La visite médicale d'entrée n'avait pas été réalisée chez 65,2 % des détenus. Les pathologies pulmonaires étaient les plus fréquentes (37,3 %), devant les pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) et stomatologiques (24,8 %). Un examen physique n'a été réalisé que dans 8 % des consultations, et un bilan paraclinique dans 6 % des cas. Une antibiothérapie a été prescrite chez 73,3 % des détenus, exclusivement de façon probabiliste.

Conclusion : les pathologies infectieuses présumées sont fréquentes chez les détenus consultants de la MACO, avec une prédominance des atteintes respiratoires. La visite médicale d'entrée, pourtant obligatoire, n'est pas systématique, et la plupart des diagnostics reposent sur le seul interrogatoire. Un renforcement du dépistage à l'entrée et des capacités du service de santé de la MACO apparaît nécessaire.

Keywords
Prisoners,
Prisons,
Communicable
Diseases,
Antibacterial
Agents,
Burkina Faso

Abstract

Introduction : Infectious diseases are common in correctional settings but remain poorly documented in Burkina Faso. This study aimed to describe the frequency, diagnosis and management of presumed infectious diseases among consulting detainees at the Ouagadougou Remand and Correctional Facility (MACO).

Material and methods : exhaustive descriptive cross-sectional study conducted at the MACO infirmary from 26 December 2024 to 20 January 2025, covering the 400 detainees who presented a presumed infectious disease.

Results : out of 567 recorded consultations, 400 concerned a presumed infectious disease, a proportion of 70.5%. Mean age was 30 ± 9 years; 89% were male. The entry medical examination had not been performed in 65.2% of detainees. Pulmonary diseases were the most frequent (37.3%), ahead of ear, nose, throat (ENT) and stomatological diseases (24.8%). A physical examination was performed in only 8% of consultations, and a paraclinical work-up in 6% of cases. Antibiotic therapy was prescribed in 73.3% of detainees, exclusively on a probabilistic basis.

Conclusion : presumed infectious diseases are common among consulting detainees at the MACO, with a predominance of respiratory conditions. The entry medical examination, although mandatory, is not systematic, and most diagnoses rely on interview alone. Strengthening entry screening and the capacities of the MACO health service appears necessary.

Introduction

La santé des détenus est un enjeu mondial de santé publique, leur fardeau de maladies infectieuses étant supérieur à celui de la population générale [1,2]. En Afrique subsaharienne, la surpopulation carcérale, souvent supérieure à 200 % des capacités théoriques [3], favorise la transmission des infections par la promiscuité, la faible ventilation et l'accès limité aux soins. En Afrique subsaharienne, la prévalence carcérale du VIH varie de 2,3 % à 34,9 % et celle de la tuberculose de 0,4 % à 16,3 %, à des niveaux supérieurs à ceux de la population générale. Les données restent toutefois parcellaires : seuls 24 pays sur 49 en disposaient entre 2011 et 2015 [4]. Les travaux menés notamment au Togo et au Sénégal confirment cette vulnérabilité, mais portent surtout sur le VIH et la tuberculose, tandis que les hépatites virales restent peu documentées [5].

Au Burkina Faso, la MACO accueillait environ 2 600 détenus durant l'étude, avec quatre infirmiers, deux médecins bénévoles et aucun médecin permanent [6]. Les études antérieures ont porté sur le VIH, les hépatites B et C, la syphilis et la tuberculose [7], les mycoses cutanéophanériennes [8], ou la morbidité générale, dominée par les affections digestives, cutanées et respiratoires, avec une forte fréquence du bérubéri clinique [9]. Elles ne décrivent donc pas globalement les affections infectieuses, dont le fardeau demeure peu documenté [10].

Dans ce contexte, il importe d'estimer le poids des pathologies infectieuses parmi les consultations et d'apprécier leurs conditions de diagnostic et de prise en charge, alors que la visite médicale d'entrée est obligatoire [11] et que l'antibiothérapie probabiliste sans confirmation biologique expose au sur-

traitement et à l'antibiorésistance. Cette étude visait à décrire la fréquence, le diagnostic et la prise en charge des pathologies infectieuses présumées chez les détenus consultants de la MACO, afin d'améliorer les soins en milieu carcéral au Burkina Faso.

