Journal officiel de l'Association Nigérienne des Internes et Anciens internes des Hôpitaux

Sahelian Journal of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology

journal homepage: www.sjmpo.org

ARTICLE ORIGINAL

État de santé des personnes détenues à leur admission à la Maison d'arrêt et de correction de Ouahigouya, Burkina Faso : étude transversale

Health status of people in detention on admission to the Ouahigouya remand and correctional facility, Burkina Faso: a cross-sectional study

Stéphane Bagré[a,b]*, Adama Compaore[a,b], Ahmadou Tall[a,b], Ousmane Kindo[b], Aminata Oumamatou Dikore Sidibe[c], Latif Kabore[c], Eric Kabore[c], Modeste Traore[a]

[a]Université Lédéa Bernard Ouédraogo, UFR Sciences de la Santé, Ouahigouya, Burkina Faso
[b]Service de Médecine Légale, CHUR de Ouahigouya, Burkina Faso
[c]CHU de Bogodogo, Burkina Faso

Historique de l'article : Reçu le 27 Septembre 2026 ; **Révisé** le 21 Novembre 2026 ; **Accepté** le 27 Novembre 2026 ; **Publié en ligne** le 27 Novembre 2026

Résumé

Introduction – Les personnes détenues présentent une morbidité plus élevée que la population générale. L'examen d'entrée est une occasion de repérer ces problèmes. L'objectif était de décrire l'état de santé des détenus à leur admission à la Maison d'arrêt et de correction de Ouahigouya (Burkina Faso).

Méthodes – Etude transversale descriptive à recueil rétrospectif, portant sur les détenus présents du 1er mars 2026 au 1er août 2026. Les données de l'examen d'entrée ont été extraites des registres d'écrou et des dossiers de l'infirmerie.

Résultats – Au total, 395 détenus ont été inclus. L'âge moyen était de 31,9 ± 11,8 ans ; 94,68% étaient des hommes et 87,59% des prévenus. Le dépistage du VIH était documenté chez 4 détenus (1,01%) ; aucun dépistage des hépatites B et C ni de la syphilis n'était documenté. La recherche clinique de la tuberculose était documentée chez 388 détenus (98,23%) ; un examen de crachats était documenté chez 6 des 33 détenus présentant des signes d'imprégnation. L'infirmier assurait seul 95,95% des examens. Au moins un problème de santé était noté chez 162 détenus (41,01%). L'hyperpression artérielle représentait 32,61% des mentions de pathologies chroniques. Les dermatoses et les infections respiratoires représentaient respectivement 34,65% et 32,67% des mentions de pathologies aiguës. Parmi les 154 détenus dont la prise en charge était renseignée, un traitement a été débuté chez 86,36% et 4,55% ont été référés au CHU.

Conclusion – Le dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis était rarement documenté à l'entrée, et la recherche de la tuberculose restait clinique. Une offre systématique et volontaire de tests rapides, ainsi que la confirmation des cas présumés de tuberculose, pourraient être intégrées à l'examen réalisé par l'infirmier.

Mots-clés : détenus ; examen d'entrée ; état de santé ; dépistage ; milieu carcéral ; Burkina Faso.

Abstract

Introduction – Prisoners carry a higher burden of disease than the general population. The admission examination is an opportunity to detect these conditions. This study aimed to describe the health status of prisoners on admission to the Ouahigouya remand and correctional facility (Burkina Faso).

Methods – Descriptive cross-sectional study with retrospective data collection, including prisoners present from 1 March 2026 to 1 August 2026. Admission examination data were extracted from committal registers and infirmary records.

Results – A total of 395 prisoners were included. Mean age was 31.9 ± 11.8 years; 94.68% were men and 87.59% were on remand. HIV testing was documented for 4 prisoners (1.01%); no testing for hepatitis B, hepatitis C or syphilis was documented. Clinical screening for tuberculosis was documented for 388 prisoners (98.23%); sputum examination was documented for 6 of the 33 prisoners with suggestive signs. The nurse alone performed 95.95% of examinations. At least one health problem was recorded for 162 prisoners (41.01%). Hyperpression accounted for 32.61% of mentions of chronic conditions. Skin diseases and respiratory infections accounted for 34.65% and 32.67% of mentions of acute conditions, respectively. Among the 154 prisoners with documented management, treatment was initiated for 86.36% and 4.55% were referred to the teaching hospital.

