

Etat bucco-dentaire en milieu carcéral des détenus du centre de détention de Kangaba.

Oral state of the detenus of the center of detention of Kangaba

KANE AST¹, DIALLO B², TOGO AK¹, DIARRA D¹, MAIGA AS¹, KAMISSOKO K¹, KONE A¹, TRAORE AA¹, DJIRE H¹, GOITA AS², TRAORE H², SANGHO O³.

1-Infirmerie Hôpital Militaire de Bamako IHB 2-Centre Hospitalier Universitaire Odontostomatologie CHUOS 3-Faculté de Médecine et Odontostomatologie FMOS

Résumé :

La détention est un problème avec de nombreux problèmes de santé, y compris la santé bucco-dentaire. Dans un pays comme le Mali, les informations concernant l'état de santé bucco-dentaire chez les détenus sont limitées plus particulièrement ceux des préfectures (Cercle). Ainsi, une étude transversale a été menée auprès d'une population de détenus du Centre de détention de Kangaba, au Mali, pour déterminer la prévalence des affections buccodentaires de ces personnes détenues. Il ressort de cette étude que le sexe masculin a été le plus représenté avec 91,04 % et un sex-ratio de 10,16, la tranche d'âge de 21 - 30 ans a été la plus représentée avec 53,74 %, une moyenne d'âge de 22,4 ans, une médiane égale à 9 et des extrêmes de 21 et 27 ans. Les détenus de 0 à 12 mois de séjour carcéral étaient les plus représentés avec 68,67 % des cas. La carie dentaire est l'affection la plus rencontrée avec 80,59% suivi des parodontopathies avec 64,17% des cas. Certains détenus pouvaient avoir plusieurs affections (La carie dentaire, parodontopathies) en même temps. L'indice CAO était de 5,06 avec prédominance des dents cariées, Selon l'indice de tartre, 61,17 % avaient un dépôt tartrique de niveau 3 c'est-à-dire présence de tartre au plus des deux tiers de la dent.

Ces pathologies étaient très présentes chez les populations démunies vivant dans la promiscuité et la précarité à l'image de nos centres de détention. Face à cette forte prévalence élevée de la carie dentaire, il est nécessaire de mettre en place un programme axé sur l'hygiène buccodentaire et la prise en charge des pathologies associées dans le milieu carcéral.

MOTS CLES : Buco-dentaire, détention, carcéral, Kangaba

Abstract:

Detention is a problem with many health problems, including oral health. In a country such as Mali, information on the oral health status of prisoners is limited, especially to prefectures (Circle). For example, a cross-sectional study was conducted of a population of detainees at the Kangaba Detention Center in Mali to determine the prevalence of oral health conditions in these detainees. The study showed that the male sex was the most represented with 91.04% and a sex ratio of 10.16, the age group of 21-30 years was the most represented with 53.74% An average age of 22.4 years, a median equal to 9, and extremes of 21 and 27 years. Prisoners from 0 to 12 months of prison were the most

represented, with 68.67% of the cases. Dental caries is the most common condition with 80.59% followed by periodontal disease with 64.17% of cases. Some inmates could have several ailments at the same time (dental caries, periodontal disease). The CAD index was 5.06 with predominantly decayed teeth. According to the tartar index, 61.17% had a level 3 tartar deposit, that is, no more than two thirds of the tartar tooth.

These pathologies are very present in the poor populations living in promiscuity and precariousness in the image of our detention centers. Faced with this high prevalence of dental caries, a program focused on oral hygiene and the management of associated pathologies in the prison environment is necessary.