Matériel et méthodes

Cadre et type d'étude

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO), au Burkina Faso, située au cœur de la ville de Ouagadougou, capitale politique du pays, dont la population était estimée à 2 415 266 habitants en 2019 [12]. Le service de santé de la MACO est rattaché au district sanitaire dont relève l'établissement, conformément à l'article 256 de la loi n°010-2017/AN portant régime pénitentiaire [11] ; il est animé au quotidien par du personnel infirmier, appuyé ponctuellement par des médecins. Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive, menée à l'infirmerie de la MACO du 26 décembre 2024 au 20 janvier 2025.

Affiliations :

- 1- Université Lédéa Bernard Ouédraogo (ULBO), Ouahigouya, Burkina Faso.
- 2- Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Ouahigouya, Burkina Faso.
- 3- Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Souro Sanou (Pala), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.
- 4- Centre Hospitalier Régional (CHR) de Ziniaré, Ouagadougou, Burkina Faso.
- 5- Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso.
- 6- Hôpital Saint Camille de Ouagadougou (HSC), Burkina Faso.

***Auteur correspondant : Dr Stéphane BAGRE, Assistant Hospitalo-Universitaire (AHU) en Médecine Légale, Chef du Service de Médecine Légale, CHUR de Ouahigouya, Burkina Faso ; E-mail : stephanebagre87@gmail.com**

Population d'étude

La population d'étude était constituée des détenus de la MACO ayant consulté à l'infirmerie et chez qui une pathologie infectieuse présumée a été retenue durant la période d'étude. Critères d'inclusion : détenus de la MACO ayant consulté à l'infirmerie et chez qui une pathologie infectieuse présumée a été retenue durant la période d'étude.

Critères de non-inclusion : détenus consultés à l'infirmerie de la MACO pour une pathologie non infectieuse.

Cette étude s'appuie sur la même base de collecte qu'un travail plus large mené auprès des détenus de la MACO.

Échantillonnage

Les études antérieures menées à la MACO portaient sur des pathologies infectieuses spécifiques : VIH, hépatite B, syphilis et tuberculose pulmonaire bacillifère pour l'une [7], mycoses cutanéophanéryennes pour l'autre [8]. Aucune ne renseignait la proportion globale des pathologies infectieuses présumées parmi l'ensemble des consultations à l'infirmerie, paramètre nécessaire au calcul de la taille de notre échantillon. En l'absence d'estimation antérieure de ce paramètre, une proportion de 50 % a été retenue par prudence méthodologique. La taille minimale de l'échantillon a été calculée par la méthode des proportions ($n = Z^2 \times p \times (1-p) / i^2$, avec $Z = 1,96$, $p = 0,5$, $i = 0,05$), soit un effectif minimal théorique de 385 détenus. En pratique, l'échantillonnage a porté sur l'ensemble des 400 détenus ayant présenté une pathologie infectieuse présumée et remplissant les critères d'inclusion durant la période d'étude fixe, soit une série exhaustive sur cette période, l'effectif observé étant supérieur à l'effectif minimal théorique requis.

Définitions opérationnelles

Pathologie infectieuse présumée : dans cette étude, tout tableau clinique évocateur d'une origine infectieuse ayant motivé une prise en charge symptomatique ou étiologique.

Le diagnostic a été posé par le personnel ayant assuré la consultation, infirmier dans 95,25 % des cas et médecin dans 4,75 % des cas, sur la seule base de la présentation clinique, sans référentiel diagnostique standardisé formellement documenté ni confirmation paraclinique systématique.

Ces diagnostics correspondent donc à des présomptions cliniques et non à des diagnostics confirmés au sens strict, ce qui justifie l'emploi du terme « présumées » dans le titre et l'ensemble du manuscrit.

Variables étudiées

Sociodémographiques : âge, sexe, nationalité, niveau d'étude, situation matrimoniale, profession.

Circonstances de la consultation : réalisation de la visite médicale d'entrée, lieu et auteur de l'examen, réalisation d'un examen physique, délai de consultation.

Cliniques : motif de consultation, maladies infectieuses présumées.

Paracliniques : examens complémentaires demandés.

Thérapeutiques : classes de traitements médicamenteux prescrits.

Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies de façon prospective, au moyen de fiches de collecte individuelles renseignées à partir de l'exploitation des dossiers des détenus et des registres de consultation et d'hospitalisation, complétée par un bref entretien avec chaque détenu ayant présenté une pathologie infectieuse présumée. Les fiches ont ensuite été codifiées et saisies sous Kobocollect, puis extraites sous Excel 2016 et analysées avec le logiciel Stata version 17.0. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart-type, les variables qualitatives en proportions. Cet article, à visée strictement descriptive, ne comporte pas de test d'association inférentiel.

Considérations éthiques

Une autorisation institutionnelle a été obtenue auprès du Directeur général de l'administration pénitentiaire avant le début de l'étude. Au niveau individuel, le consentement des détenus à l'entretien complémentaire a été recueilli oralement, la démarche volontaire de consultation à l'infirmier traduisant l'adhésion du détenu à la prise en charge proposée. Pour les détenus mineurs, la consultation s'est déroulée en l'absence des parents ou du représentant légal, ceux-ci ne se trouvant pas dans l'enceinte de l'établissement ; un compte rendu leur était communiqué lors des jours de visite. Aucune modalité de consentement spécifique n'a été mise en place pour les détenus mineurs dans le cadre de l'entretien complémentaire de l'étude, au-delà de ce dispositif d'information différée des parents.

L'étude a respecté le secret médical et le secret de l'instruction judiciaire. La confidentialité des données a été assurée par l'attribution d'un numéro d'anonymat à chaque fiche d'enquête.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Durant la période d'étude, 567 consultations étaient enregistrées à l'infirmier de la MACO, dont 400 pour une pathologie infectieuse présumée, soit une proportion de 70,5 % (167 consultations, correspondant à des pathologies non infectieuses, n'étaient pas retenues). Rapporté à l'effectif carcéral total durant la période d'étude (environ 2 600 détenus), le nombre de détenus consultants ayant présenté une pathologie infectieuse présumée représentait 15,4 % de la population carcérale totale.

L'âge moyen des détenus consultés était de 30 ± 9 ans (extrêmes 14-63 ans) ; 69 % avaient entre 18 et 35 ans. Les hommes représentaient 89 % de l'échantillon (sex-ratio de 8,1) et les détenus de nationalité burkinabè, 95 % de l'échantillon (Tableau I)

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des détenus consultants (n=400)

Caractéristiques	Effectif	%
Sexe		
Masculin	356	89,0
Féminin	44	11,0
Nationalité		
Burkinabè	380	95,0
Autre nationalité	20	5,0
Situation matrimoniale		
Célibataire	248	62,0
En couple	142	35,5
Divorcé/veuf	10	2,5
Niveau d'étude		
Secondaire	161	40,2
Primaire	122	30,5
Non scolarisé	96	24,0
Universitaire	21	5,2
Profession		
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	155	38,8
Chômeur	71	17,8
Élève/étudiant	71	17,8
Cultivateur/éleveur	44	11,0
Fonctionnaire	13	3,2
Autre	46	11,5

Circonstances de la consultation

La visite médicale d'entrée, réalisée de façon systématique et indépendamment de toute plainte, n'avait pas été effectuée chez 65,2 % des détenus. Les 400 consultations pour pathologie infectieuse présumée étudiées étaient, quant à elles, toutes motivées par un symptôme ou des signes rapportés par le détenu ; elles correspondaient donc à des consultations réalisées à la demande. Ces consultations étaient assurées par un infirmier dans 95,25 % des cas et par un médecin dans 4,75 % des cas. Un examen physique était réalisé dans 8 % des consultations.

Motifs de consultation

Les céphalées et la fièvre représentaient respectivement 37,4 % et 32,9 % des motifs de consultation rapportés (Tableau II).

Tableau II : principaux motifs de consultation rapportés (n = 400)

Motif	Effectif (n)	%
Céphalée	149	37,4
Fièvre	131	32,9
Toux	130	32,7
Écoulement nasal	119	29,9
Arthralgie/myalgie	58	14,6
Éruptions cutanées	55	13,8

Plusieurs motifs pouvaient être rapportés par un même détenu ; les pourcentages ne totalisent pas 100 %.

Recours aux examens complémentaires

Examens de laboratoire

Un bilan paraclinique était demandé chez 24 détenus, soit 6 % des consultations, sans que le résultat n'en soit mentionné au dossier pour aucun d'entre eux. Ce bilan comprenait une recherche de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) sur crachats (11 cas), un test Xpert MTB/RIF (6 cas), une numération formule sanguine (6 cas), et une sérologie rétrovirale (1 cas). Parmi ces 24 détenus, une origine bactérienne était retenue cliniquement chez 12 d'entre eux (48 %), sans confirmation paraclinique disponible au dossier.