Conclusion – Testing for HIV, hepatitis B and C and syphilis was rarely documented on admission, and tuberculosis screening remained clinical. A systematic, voluntary offer of rapid tests and confirmation of presumptive tuberculosis could be integrated into the nurse-led admission examination.

Keywords: prisoners; admission examination; health status; screening; prison health; Burkina Faso.

Epreuve non corrigée

Introduction

Plus de dix millions de personnes vivent en détention dans le monde. Elles arrivent en prison avec une santé souvent plus fragile que celle de la population générale : les maladies infectieuses et les troubles mentaux y sont plus fréquents, et beaucoup ont eu peu de contacts avec le système de soins avant leur incarcération [1]. Une estimation mondiale

Correspondance : Dr Bagré Stéphane, E-mail : stephanebagre87@gmail.com ; Tél : +226 70 07 42 99

https://doi.org/10.67789/SJMPO-2026-0134

portant sur l'année 2014 retrouvait, chez les personnes détenues, une prévalence de 3,8 % pour le VIH, de 15,1 % pour l'hépatite C, de 4,8 % pour l'hépatite B chronique et de 2,8 % pour la tuberculose active [2].

En Afrique subsaharienne, le VIH et la tuberculose pèsent lourdement sur les prisons, alors que les données restent rares et dispersées [3]. En Afrique de l'Ouest, une étude menée dans les prisons du Territoire de la capitale fédérale du Nigeria a retrouvé l'antigène HBs chez 13,7 % des détenus [4].

Au Burkina Faso, la prévalence de l'antigène HBs et celle des anticorps anti-VHC dans la population générale ont été estimées à 9,1 % et 3,6 % [5]. Les premiers travaux en milieu carcéral ont porté sur les infections transmissibles à Ouagadougou [6]. À Bobo-Dioulasso, une enquête réalisée en 2017 auprès de 125 détenus rapportait des séroprévalences de 9,6 % pour l'hépatite B, 5,6 % pour l'hépatite C et 3,2 % pour le VIH [7]. La même année, une étude portant sur 1 004 détenus des deux plus grandes maisons d'arrêt du pays a montré que les affections digestives, cutanées et respiratoires dominaient, et que près d'un détenu sur trois présentait un béribéri clinique [8].

L'examen réalisé à l'admission est souvent le premier moment où ces problèmes peuvent être repérés. Il permet de dépister les maladies transmissibles, de poursuivre les traitements en cours et de prendre en charge les affections aiguës [9]. Les Règles Nelson Mandela prévoient que chaque détenu soit vu par un professionnel de santé dès que possible après son arrivée [10]. Au Burkina Faso, la loi portant régime pénitentiaire consacre un chapitre entier à la santé des détenus [11].

Les études burkinabè disponibles ont été conduites à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, auprès de détenus déjà incarcérés, et portaient le plus souvent sur une maladie ou un groupe de maladies. À notre connaissance, aucune n'a décrit l'état de santé des détenus au moment de leur admission, ni dans la région du Yaadga (ancienne région du Nord).

Le dépistage cible des maladies précises, surtout transmissibles. L'évaluation de l'état de santé à l'admission est plus large : elle couvre aussi les constantes, l'état nutritionnel, les pathologies chroniques et aiguës, et la prise en charge initiale [9]. L'objectif de ce travail était de décrire l'état de santé des personnes détenues à leur admission à la MACO de Ouahigouya : profil sociodémographique et judiciaire, dépistages documentés, données de l'examen d'entrée, pathologies identifiées et prise en charge initiale, afin d'orienter l'organisation de l'examen d'entrée en milieu carcéral.

Matériels et Méthodes

Cadre et type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à recueil rétrospectif, menée à la Maison d'arrêt et de correction de Ouahigouya (MACO), chef-lieu de la région du Yaadga (ancienne région du Nord), au Burkina Faso. Le service de santé de l'établissement repose sur une infirmerie assurant une présence infirmière continue ; le médecin du district sanitaire y intervient un jour par semaine [11].
La collecte s'est déroulée du 1er mars 2026 au 1er août 2026. Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête standardisée, puis saisies dans KoboCollect et Microsoft Excel.