Detention is a problem with many health problems, including oral health. In a country such as Mali, information on the oral health status of prisoners is limited, especially to prefectures (Circle). For example, a cross-sectional study was conducted of a population of detainees at the Kangaba Detention Center in Mali to determine the prevalence of oral health conditions in these detainees. The study showed that the male sex was the most represented with 91.04% and a sex ratio of 10.16, the age group of 21-30 years was the most represented with 53.74% An average age of 22.4 years, a median equal to 9, and extremes of 21 and 27 years. Prisoners from 0 to 12 months of prison were the most represented, with 68.67% of the cases. Dental caries is the most common condition with 80.59% followed by periodontal disease with 64.17% of cases. Some inmates could have several ailments at the same time (dental caries, periodontal disease). The CAD index was 5.06 with predominantly decayed teeth. According to the tartar index, 61.17% had a level 3 tartar deposit, that is, no more than two thirds of the tartar tooth.

These pathologies are very present in the poor populations living in promiscuity and precariousness in the image of our detention centers. Faced with this high prevalence of dental caries, a program focused on oral hygiene and the management of associated pathologies in the prison environment is necessary.

Introduction

La carie dentaire est une maladie microbienne, multifactorielle qui parvient à détruire la substance la plus dure du corps humain, l'émail [1] cette affection et les maladies parodontales sont considérées comme le quatrième fléau mondial par l'Organisation Mondiale de la Santé après les cardiopathies, les cancers et le SIDA

[2]. Dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement, la carie dentaire et les parodontopathies ont toujours été considérées comme les deux principales affections de la cavité buccale. L'OMS classe les affections buccodentaires dans les maladies non transmissibles.

On estime à plus de 5 milliards le nombre de sujets atteints par ces pathologies [2]. Dans les milieux défavorisés à l'image des prisons, caractérisées par la pauvreté, le manque d'hygiène, l'alimentation pauvre, le stress et la toxicomanie, la prévalence comme l'incidence de la carie et des maladies parodontales semblent élevées. La prise en charge des problèmes buccodentaires dans ces catégories sociales est aussi relativement faible [3].

Nous nous sommes intéressés aux détenus en général et plus particulièrement à ceux du cercle (préfecture) de Kangaba. Dans cette localité, la déperdition scolaire, le chômage, la pauvreté, et le manque de qualification professionnelle des jeunes en général mais de ladite localité en particulier poussent les jeunes dans l'orpaillage traditionnelle ; Or cette activité ne s'effectue que pendant la saison sèche et pendant la saison des pluies les jeunes s'adonnent à des activités souvent pas honoreuse (brigandage, vagabondage, vol) pour survenir à leurs petit besoin avant la reprise des activités d'orpaillage et qui peuvent se retrouver en prison.

La population carcérale du Mali était estimée en fin 2013 à 5041 prisonniers selon un rapport de l'administration pénitentiaire [4], dont parmi eux 33.70 % seraient détenus dans le district de Bamako pour un effectif de 1604 à la Maison Centrale d'Arrêt et 67 dans le Centre de Détention de Kangaba [5].

Des enquêtes médicales ont déjà été menées dans les prisons de la ville de Bamako ; mais l'étude de la santé buccodentaire des détenus des préfectures (cercles) en particulier n'a pas été réalisée au Mali contrairement aux pays européens et reste du monde où beaucoup d'études ont été menées.

Le choc de l'incarcération, la promiscuité, la restriction de l'espace, la rupture de la vie familiale, les conditions d'hygiène en détention contribuent à l'apparition ou à l'aggravation de certaines pathologies (augmentation de l'anxiété, troubles sensoriels et digestifs, douleurs musculaires) [1].

L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence des affections buccodentaires des personnes détenues dans le centre de détention du cercle de Kangaba.

Materiels et Methode

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive qui a été réalisée dans le Centre de Détention du cercle de Kangaba. Cette ville située à 80 km de Bamako dans la région de Koulikoro. La Capacité d'accueil du centre est de 100 Détenues. Selon les archives de l'administration le record du nombre de détenus fut atteint en 2010 avec 94 détenues enregistrés.

Le recrutement était exhaustif, les détenus indisponibles ou ayant refusé de participer à l'enquête sur la base de

consentement éclairé, n'étaient pas inclus dans cette étude.