Examens radiologiques

Une radiographie thoracique était demandée chez 90 des 149 détenus présentant une pathologie pulmonaire présumée (60,4 %), sans que le résultat n'en soit mentionné au dossier.

Pathologies infectieuses présumées

Les pathologies pulmonaires et ORL représentaient respectivement 37,3 % et 24,8% des pathologies infectieuses présumées (Tableau III).

Un même détenu pouvait présenter plusieurs diagnostics simultanément ; les pourcentages ne totalisent pas 100 %.

Prise en charge thérapeutique

Une antibiothérapie et des antalgiques étaient prescrits respectivement dans 73,3 % et 69,0 % des cas (Tableau IV).

Tableau III : pathologies infectieuses présumées, par catégorie nosologique (n=400)

Pathologies infectieuses présumées	Effectif	%
Pathologies pulmonaires	149	37,3
Bronchite aiguë	75	18,8
Pneumonie	65	16,2
Tuberculose	9	2,2
Pathologies ORL et stomatologiques	99	24,8
Rhinite	42	10,5
Carie dentaire	19	4,8
Otite	13	3,2
Angine	19	4,8
Rhinopharyngite / autres ORL	6	1,5
Pathologies dermatologiques	63	15,8
Dermatose	44	11,0
Mycose	11	2,8
Furoncle / panaris / plaie	8	2,0
Paludisme	60	15,0
Simple	55	13,8
Grave	5	1,2
Pathologies digestives	40	10,0
Fièvre typhoïde	13	3,2
Dysenterie	15	3,8
Parasitose	5	1,2
Diarrhée	7	1,8
Pathologies uro-génitales	17	4,3
IST	11	2,8
Infection urinaire	6	1,5
Pathologies ophtalmiques	8	2,0
Conjonctivite	8	2,0

ORL : oto-rhino-laryngologie ; IST : infection sexuellement transmissible.

Tableau IV: classes thérapeutiques prescrites (n=400)

Classe	Effectif	%
Antibiotique	293	73,3
Antalgique/anti-inflammatoire	276	69,0
Antihistaminique	104	26,0
Antiparasitaire	70	17,5
Antipaludéen	66	16,5
Antimycosique	28	7,0
Antispasmodique	24	6,0
Anti-diarrhéique	12	3,0
Antituberculeux	9	2,3

Plusieurs traitements pouvaient être rapportés par un même détenu ; les pourcentages ne totalisent pas 100 %.

Discussion

Limites

Les pathologies infectieuses présumées à l'infirmerie de la MACO ont manqué de confirmation biologique «traçable» dans le «dossier médical», la prise en charge ayant été instituée sur la base d'une présomption clinique. La seconde limite est le caractère monocentrique de l'étude, qui restreint l'extrapolation des résultats à d'autres établissements pénitentiaires du pays.

Aspects épidémiologiques

Notre étude a retrouvé une proportion de pathologies infectieuses présumées de 70,5 % parmi les consultations enregistrées à l'infirmerie de la MACO durant la période d'étude. Cette valeur est numériquement proche des 71,5 % de parasitoses intestinales rapportés par une étude antérieure menée dans le même établissement [13] ; ces deux proportions ne portent toutefois pas sur le même paramètre, et ce rapprochement doit donc être interprété avec prudence. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la fréquence des pathologies infectieuses observée en milieu carcéral : la promiscuité, une capacité d'accueil dépassée [3], et une ventilation partielle des cellules [5].

Circonstances de la consultation et accès aux soins

La visite médicale d'entrée, obligatoire selon l'article 258 de la loi n°010-2017/AN [11], n'avait pas été réalisée chez 65,2 % des détenus. Ce taux contraste avec l'obligation légale et pourrait s'expliquer par le ratio entre effectif carcéral et personnel de santé disponible, évoqué en introduction. Cet écart questionne l'application des articles 255 et 254 de la même loi [11]. Dans ce contexte, la quasi-totalité des diagnostics de la présente série ont été posés sur la base de l'interrogatoire, l'examen physique n'ayant été réalisé que dans 8 % des consultations et le bilan paraclinique demandé que dans 6 % des cas.