Population

Ont été inclus tous les détenus (hommes, femmes et mineurs) présents à la MACO pendant la période de collecte, quelle que soit la date de leur admission, dont le registre d'écrou et/ou le dossier médical permettait de retracer les données de l'examen d'entrée. L'état de santé à l'admission a ainsi été reconstitué à partir des données consignées lors de cet examen.
Les détenus en liberté provisoire n'ont pas été inclus. Les fiches en doublon ont été exclues. Le recrutement a été exhaustif. L'étude est rapportée selon les recommandations STROBE.

Recueil des données

Les données ont été extraites des registres d'écrou, des registres de consultation et des dossiers médicaux de l'infirmerie. Elles portaient sur :
- les caractéristiques sociodémographiques et judiciaires : âge, sexe, provenance, niveau d'instruction, situation matrimoniale, profession, statut juridique, antécédent carcéral, type et nature de l'infraction ;
- l'interrogatoire : plaintes à l'entrée, antécédents médicaux connus et traitements en cours ;
- les constantes à l'arrivée : pression artérielle, température, indice de masse corporelle ;
- l'examen physique : examinateur, délai de l'examen, examen cutané, recherche des signes d'imprégnation tuberculeuse, test de grossesse chez les femmes ;

Épreuve non corrigée

- le bilan paraclinique : dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis, examen de crachats, autres examens (test de diagnostic rapide du paludisme, glycémie) ;
- les diagnostics retenus : pathologies chroniques et aiguës ;
- la conduite thérapeutique : actions thérapeutiques et classes pharmaceutiques prescrites.

Définitions opérationnelles

Les maladies dont le dépistage est recommandé étaient le VIH, les hépatites B et C, la syphilis, la tuberculose et la gale [2,9].
Un dépistage était considéré comme réalisé lorsqu'il était documenté dans le dossier médical. La recherche de la tuberculose reposait sur les signes cliniques d'imprégnation notés au dossier, complétée ou non par un examen de crachats à la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants.
Le délai d'examen était le nombre de jours entre la date d'écrou et le premier examen tracé au dossier.
La pression artérielle, relevée telle qu'elle était consignée au dossier (mesure unique), était considérée comme élevée pour une pression systolique ≥ 140 mmHg et/ou diastolique ≥ 90 mmHg [12], et la fièvre définie par une température axillaire ≥ 37,5 °C [13].
L'indice de masse corporelle (IMC) a été classé selon l'Organisation mondiale de la Santé : dénutrition (< 18,5 kg/m²), normal (18,5 à 24,9 kg/m²), surpoids (25,0 à 29,9 kg/m²) et obésité (≥ 30,0 kg/m²) [14]. L'IMC a été recueilli sous forme de catégorie.
L'examen physique complet correspondait à l'examen réalisé lors d'une orientation vers le médecin, incluant la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire.
Une pathologie était dite chronique lorsqu'il s'agissait d'une affection de longue durée, connue avant l'incarcération ou découverte à l'examen d'entrée, et aiguë lorsqu'il s'agissait d'une affection d'apparition récente, présente au moment de l'examen.
Les pathologies ont été relevées telles qu'elles étaient inscrites dans le dossier par l'infirmier ou le médecin, que le diagnostic soit clinique ou appuyé par un examen. Un diagnostic était dit confirmé lorsqu'un examen paraclinique l'appuyait (test de diagnostic rapide du paludisme, glycémie). Un détenu était considéré comme porteur d'un problème de santé lorsqu'au moins une pathologie, une plainte ou un antécédent était noté à son dossier.

Analyse statistique

Les données ont été exportées vers Microsoft Excel et analysées avec le logiciel Epi Info dans sa version 7.2.7.0. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages, rapportés aux cas renseignés, dont l'effectif est précisé pour chaque variable. Les variables à réponses multiples ont été exprimées en nombre de mentions. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne ± écart-type, avec les valeurs extrêmes.

Considérations éthiques

Il s'agissait d'une étude documentaire rétrospective, portant sur des données anonymisées, sans contact avec les détenus. Elle a été réalisée avec l'autorisation du Directeur de la Maison d'arrêt et de correction de Ouahigouya (n° 2026-73/MJ/DGAP/DRAP-CAO/MAC-OHG du 12 février 2026), saisi d'une demande exposant les objectifs de l'étude. En l'absence de contact avec les détenus, le recueil d'un consentement individuel n'était pas applicable. L'étude a été conduite dans le respect des principes de la Déclaration d'Helsinki. Chaque fiche était identifiée par un code unique, et aucune donnée individuelle n'a été communiquée à l'administration pénitentiaire.