Pour la collecte des données une équipe a été constituée et calibrée car le centre ne dispose pas de cabinet dentaire. Une fiche d'enquête de l'OMS adaptée aux objectifs de l'étude a été utilisée, le questionnaire était anonyme et les données collectées étaient confidentielles et conservées à un lieu sécurisé. Les matériels suivants étaient utilisés pour effectuer le dépistage plateau de consultation, sonde simple et parodontale, miroir, précelle, excavateur.

L'étude s'est déroulée sur une période de 1 mois (du 10 Mai au 09 Juin 2014). Le dépouillement, les calculs statistiques et l'analyse descriptive des différentes variables ont été réalisés par le logiciel épi-info version 3.5.3 et le langage R.

Résultats

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 91,04 % et un sex-ratio de 10,16. La tranche d'âge de 21 - 30 ans a été la plus représentée avec 53,74 % des cas. La moyenne d'âge a été de 22,4 ans avec une médiane égale à 9 et des extrêmes de 21 et 27 ans. Les agriculteurs étaient les plus représentés avec 34,33 % des cas. Les détenus Non alphabétisés ont été les plus représentés avec 68,66 % des cas. Les détenus de 0 à 12 mois de séjour carcéral étaient les plus représentés avec 68,67 % des cas. Les détenus qui ont reconnu ne pas se brosser régulièrement prédominaient avec 59,70 % des cas. Parmi les 27 détenus qui se brossaient, ceux qui utilisaient uniquement les bâtonnets frottes dent étaient les plus représentés avec 40,74 % des cas. Le moment privilégié de brossage a été le matin dans 100 % des cas.

Discussion

Nous avons enquêté sur l'état de santé bucco-dentaire des détenus de la prison préfectorale (Cercle) de Kangaba. Dans cette étude, les Hommes ont été les plus représentés avec 91,04 %, un sex-ratio de 10,16. Ce résultat est confirmé par l'étude de Boyer EM et al. [11] sur les 174 participants à leur étude, 149 étaient des hommes et 25 étaient des femmes. Dans notre étude, Cette répartition des détenus ne reflète en aucun cas celle de la population carcérale en général au Mali puisque l'étude concernait uniquement le centre de détention du cercle de Kangaba.

La tranche d'âge de 21 - 30 ans a été la plus représentée avec 53,74 % des cas. La moyenne d'âge a été de 22,4 ans avec une médiane égale à 9 et des extrêmes de 21 et 27 ans. Ce résultat est confirmé par plusieurs auteurs [7,8,9,10,12]. Cette forte proportion des jeunes pourrait s'expliquer par l'augmentation de la déperdition scolaire, du chômage, de la pauvreté, et du manque de qualification professionnelle des jeunes en général mais de ladite localité en particulier qui poussent les jeunes dans l'orpaillage traditionnelle.

Les agriculteurs étaient les plus représentés avec 34,3 % des cas suivi des commerçants dans 20,90 % ce résultat est contraire à celui de Diouf M. et al [7] car dans notre

étude le centre de détention est situé dans une zone rurale et agricole et les activités principales sont l'agriculture, l'élevage, pêche, commerce et orpaillage.

Les détenus non alphabétisés représentaient 68,66 % de l'effectif, ce résultat est comparable à celui de Alessandro L.C. et al [12] dans leurs études la plupart (67,7%) n'ont pas terminé l'école primaire et 17,3% étaient encore analphabètes. Notre résultat est contraire à celui de Akaji E et al.[13] qui ont trouvés 50,0% de niveau secondaire, 9,6% n'avaient pas de formalité d'éducation et 1,7% ont terminé l'enseignement supérieur. Cette différence pourrait s'expliquer par non seulement la situation géographique (rurale, agricole) de la localité mais aussi de la présence des orpailleurs qui sont agriculteurs pendant l'hivernage et en saison sèche ouvriers orpailleurs et / commerçants (marchands).