La rareté du recours aux examens complémentaires ne traduit pas nécessairement

une absence de suspicion clinique justifiée. Un bilan biologique était demandé chez 24 détenus, incluant une recherche de BAAR, un test Xpert MTB/RIF, une numération formule sanguine ou une sérologie rétrovirale, et une radiographie thoracique était demandée chez 90 des 149 détenus présentant une pathologie pulmonaire présumée. Ces prescriptions traduisent une démarche diagnostique engagée, mais dont l'aboutissement échappe à la présente étude : aucun résultat, biologique ou radiologique, n'était mentionné au dossier, quel que soit l'examen considéré. Cette absence pourrait renvoyer à plusieurs situations non discriminables à partir des sources consultées : délai d'obtention des résultats excédant la durée de séjour observée, résultats rendus mais non reportés au dossier, ou plateau technique insuffisant pour honorer les demandes formulées. Quelle qu'en soit l'origine, cette absence de traçabilité prive le clinicien d'un retour d'information sur la pertinence de ses prescriptions, et prive le détenu d'une confirmation ou d'une infirmation de son diagnostic présumé.

Profil nosologique des pathologies infectieuses présumées

Les pathologies pulmonaires représentaient la catégorie diagnostique la plus fréquente (37,3 %), dont 9 cas de tuberculose, cohérente avec les effets de la promiscuité et d'une ventilation partielle des cellules déjà évoqués [3,5]. Cette fréquence élevée des pathologies pulmonaires et ORL pourrait être en partie majorée par la période d'étude elle-même : conduite en pleine saison sèche, elle a pu favoriser l'expression de ces pathologies, tandis qu'elle a pu à l'inverse limiter la transmission d'autres pathologies à cinétique saisonnière différente, en particulier le paludisme. Le paludisme ne représentait en effet que 15,0 % des pathologies infectieuses présumées. La période d'étude (26 décembre 2024-20 janvier 2025) correspond à la saison sèche au Burkina Faso, période durant laquelle la transmission du paludisme est nettement réduite : une étude entomologique menée dans l'ouest du pays a mesuré un taux d'inoculation

entomologique jusqu'à dix fois plus faible en saison sèche qu'en saison des pluies [14]. Cette faible transmission saisonnière, plutôt qu'une absence de risque, pourrait expliquer la fréquence relativement basse du paludisme dans notre série, et invite à la prudence quant à l'extrapolation de ce profil nosologique à d'autres périodes de l'année. Cette absence de confirmation biologique quasi systématique contraste avec la politique nationale de lutte contre le paludisme, qui impose de tester tout cas suspect par TDR ou microscopie avant traitement [15].

Cette prédominance pulmonaire contraste avec l'étude de 2017 menée dans les deux plus grands établissements pénitentiaires du pays, qui rapportait une prédominance digestive [9]. Au-delà d'une possible différence de saison de collecte, cette divergence pourrait aussi refléter une différence de périmètre : l'étude de 2017 portait sur la morbidité générale, quand la nôtre cible spécifiquement les pathologies d'allure infectieuse, ce qui limite la comparabilité directe des deux séries. Le nombre de consultations enregistrées sur la période d'étude, 567 en 26 jours pour un effectif carcéral d'environ 2 600 détenus, correspond à un taux de recours à l'infirmerie relativement faible. Ce constat peut renvoyer à plusieurs hypothèses non tranchées par la présente étude, telles qu'une sous-déclaration des symptômes par les détenus, un délai d'attente dissuasif, ou un accès restreint à la consultation elle-même. Une étude qualitative complémentaire pourrait utilement explorer ces hypothèses.

Ce faible recours aux soins invite également à interpréter avec prudence le rapport de 15,4 % de détenus consultants ayant présenté une pathologie infectieuse présumée, rapporté à l'effectif carcéral total. Ce chiffre ne correspond pas à une prévalence en population carcérale au sens strict, puisqu'il rapporte les seuls détenus ayant consulté spontanément à l'effectif carcéral total, sans dépistage systématique de l'ensemble des détenus. Il doit donc être lu comme un plancher du fardeau infectieux réel

en milieu carcéral, plutôt que comme une mesure exhaustive de celui-ci.