Résultats

Aucun dossier n'était inexploitable. Après élimination d'un doublon, 395 détenus ont été retenus.

Profil sociodémographique et judiciaire

L'âge moyen était de 31,9 ± 11,8 ans (extrêmes : 15 et 85 ans). Le sexe masculin représentait 94,68% des détenus et les prévenus 87,59%. Le niveau d'instruction et la situation matrimoniale n'étaient pas renseignés dans les dossiers. Le vol ou le recel représentait 175 des 261 atteintes aux biens (67,05%). Le meurtre ou l'assassinat représentait 28 des 107 atteintes aux personnes (26,17%). Les caractéristiques des détenus sont présentées dans le **Tableau 1**.

Dépistage à l'admission

Le dépistage du VIH était documenté chez 4 détenus (1,01%). Aucun dépistage des hépatites B et C ni de la syphilis n'était documenté dans les dossiers. La recherche clinique de la tuberculose était documentée chez 388 détenus (98,23%) (**Fig. 1**).
Parmi les 33 détenus présentant des signes d'imprégnation tuberculeuse, un examen de crachats était documenté chez 6. Le résultat de ces examens n'était pas disponible dans les dossiers.
Un cas de gale a été notifié.

Épreuve non corrigée

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques et judiciaires des détenus.

Variables	n (%)
Tranche d'âge, ans (n = 394)	
< 20	50 (12,69)
20-29	141 (35,79)
30-39	109 (27,66)
40-49	60 (15,23)
50-59	26 (6,60)
≥ 60	8 (2,03)
Sexe (n = 395)	
Masculin	374 (94,68)
Féminin	21 (5,32)
Provenance (n = 394)	
Rurale	231 (58,63)
Urbaine	163 (41,37)
Profession (n = 391)	
Secteur informel	213 (54,48)
Secteur primaire	133 (34,02)
Secteur formel	24 (6,14)
Élève/étudiant	13 (3,32)
Sans emploi	5 (1,28)
Autre	3 (0,77)
Antécédent carcéral (n = 395)	
Délinquant primaire	370 (93,67)
Récidiviste	25 (6,33)
Statut juridique (n = 395)	
Prévenu	346 (87,59)
Inculpé	33 (8,35)
Condamné	16 (4,05)
Type d'infraction (n = 395)	
Délit	338 (85,57)
Crime	57 (14,43)
Nature de l'infraction (n = 395)	
Atteinte aux biens	261 (66,08)
Atteinte aux personnes	107 (27,09)
Stupéfiants	24 (6,08)
Non classable	3 (0,76)

Examen d'entrée

L'examen d'entrée a été réalisé dans les 2 jours suivant l'admission pour les 395 détenus. Il a été assuré par l'infirmier seul chez 379 détenus (95,95%). Dix-huit détenus ont rapporté une plainte spontanée, dont 13 des céphalées. Le test de grossesse a été réalisé chez les 21 détenues. Les données de l'examen sont présentées dans le **Tableau 2**.

Tableau 2 : données de l'examen d'entrée.

Variables	n (%)
Examinateur (n = 395)	
Infirmier seul	379 (95,95)
Orientation vers le médecin (examen physique complet)	16 (4,05)
Pression artérielle (n = 393)	
Élevée	21 (5,34)
Température (n = 394)	
Fièvre	4 (1,02)
IMC (n = 391)	
Normal	334 (85,42)
Surpoids	34 (8,70)
Dénutrition	12 (3,07)
Obésité	11 (2,81)

IMC : indice de masse corporelle. Pression artérielle : mesure unique consignée au dossier, élevée si ≥ 140/90 mmHg. Pourcentages calculés sur les cas renseignés ; non renseignés : pression artérielle 2, température 1, IMC 4.

Pathologies identifiées

L'hyperpression artérielle représentait 15 des 46 mentions de pathologies chroniques (32,61%). Parmi les 21 détenus ayant une pression artérielle élevée, 14 étaient des hypertendus connus. Les 4 tests VIH réalisés à l'entrée étaient négatifs ; les 2 infections à VIH correspondaient à des infections déjà connues. Les dermatoses et les infections respiratoires représentaient 68 des 101 mentions de pathologies aiguës (67,33%) (**Tableau 3**).

Le paludisme a été confirmé par TDR dans 11 cas sur 17. Le diabète a été confirmé par glycémie dans 1 cas sur 2.