Les détenus ayant un séjour carcéral compris entre 0 et 12 mois étaient les plus nombreux avec 69,73 % des cas, suivis de ceux de 13 - 24 mois avec 13,43 % cette tendance a été confirmée par [7,10]. La durée de la détention varie en fonction du mobile qui a causé l'incarcération ; cependant dans les cas d'infanticide ou de coups et blessures, la plupart de ces détenues n'avaient pas encore été jugées. Il est à noter que la majeure partie de ces détenus agriculteurs /orpailleurs étaient incarcérés pour bagarre avec coups et blessures surtout lié aux enjeux qui vont avec orpaillage traditionnelle.

Les détenus se brossaient régulièrement dans 40,30 % des cas. Parmi cet effectif, 33,33 % se servaient de la brosse à dent pour leur hygiène quotidienne et 40,74 % utilisaient le bâtonnet frotte dent. L'association de ces deux matériels de brossage (Brosse à dent/bâtonnet) a donné une fréquence de 25,93 %. Selon l'étude de Akaji E et al [13] En dehors de tous les participants, 37,4% utilisaient une brosse à dents et un dentifrice pour nettoyer leur bouche, 52,2% utilisaient un bâton à mâcher, 2,6% utilisaient du sel, de l'eau ou du doigt et 7,8% n'utilisaient rien.

La carie dentaire est l'affection la plus rencontrée avec 80,59% des cas suivi des parodontopathies avec 64,17% de l'effectif. Ce résultat est comparable à celui de Fotedar S. et al [14] selon eux la carie dentaire était présentée parmi 71,8% de la population et l'indice moyen de carie et de dents cariées de la population était de 5,1 ± 2,1. Le calcul a été observé chez 54,9% de la population. Le score moyen de gravité, additionné pour 14 éléments dans l'échelle était de 14,57. Les caries dentaires, la maladie parodontale, le nombre de dents manquantes ont été significativement associés à l'état de santé parodontal et la qualité de vie de la santé bucco-dentaire. La population affichait un niveau plus élevé de maladies bucco-dentaires et la moitié de la population déclarait que leur état buccal les avait affectés d'une façon ou d'une autre, ce qui affectait leur qualité de vie. Selon Reddy V. et al. [16] la prévalence de la carie était de 97,5%, la majorité de la population d'étude avait un score d'indice parodontal communautaire (CPI) de 2, alors que 21,6% avaient au moins un sextant avec un

score de CPI de 4 et 41,1% de détenus étaient gravement touchés par une perte d'attache. La prévalence élevée de la carie dans cette population est liée au fonctionnement des détenus dans un programme restreint pour leurs activités quotidiennes qui peuvent généralement affecter toutes leurs pratiques mais surtout d'hygiène. Nous avons observé un lien inverse raisonnable entre les valeurs réelles de la carie, des parodontopathies et la fréquence de brossage de la bouche. Cela renforce la vision selon laquelle la carie dentaire est fonction de la propreté bucco-dentaire, qui à son tour est un produit de l'habileté dentaire. Bien qu'un bon nombre de participants dans la présente étude aient eu des dents manquantes, plus avaient des dents cariées non traitées semblables aux résultats d'autres études [13,15,17].

L'indice CAO au sein de la population étudiée était de 5,06 avec prédominance de dents cariées, la fréquence globale de la carie de 90,83% et le taux de dents sans carie de 9,17%. Ce résultat est cohérent avec celui de Boyer EM et al [11], selon eux sur les 174 participants à l'étude, En moyenne, les détenus avaient 7,09 dents cariées, 15,3 surfaces de caries et 4,07 dents manquantes. Les détenues avaient en moyenne 5,56 dents avec carie non traitée, 14,4 surfaces de caries et 5,12 de dents manquantes, ainsi que l'étude d'autres auteurs [18,19].