Prise en charge thérapeutique

Une antibiothérapie a été prescrite chez 73,3 % des détenus ayant présenté une pathologie infectieuse présumée, associée à un traitement antalgique et anti-inflammatoire dans 69 % des cas. Le taux élevé d'antibiothérapie, associé à l'absence de confirmation bactériologique pour la quasi-totalité des cas, expose au risque de sélection de résistances bactériennes documenté dans les contextes de ressources limitées [16]. Ce taux reste néanmoins inférieur à celui rapporté dans une étude menée en 2019 à Ouagadougou, où 83,2 % des prescriptions pédiatriques en soins primaires comportaient un antibiotique, très au-dessus de la norme OMS/INRUD de 30 % [17]. La sur-prescription antibiotique en l'absence de confirmation biologique ne semble donc pas propre au contexte carcéral, mais s'inscrit dans une pratique plus large des soins primaires au Burkina Faso.

Conclusion

Les pathologies infectieuses présumées étaient fréquentes chez les détenus consultants de la MACO, avec une prédominance des atteintes pulmonaires. Leur diagnostic et leur prise en charge reposaient principalement sur la présomption clinique, dans un contexte de visite médicale d'entrée peu systématique et d'accès limité aux examens complémentaires. Le renforcement du dépistage à l'entrée, des ressources médicales et des capacités diagnostiques apparaît nécessaire.

Conflit d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

References

1. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in

- prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388(10049):1089-1102.
2. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377(9769):956-965.
3. Todrys KW, Amon JJ. Criminal Justice Reform as HIV and TB Prevention in African Prisons. *PLoS Med*. 2012;9(5):e1001215.
4. Telisinghe L, Charalambous S, Topp SM, Herce ME, Hoffmann CJ, Barron P, et al. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2016;388(10050):1215-1227.
5. Jaquet A, Wandeler G, Tine J, Dagnra CA, Attia A, Patassi A, et al. HIV infection, viral hepatitis and liver fibrosis among prison inmates in West Africa. *BMC Infect Dis*. 2016;16:249.
6. Burkina Faso, Bureau Statistique de la MACO. Bureau Greffe, décembre 2024.
7. Traoré K, Diendéré EA, Dao AK, Ouédraogo S, Bognounou R, Diallo I, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B and C, syphilis and tuberculosis among prisoners in Burkina Faso: a cross-sectional study. *Int J Prison Health*. 2021;17(3):265-78.
8. Zida A, Barro-Traoré F, Dera M, Bazié Z, Niamba P, Guiguemdé TR. Aspects épidémiologiques et étiologiques des mycoses cutanéophanéariennes chez les détenus de la MACO. *J Mycol Med*. 2015;25(2):73-79.
9. Diendéré EA, Traoré K, Bernatas JJ, Idogo O, Dao AK, Traoré GK, et al. Prison health priorities in Burkina Faso. *Int J Prison Health*. 2022;18(1):97-113.
10. Favril L, Rich JD, Hard J, Fazel S. Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. *Lancet Public Health*. 2024;9(4):e250-e260.
11. Burkina Faso, Assemblée nationale. Loi n°010-2017/AN portant régime pénitentiaire au Burkina Faso, du 10 avril 2017.
12. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Monographie de la commune de Ouagadougou. Ouagadougou : INSD ; 2023.
13. Zida A, Sangaré I, Bamba S, Sombié I, Traoré LK, Coulibaly SO, et al. Prévalence du parasitisme intestinal en milieu carcéral à Ouagadougou. *Med Sante Trop*. 2014;24(4):383-387.
14. Epopa PS, Collins CM, North A, Millogo AA, Benedict MQ, Tripet F, Diabate A. Seasonal malaria vector and transmission dynamics in western Burkina Faso. *Malaria J*. 2019;18(1):113.
15. Severe Malaria Observatory. Le paludisme au Burkina Faso : statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.severemalaria.org/fr/pays/burkina-faso>
16. Ahmed Ahmed S, Ahmed R, Adam RZ, Coetsee R. Antimicrobial resistance, antibiotic prescribing practices and antimicrobial stewardship in South Africa: a scoping review. *JAC Antimicrob Resist*. 2025 Feb 4;7(1):dlaf014. doi: 10.1093/jacamr/dlaf014..
17. Sana B, Kaboré A, Hien H, Zoungrana BE, Meda N. Étude de l'utilisation des médicaments chez les enfants dans un contexte de gratuité des soins. *Pan Afr Med J*. 2019;34:194.