Tableau 3 : pathologies identifiées à l'examen d'entrée (en nombre de mentions).

Variable	n (%)
Chroniques (n = 46 mentions)	
Hyperpression artérielle	15 (32,61)
Ulcère gastro-duodénal	11 (23,91)
Trouble mental	6 (13,04)
Épilepsie	3 (6,52)
Infection à VIH	2 (4,35)
Diabète	2 (4,35)
Autres*	7 (15,22)
Aiguës (n = 101 mentions)	
Dermatoses	35 (34,65)
Infections respiratoires	33 (32,67)
Paludisme simple	17 (16,83)
Infection urinaire	5 (4,95)
Affections oculaires	5 (4,95)
Infections digestives	3 (2,97)
Carie dentaire	2 (1,98)
Lombosciatique	1 (0,99)

*Arthrose, cardiopathie, hépatite B, sinusite ou trouble visuel, hernie inguino-scrotale, asthme, drépanocytose (1 cas chacun).

Epreuve non corrigée

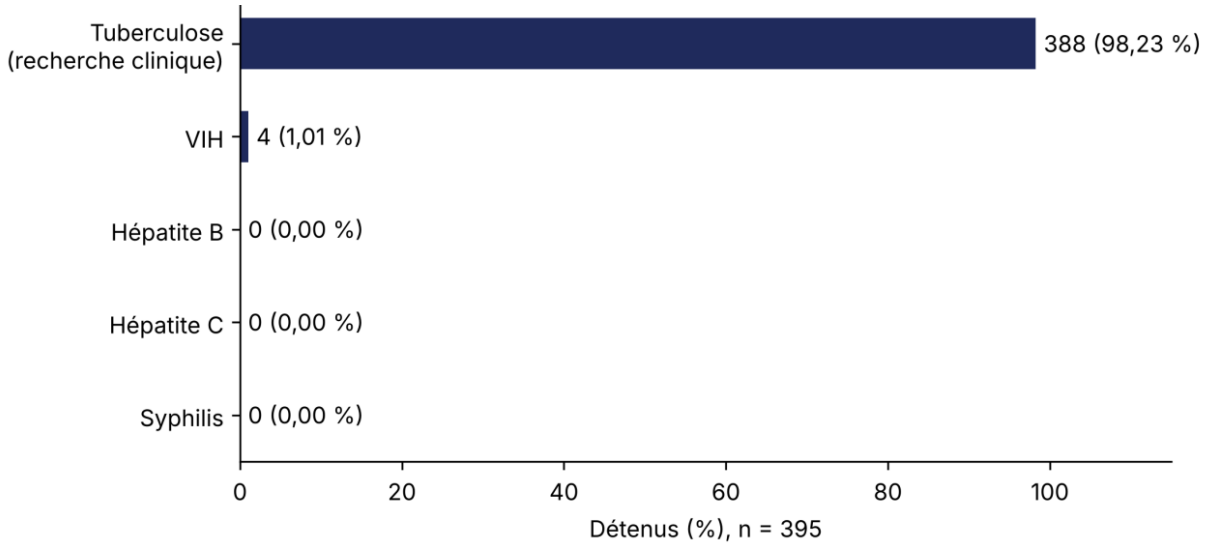

Fig. 1 : fréquence des dépistages documentés à l'admission (n = 395). VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

Prise en charge

Au moins un problème de santé, pathologie, plainte ou antécédent, était noté au dossier chez 162 détenus (41,01%). La prise en charge était renseignée pour 154 d'entre eux ; un traitement a été débuté à l'infirmerie chez 133 (86,36%) et 19 poursuivaient un traitement antérieur (12,34%). Les dossiers ne distinguaient pas de façon systématique les pathologies connues avant l'incarcération de celles découvertes à l'entrée. Les antalgiques ont été prescrits chez 81 des 133 détenus traités (60,90%) (**Tableau 4**).

Tableau 4 : prise en charge des détenus porteurs d'un problème de santé.