Selon l'indice de tartre, 61,17 % avaient un dépôt tartre de niveau 3 c'est-à-dire présence de tartre au plus des deux tiers de la dent. Selon l'étude de Akaji E et al.[13] 94,8% de tous les participants avaient des tissus parodontaux malsains et 5,2% avaient des tissus parodontaux sains.

Conclusion

La carie dentaire et les parodontopathies sont des affections dont les étiologies sont une mauvaise hygiène bucco-dentaire et ou des facteurs biologiques et environnementaux défavorables. La prévalence de ces affections respectivement 80,59% pour la carie et 64,17% de parodontopathies. Ces pathologies sont très présentes chez les populations démunies vivant dans la promiscuité et la précarité à l'image de nos prisons. Face à cette forte prévalence élevée de la carie dentaire, il est nécessaire de mettre en place un programme axé sur l'hygiène buccodentaires et la prise en charge des pathologies associées dans le milieu carcéral.

REFERENCES

1. Muller M, Lupi-Pégurier L, Mediou E, Bolla M. Epidémiologie de la carie dentaire, Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris) *Odontologie*. 1997 ; 23-0 1 0-A-20 :8p.
2. OMS : Conseil Exécutif 120ème session point 4-6 de l'ordre du jour provisoire 10p
3. Mathieu A, Furon V, Bonnet AI, Pierrard L, Lefevre B. (Pôle d'Odontologie, CHU de Reims) Profil médical des patients en médecine bucco-dentaire à l'ucsa de la maison d'arrêt de reims : étude rétrospective sur un an 60ème Congrès de la SFCO, 03013 (2013)
4. Walsley r. World Prison Population List (sixth edition) – 2007.
5. 0- pana gt/tbm/iba

<http://www.panapress.com/La-population-carcerale-au-Mali-estimee-a-plus-de-5.000-detenus-en-2011---13-776187-17-lang2-index.html> Consulté le 12 juin 2014

6. **Rodrigues IS, Silveira IT, Pinto MS, Xavier AF, de Oliveira TBet al.** Bouches fermées : perte de dent dans une prison de femmes dans le nord-est du Brésil, *Scientific World Journal*. 2014;2014:587469.
7. **Diouf M1, Lo CM, Cisse D, Faye D, Faye B, Leye Benoist F, Niang CM.** Caries dentaires au milieu carcéral de Dakar, *Odontostomatol Trop*. 2010;33 (132): 5-10.
8. **Agrawal A, Bhat N, Shetty S, Sharda A, Singh K, Chaudhary H.** Hygiène bucco-dentaire et statut parodontal chez les détenus d'un centre de détention pour mineurs, Inde. *Oral Health Prev Dent*. 2011;9(3):281-7.
9. **Mixson JM, Eplee HC, Feil PH, Jones JJ, Rico M.** Situation de santé bucco-dentaire d'une population de prisons fédérale, *J Public Health Dent*. 1990;50(4):257-61.
10. **Diouf M1, Cissé D, Lo CM, Faye D, Faye B, Benoist HM, Souaré N.** Évaluation de la nécessité d'un traitement parodontal dans les prisons près de Dakar, *Sénégal Med Trop*. 2009; 69 (6): 587-90.
11. **Boyer EM, Nielsen-Thompson NJ, Hill TJ** A comparison of dental caries and tooth loss for Iowa prisoners with other prison populations and dentate U.S. adults, *J Dent Hyg*. 2002;76(2):141-50.
12. **Alessandro Leite Cavalcanti, Iris Sant'Anna Araujo Rodrigues**

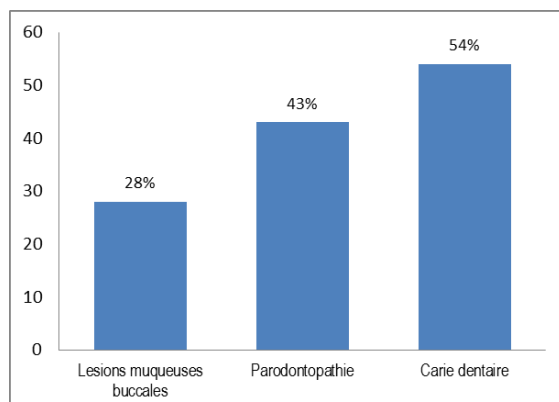


Figure I : Répartition des détenus selon les affections rencontrées

Dental Caries Experience and Use of Dental Services among Brazilian Prisoners, *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11(12): 12118–12128.

13. **Akaji E, Ashiwaju M**

Oral health status of a sample of prisoners in enugu: a disadvantaged population, *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(4):650-3.

14. **Fotadar S, Chauhan A, Bhardwaj V, Manchanda K, Fotadar V.**

Association between oral health status and oral health-related quality of life among the prison inmate population of kanda model jail, Shimla, Himachal Pradesh, India, *Indian J Public Health*, 2016;60(2):150-3.

15. **George B, John J, Saravanan S, Arumugham IM, Johny MK**

Dental caries status of inmates in central prison, Chennai, Tamil Nadu, India, *J Nat Sci Biol Med*, 2015; 6 (Suppl 1): S110-2.

16. **Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M.**

A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *Int Dent J*, 2012; 62 (1): 27-32.

17. **Raija Vainionpää, Arto Peltokangas, Jukka Leinonen, Paula Pesonen, Marja-Liisa Laitala and Vuokko Anttonen,**

Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners, *BDJOpen* (2017) 17006.

Tableau I : Répartition des détenus selon l'indice CAO

Indice CAO	Effectif	Pourcentage
C	473	85,84
A	73	13,25
O	5	0,91
TOTAL	551	100

Tableau II: Répartition des détenus selon les indices de tartre

INDICE DE TARTRE	Effectif	Frequence
0	12	18,91
1	09	13,42
2	05	07,45
3	41	61,17
Total	67	100

Prévention et prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la commune IV du district de Bamako.***Prevention and assumption of responsibility of the children born mothers infected by the VIH with the Center of Health of Reference (CSRéf) of commune IV of the district of Bamako.***

Nouhoum Telly^{1,8}, Benoit Tolofoudié¹, Mama Sy Konaké², Mariam Sylla³, Mama D Sidibé⁴, Oumar Sangho^{5,6}, Fatou Diawara^{5,7}, Sory Traoré⁸, Seydou Doumbia¹.

¹Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako, Mali

²Centre de Santé de Référence de la Commune CIV du district de Bamako

³Centre Hospitalo-Universitaire de l'Hôpital Gabriel Touré, Service de Pédiatrie, Bamako, Mali

⁴Centre Hospitalo-Universitaire d'Odonto-Stomatologie, Bamako, Mali

⁵Faculté de Pharmacie, Bamako, Mali

⁶Agence Nationale de Télé Santé et d'Informatique Médicale (ANTIM), Bamako, Mali

⁷Centre de recherche d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) Bamako, Mali.

⁸Cellule du comité Sectoriel de Lutte contre le Sida, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali

Résumé:

La transmission de la mère à l'enfant est la principale cause d'infection chez l'enfant, elle peut survenir au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement maternel. Dans les pays développés le risque de transmission de la mère à l'enfant a été réduit à moins de 1% grâce à la large diffusion de l'administration du traitement antirétroviral (TARV) chez les femmes enceintes et chez les enfants exposés au VIH. La présente étude a pour but de décrire la qualité de la PTME au CSRéf de la Commune IV du district de Bamako.

Nous avons mené une étude transversale sur les données de janvier 2013 à décembre 2014 et dont la collecte a été réalisée de Février à Avril 2016, en exploitant tous les dossiers des nourrissons nés de mères séropositives ainsi que ceux de leurs mères. Les données ont été analysées par SPSS version 16. La protection des informations collectées sur les sujets de l'étude a été garantie.