Variable	n (%)
Actions thérapeutiques (n = 154 détenus)*†	
Début d'un traitement à l'infirmerie	133 (86,36)
Poursuite d'un traitement antérieur	19 (12,34)
Référence au CHU	7 (4,55)
Autres mesures (régime, isolement, sevrage)	3 (1,95)
Rendez-vous de contrôle	1 (0,65)
Classes pharmaceutiques (n = 133 détenus)*	
Antalgique	81 (60,90)
Antibiotique	57 (42,86)
Antihistaminique	52 (39,10)
Déparasitant	48 (36,09)
Anti-inflammatoire	21 (15,79)
Antipaludéen	17 (12,78)
Antihypertenseur	11 (8,27)
Antifongique	4 (3,01)
Laxatif	4 (3,01)
Barbiturique	3 (2,26)
Benzodiazépine	2 (1,50)

*Réponses multiples possibles : un même détenu pouvait bénéficier de plusieurs actions (163 mentions pour 154 détenus) et de plusieurs classes pharmaceutiques. †Action non renseignée pour 8 des 162 détenus.

Discussion

Cette étude décrit l'état de santé de 395 détenus à leur admission à la MACO de Ouahigouya. Trois constats ressortent. Le dépistage des infections transmissibles par voie sanguine ou sexuelle était rarement documenté, alors que la recherche clinique de la tuberculose l'était presque systématiquement. Plus de quatre détenus sur dix présentaient au moins un problème de santé noté à l'entrée. L'examen reposait presque entièrement sur l'infirmier, avec des moyens diagnostiques limités.

Profil des détenus

La population étudiée était jeune, masculine, et comptait une large majorité de prévenus et de délinquants primaires. Ce profil rejoint celui des grandes maisons d'arrêt du pays : Diendéré et al. rapportaient 96% d'hommes et un âge médian de 31,6 ans à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso [8], et Napon-Zongo et al. un âge moyen de 35 ans et 84,8% de premières incarcérations à Bobo-Dioulasso [7]. Dans la sous-région, la prison de Douala présentait un âge moyen de 33,8 ans et 94% d'hommes [15], et plus des trois quarts des détenus étaient en attente de jugement à Abuja [4]. La place des atteintes aux biens, et du vol en particulier, est également constante dans les séries burkinabè [7,16]. Ce profil jeune pourrait contribuer à la faible part des maladies chroniques. Il rappelle aussi que la détention préventive soumet à la vie carcérale des personnes non encore jugées [3].

Épreuve non corrigée

Dépistage à l'admission

Le dépistage des infections transmissibles était rarement documenté : 4 tests VIH, et aucun test pour l'hépatite B, l'hépatite C ou la syphilis. L'absence de trace dans le dossier ne permet pas de distinguer un dépistage non réalisé d'un dépistage réalisé mais non reporté. Dans les deux cas, l'information n'est pas disponible pour la prise en charge ultérieure du détenu, ni lors de son transfèrement. Ce constat contraste avec le poids de ces infections. En population générale burkinabè, la prévalence de l'antigène HBs est estimée à 9,1% [5]. À la maison d'arrêt de Bobo-Dioulasso, elle atteignait 9,6%, avec 5,6% pour l'hépatite C et 3,2% pour le VIH [7]. L'OMS range les personnes détenues parmi les populations clés et recommande de leur proposer le dépistage du VIH [17]. Le cadre national offre un levier : la loi prévoit des soins de même qualité que dans les formations sanitaires de même niveau (article 255) et charge le personnel de santé de solliciter des contrôles systématiques du service des grandes endémies (article 258) [11].

La recherche de la tuberculose illustre un autre écart. Elle était presque systématiquement documentée, mais reposait sur les seuls signes cliniques. Parmi les 33 détenus présentant des signes d'imprégnation, un examen de crachats n'était documenté que chez 6 ; les 27 autres restaient, dans les dossiers, des cas présumés sans confirmation, et les résultats des 6 examens réalisés n'y figuraient pas. L'OMS recommande le dépistage systématique de la tuberculose en milieu pénitentiaire, tout dépistage positif devant être suivi d'un test diagnostique [18]. Elle recommande aussi que tout cas présumé bénéficie, comme examen initial, d'un test de diagnostic rapide recommandé par l'OMS [19]. Dans un milieu fermé et surpeuplé, un cas contagieux non confirmé expose l'ensemble des codétenus et du personnel [2,3].