Dans cette étude 55,6% des mères étaient non scolarisées, 71,1% diagnostiquées avant la grossesse avec une charge virale indétectable chez 38,9%. Toutes étaient sous ARV avec 92,2% de bonne observance. Chez 98,3% des enfants la PCR1 a été réalisée avant l'âge de 2 mois après la naissance et la PCR2 après 6 mois de naissance chez 90,0% des enfants, près de 99% ont reçu l'ARV à la naissance et la même proportion le cotrimoxazole après 4 semaines, mais 91,7% ont fait une infection néonatale. La PCR1 était positif seulement chez 2,8%. Nous avons enregistré 2,2% de perdu de vue.

Des efforts doivent être faites pour améliorer les statistiques pour l'atteinte des objectifs de la lutte contre le VIH et le sida.

Mots Clés: Prévention, Prise en charge, PTME, VIH et Sida, CSRéf CIV.

Abstract:

Mother-to-child transmission is the leading cause of infection in children, and can occur during pregnancy, delivery or breastfeeding. In developed countries, the risk of mother-to-child transmission has been reduced to less than 1% through the widespread use of antiretroviral therapy (ART) in pregnant women and children exposed to HIV. The objective of this study is to describe the quality of PMTCT in the CSRef of Commune IV of the Bamako district.

We conducted a cross-sectional study on data from January 2013 to December 2014, which was collected from February to April 2016, using all records of infants born to HIV-positive mothers as well as those of their mothers. The data were analyzed by SPSS version 16. The protection of the information collected on the subjects was guaranteed.

In this study, 55.6% mothers were out of school, 71.1% diagnosed before pregnancy with an undetectable viral load in 38.9%. All were on ARV with 92.2% of adherence. In 98.3% of children, PCR1 was performed before the age of 2 months after birth and PCR2 after 6 months of birth in 90.0% of children, almost 99% received ARV and cotrimoxazole at birth and cotrimoxazole after 4 weeks, but 91.7% had a neonatal infection. PCR1 was positive only for 2.8%. We lost 2.2%.

Efforts should be made to improve the statistics for achieving the objectives of the fight against HIV and AIDS.

Key Words: Prevention, Supported, PMTCT, HIV and AIDS, CSRéf CIV

Introduction :

En 2016, on estimait à 2,1 millions [1,7 million-2,6 millions] le nombre d'enfants vivant avec le VIH à l'échelle mondiale avec 88 % vivant en Afrique subsaharienne. Environ 50 % des enfants infectés pendant la période périnatale meurent avant leur deuxième anniversaire s'ils ne reçoivent pas de traitement et seulement 43 % [36 %-54 %] des enfants

vivant avec le VIH avaient accès aux traitements antirétroviraux (1). Ces enfants étaient principalement infectés par voie verticale et 90% de ces infections avaient eu lieu en Afrique subsaharienne (2). Dans les pays développés le risque de transmission de la mère à l'enfant a été réduit à moins de 1% grâce à la large diffusion de l'administration du traitement antirétroviral (TARV) chez les femmes enceintes et chez les enfants exposés au VIH (3).

La transmission du VIH de la mère séropositive à son enfant peut avoir lieu pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Le dépistage du VIH de la femme enceinte avant l'accouchement est au cœur de la prise en charge des femmes enceintes pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (4). Une des stratégies de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME) consiste à administrer des antirétroviraux, en trithérapie chez la mère séropositive et en monothérapie chez le nouveau-né. La transmission de la mère à l'enfant est la principale cause d'infection chez l'enfant, elle peut survenir au cours de la grossesse, au cours du travail et de l'accouchement ou au cours de l'allaitement maternel. En absence de toute intervention et sans allaitement maternel, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 15 à 30% (5). L'accès élargi aux services de PTME a permis de prévenir l'infection à VIH de plus de 670 000 enfants au cours de la période 2009-2012 (6).