Examen d'entrée et pathologies identifiées

L'examen a été réalisé dans les deux jours suivant l'admission pour tous les détenus. La loi confie au personnel de santé de l'établissement l'examen des détenus entrants (article 258) [11], et les Règles Nelson Mandela demandent qu'il ait lieu dès que possible [10]. Le délai observé répond à ces exigences. Le contenu de l'examen restait en revanche limité : l'infirmier assurait seul 95,95% des examens, et 16 détenus ont été vus par le médecin. Cette répartition découle de l'organisation prévue par la loi, qui rattache le service de santé à un district sanitaire dont le médecin consacre un jour par semaine aux détenus (article 256) [11]. L'infirmier est donc de fait l'acteur central de l'examen d'entrée ; il est plus réaliste de lui donner des outils standardisés que d'attendre une présence médicale accrue. La fiche médicale individuelle prévue pour chaque détenu (article 257) [11] en est le support naturel, et conditionne la continuité des soins lors des transfèrements.

Le recours aux examens paracliniques restait limité : 6 paludismes sur 17 et 1 diabète sur 2 n'étaient pas confirmés. Le test de grossesse a été réalisé chez toutes les détenues, ce qui permet d'engager le suivi adapté que la loi prévoit pour les détenues enceintes (article 273) [11].

Les dermatoses et les infections respiratoires dominaient les pathologies aiguës. Diendéré et al. retrouvaient les affections cutanées et respiratoires parmi les trois premiers groupes de pathologies dans les deux plus grandes prisons du pays [8]. Nos données étant exprimées en mentions, seul l'ordre des pathologies peut être comparé, et non leur fréquence. La présence de ces affections dès l'admission suggère qu'une partie d'entre elles précède l'incarcération.

La dénutrition touchait 3,07% des détenus à l'entrée. Diendéré et al. rapportaient 8% d'insuffisance pondérale chez des détenus déjà incarcérés, avec un risque associé à une détention de plus de neuf mois [8]. Cet écart pourrait refléter une dégradation de l'état nutritionnel au cours de la détention, hypothèse que seul un suivi des mêmes détenus permettrait de vérifier. Il justifie de mesurer le poids à l'entrée comme valeur de référence pour le suivi.

La pression artérielle était élevée chez 5,34% des détenus. Ce chiffre repose sur une mesure unique et ne permet pas de conclure à une hyperpression artérielle. À l'inverse, les troubles mentaux n'étaient mentionnés que 6 fois, un chiffre probablement sous-estimé au regard de la fréquence des troubles psychiatriques en détention [1] et de l'absence d'outil de repérage à l'entrée. Les Règles Nelson Mandela précisent que l'examen d'entrée doit aussi repérer les signes de souffrance psychologique [10]. Ce repérage a une portée concrète au Burkina Faso, où la loi exclut le maintien en détention des personnes en état d'aliénation mentale médicalement constatée (article 269) et permet le recours à un psychologue (article 268) [11].

Prise en charge initiale

Un traitement a été débuté à l'infirmerie pour la grande majorité des détenus malades. Les antalgiques étaient prescrits chez 60,90% d'entre eux, ce qui traduit une prise en charge surtout symptomatique, cohérente avec le manque de moyens diagnostiques. La poursuite d'un traitement antérieur concernait 12,34% des détenus, ce qui correspond à la continuité des soins, l'un des enjeux

Épreuve non corrigée

majeurs de l'entrée en détention [9]. La référence au CHU restait exceptionnelle (4,55%), alors que la loi prévoit la conduite à l'hôpital, aux frais de l'État, des détenus dont les soins ne peuvent être assurés sur place (articles 261 et 264) [11]. Les contraintes d'escorte et la fragmentation des circuits de référence décrites dans les prisons d'Afrique subsaharienne [3] peuvent expliquer cette faible proportion ; nos données ne permettent pas de le vérifier.

Limites

Le caractère rétrospectif rend les résultats dépendants de la qualité des dossiers : certaines données n'étaient pas renseignées et certains actes, notamment des dépistages, ont pu être réalisés sans être reportés, ce qui peut sous-estimer certaines pathologies. L'étude a porté sur les détenus présents pendant la collecte, et non sur une série d'entrants consécutifs. Une partie des diagnostics était clinique, et les pathologies ont été comptées en mentions. Les seuils adultes d'IMC et de pression artérielle ont été appliqués à tous les détenus. Enfin, l'étude est monocentrique.

Implications pour la pratique

Nos résultats suggèrent qu'un examen d'entrée conduit par l'infirmier pourrait être renforcé sans moyens lourds. Il s'agirait d'offrir systématiquement, sur une base volontaire et confidentielle, des tests rapides du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis, de confirmer tout cas présumé de tuberculose ainsi que les diagnostics de paludisme et de diabète par un test rapide ou une glycémie, de mesurer le poids et la pression artérielle avec un contrôle des valeurs élevées, de repérer simplement la souffrance psychique et de documenter l'ensemble sur une fiche d'examen standardisée. Le rapport annuel sur l'état sanitaire des détenus, prévu par la loi (article 258) [11], offre un cadre pour suivre ces indicateurs.

Conclusion

À leur admission à la MACO de Ouahigouya, plus de quatre détenus sur dix présentaient au moins un problème de santé. Le dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis était rarement documenté, et la recherche de la tuberculose restait clinique et rarement confirmée. Un examen d'entrée conduit par l'infirmier, associant une offre systématique, volontaire et confidentielle de tests rapides, la confirmation des cas présumés de tuberculose et une fiche standardisée, pourrait répondre à ces besoins. Ces résultats, issus d'un seul établissement, mériteraient d'être confirmés par des études multicentriques.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Financement

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Contribution des auteurs

Stéphane Bagré
Adama Compaore
Ahmadou Tall
Ousmane Kindo
Aminata Oumamatou Dikore Sidibe
Latif Kabore
Eric Kabore
Modeste Traore

Références

1. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011;377(9769):956-965. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7
2. 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. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30466-4
3. 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. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30578-5
4. Dan-Nwafor CC, Adeoye I, Aderemi K, Onuoha M, Adedire E, Bashorun A, et al. Serological markers and risk factors associated with hepatitis B virus infection among Federal Capital Territory prison inmates, Nigeria: should we be concerned? PLoS One. 2021;16(3):e0248045. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248045
5. Meda N, Tuaillon E, Kania D, Tiendrebeogo A, Pisoni A, Zida S, et al. Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso: a cross-sectional study. Bull World Health Organ. 2018;96(11):750-759. https://doi.org/10.2471/BLT.18.208603
6. Diendéré EA, Tiéno H, Bognounou R, Ouédraogo DD, Simporé J, Ouédraogo/Traoré R, Drabo J. Prévalences et facteurs associés aux infections à virus de l'immunodéficience humaine et virus de l'hépatite B, à la syphilis et à la tuberculose pulmonaire bacillifère en milieu carcéral au Burkina Faso. Med Trop. 2011;71(5):464-467.
7. Napon-Zongo PD, Meda ZC, Sanou A, Lompo L, Koura M, Kamboule E, et al. Séroprévalences des infections par les virus des hépatites B et C et de l'immunodéficience humaine et pratiques à

Épreuve non corrigée

risque à la maison d'arrêt et de correction de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Sci Tech Sci Santé. 2024;47(1):195-213.
8. Diendéré EA, Traoré K, Bernatas JJ, Idogo O, Dao AK, Traoré GK, et al. Prison health priorities in Burkina Faso: a cross-sectional study in the two largest detention environments in Burkina Faso. Int J Prison Health. 2022;18(1):97-113. https://doi.org/10.1108/IJPH-04-2021-0036
9. Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C, editors. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
10. Nations Unies. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Résolution A/RES/70/175 de l'Assemblée générale du 17 décembre 2015. New York : Nations Unies ; 2016.
11. Burkina Faso. Loi n°010-2017/AN du 10 avril 2017 portant régime pénitentiaire au Burkina Faso.
12. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hyperpression in adults. Geneva: World Health Organization; 2021.
13. World Health Organization. Methods for surveillance of antimalarial drug efficacy. Geneva: World Health Organization; 2009.
14. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization; 2000.
15. Kowo MP, Andoulo FA, Sizimboue DT, Ndam AWN, Ngek LT, Kouanfack C, et al. Seroprevalence of hepatitis B and associated factors among inmates: a cross sectional study in the Douala New Bell Prison, Cameroon. Pan Afr Med J. 2021;38:355. https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.355.20386
16. Ye D, Zoma A, Kabore A, Yonaba C, Savadogo H, Ouedraogo SAP, et al. Conditions de vie et morbidité des mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso. Med Sante Trop. 2015;25(2):156-159. https://doi.org/10.1684/mst.2015.0478
17. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019. Geneva: World Health Organization; 2020.
18. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: screening – systematic screening for tuberculosis disease. Geneva: World Health Organization; 2021.
19. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2025.

Épreuve non corrigée