Le Mali est un pays à épidémie généralisée avec une tendance à la baisse. La séroprévalence nationale est de 1,1% chez les adultes de 15-49 ans selon les données de la dernière Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V (7).

En fin 2016, le nombre de nourrissons, nés de femmes enceintes séropositive, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance est de 783 nourrissons pour 6065 femmes séropositives attendues soit un taux de réalisation de 12,91.(8).

Une étude menée par Sangho H et al. de 2005 à 2008 dans 4 sites de PTME du Mali a montré une prévalence globale de 6,8% (262/3855) (9).

Malgré les efforts fournis, peu d'études ont été menées sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH dans le CSRéf de la commune IV d'où l'intérêt de la présente étude qui visait à évaluer à partir des données de routine, l'efficacité des stratégies en cours dans la réduction de la transmission mère-enfant du VIH au CSRéf de la Commune IV du district de Bamako.

Matériels et méthode

L'étude s'est déroulée au site PTME du Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude transversale sur les données de Janvier 2013 à Décembre 2014 et dont la collecte données a été réalisée entre Février et Avril 2016. Notre population d'étude était constituée par les enfants nés de mères séropositives au VIH dans le CSRéf de la CIV du district de Bamako au Mali.

Notre échantillonnage était exhaustif prenant en compte tous les enfants nés de mères séropositives entre Janvier 2013 à Décembre 2014.

Taille de l'échantillon :

Nous avons obtenu à l'issu du dépouillement des dossiers, une taille d'échantillon de 180 enfants nés de mères séropositives

Critères d'inclusion

Etaient inclus dans cette étude, tous les enfants âgés de moins de 18 mois nés de mères séropositives, ayant bénéficié d'au moins un test de diagnostic au VIH soit par la PCR ou par la sérologie au VIH dans le CSRéf de la CIV entre Janvier 2013 à Décembre 2014.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle (questionnaire) pré-testée à partir des dossiers médicaux des patients et le registre de consultation.

Description de la technique de collecte et d'analyse de laboratoire des échantillons recueillis

Le Dry Blood Spot aussi appelé Dried Blood Spot ou DBS est un prélèvement de sang total recueilli sur du papier filtre absorbant et séché à la température ambiante.

Après une petite piqûre sur le talon, le gros orteil, ou le bout du doigt avec une lancette rétractable de 2mm, quelques gouttelettes de sang ont été recueillies sur un morceau de papier filtre absorbant. Ces prélèvements ont été ensuite placés dans un sac plastique à fermeture hermétique (sac zip-lock) accompagné d'un sachet de déshydratant et une carte indicatrice du taux d'humidité. Tous les échantillons ont été analysés à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) identifié comme le centre de référence national pour le diagnostic des enfants nés de mères séropositives. Tests virologiques utilisés détectent directement la présence du virus VIH dans les échantillons de sang, contrairement au test sur les anticorps, qui détecte la présence d'anticorps comme indicateur indirect de la présence du virus. A ce titre, il existe deux principaux types de tests (i) les tests antigènes P24 détectent l'une des protéines que l'on trouve dans le VIH (ii) les tests PCR (réaction de polymérisation en chaîne) permettant de détecter l'ADN ou l'ARN viral.

Le test PCR à ADN détecte la présence du virus dans le sang et est utilisé pour le diagnostic du nourrisson de moins de 18 mois alors que le test PCR à ARN permet de détecter et d'évaluer le taux de virus dans le sang (charge virale)

Les tests rapides de diagnostic du VIH ont pour principe : (i) la détection de la présence d'antigène du virus (ii) la détection de la présence d'anticorps du virus (iii) la détermination de la quantité de virus.

-PCR : Polymerase Chain reaction (PCR) ou réaction de polymérisation en chaîne : est une technique de biologie moléculaire qui permet de repérer un fragment d'ADN ou de gène précis, même présent en quantité infime dans un mélange, puis de l'amplifier exponentiellement.