

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

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR**

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**



**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA  
SANTÉ (UFR/SDS)  
SECTION MEDECINE**

Année : 2011-2012

Thèse N°163

**CONDITIONS DE VIE, ETAT NUTRITIONNEL ET  
MORBIDITÉ DES MINEURS DÉTENUS DANS LES  
MAISONS D'ARRÊT ET DE CORRECTION DU BURKINA  
FASO**

**THÈSE** présentée et soutenue publiquement le 10 Novembre 2012 par

**ZOMA Timbkièta Arsène Clovis**

Né le 30 Avril 1983 à Ouagadougou (Burkina Faso)

**POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(Diplôme d'État)**

**Directeur de thèse**

Pr Diarra YE /OUATTARA

**Co-directeur de thèse**

Dr Aïssata KABORE

**Président du jury**

Pr Boubacar NACRO

**Membres du jury**

Pr Diarra YE / OUATTARA

Dr Oumar GUIRA

Dr Djénéba SANON/OUEDRAOGO

## **LISTE DU PERSONNEL DE L'UFR/SDS**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherche  
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

Année Universitaire 2011-2012

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la Section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Pr Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Youssouf OUEDRAOGO
Chef de Service Administratif, Financier et Comptable	M. Brahima HEMA
Chef de Service Scolarité	M. Lucien YAMEOGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiaara SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mlle OUANDAOGO Aminata

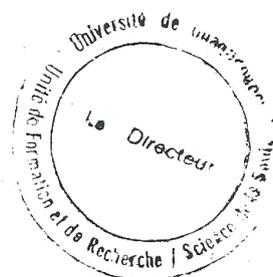


ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS

1. PROFESSEURS TITULAIRES

1. Robert T. GUIGUEMDE	Parasitologie
2. Robert B. SOUDRE	Anatomie pathologique
3. Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
4. Blaise K. SONDO	Santé publique
5. Joseph Y. DRABO	Médecine interne / endocrinologie
6. Jean LANKOANDE	Gynécologie-obstétrique
7. Daniel P. ILBOUDO	Hépatologie, gastro-entérologie
8. Adama TRAORE	Dermatologie-vénérologie
9. Kampadilemba OUOBA	Oto-rhino-laryngologie
10. Mamadou SAWADOGO	Biochimie
11. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
12. Patrice ZABSONRE	Cardiologie
13. Jean B. KABORE	Neurologie
14. Ludovic KAM	Pédiatrie
15. Rabiou CISSE	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
16. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-virologie
17. Si Simon TRAORE	Chirurgie viscérale
18. Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie
19. Adama LENGANI	Néphrologie
20. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie



21. Martial OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
22. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
23. Boubacar NACRO	Pédiatrie
24. Alain BOUGOUMA	Hépatologie, gastro-entérologie
25. Athanase MILLOGO	Neurologie
26. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie-réanimation
27. Lassana SANGARE	Bactériologie-virologie
28. Antoine P. NIAMBA	Dermatologie-vénérologie
29. Blandine THIEBA/BONANE	Gynécologie-obstétrique

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
2. Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
3. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
4. Daman SANO	Chirurgie viscérale
5. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
6. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto - rhino-laryngologie
7. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
8. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie
9. Issa T. SOME	Chimie analytique
10. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
11. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
12. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale



13. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique
14. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
15. Abdel Karim SERME	Hépatologie, gastro-entérologie
16. Jean SAKANDE	Biochimie
17. Kapouné KARFO	Psychiatrie
18. Timothée KAMBOU	Urologie
19. André K. SAMADOULOUGOU	Cardiologie
20. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
21. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie, gastro-entérologie
22. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
23. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie
24. Elie KABRE	Biochimie
25. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique

### 3. MAITRES - ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie-obstétrique
4. Nicole Marie KYELEM/ZAGRE	Maladies infectieuses
5. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie
6 Arsène M.D. DABOUE	Ophtalmologie
7. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
8. Christophe S. DA	Orthopédie, traumatologie
9. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
10. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
11. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail

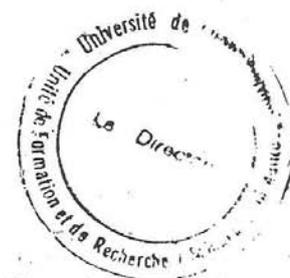


12. Barnabé ZANGO	Urologie
13. Théodore Z. OUEDRAOGO	Médecine du travail
14. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
15. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
16. Nicolas MEDA	Santé publique
17. Ahgbatouhabebe ZABSONRE/ AHNOUX	Ophtalmologie
18. Roger Arsène SOMBIE	Hépatologie-Gastro-Entérologie
19. Ousséïni DIALLO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
20. Fla KOUETA	Pédiatrie
21. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
22. Assita LAMIEN/SANOUE	Anatomie pathologique
23. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
24. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
25. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
26. Christian NAPON	Neurologie
27. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
28. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale
29. Adama SANOU	Chirurgie générale
30. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
31. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
32. Hervé TIENO	Médecine interne
33. Arnel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation



#### 4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B. SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Lassina DAO	Pédiatrie
4. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
6. Fousséni DAO	Pédiatrie
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
8. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUM/OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-Réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
12. Oumar GUIRA	Médecine interne
13. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
14. Madina A. NAPON	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
15. Edgar OUANGRE	Chirurgie générale et digestive
16. Isso OUEDRAOGO	Chirurgie Pédiatrique
17. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto - rhino-laryngologie
18. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine légale
19. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
20. Moustapha SEREME	Oto - rhino-laryngologie
21. Mohamed TALL	Orthopédie - traumatologie
22. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
23. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
24. Estelle Noëla Hoho YOUL	Pharmacologie



25. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie
26. Jérôme KOULIDIATI	Hématologie
27. KABORE F. Aristide	Urologie
28. KINDA Boureima	Anesthésie-réanimation
29. GOUMBRI Privat Patrice	Psychiatrie
30. OUATTARA Boubakar	Radiodiagnostic et imagerie médicale
31. GUIGUIMDE W. L. Patrice	Chirurgie buccale



## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

*Gloire soit rendue au seigneur qui fait toute chose belle en son temps.*

▪ *A ma mère*

Sans toi, maman, je n'aurais pu voir ce jour ! Puisses-tu demeurer avec nous le plus longtemps possible. Tendre affection ; merci pour tout.

▪ *A mon regretté père*

J'aurais voulu que tu sois auprès de moi ce jour ! Puisses-tu reposer en paix. Que le seigneur veille sur ta famille.

▪ *A Lydia et à mon fils Lionel*

Profonde affection. Que le seigneur nous donne de cheminer ensemble dans sa lumière.

▪ *A mes frères*

Ella lise, Eliane et Isaïe. Merci pour le soutien et la présence puissions nous demeurer unis et que dieu veille sur chacun de vous.

▪ *A tous les mineurs en conflit avec la loi*

*Mes sincères remerciements à :*

- *A Danone Baby Nutrition Africa and Overseas (DBNAO)*, en la personne de leur représentant Mr. NIKIEMA, qui nous permis de réaliser ce travail.
- *A la CNSS*, particulièrement aux tanties madame SOMDA et KARANGA pour le soutien.
- *A l'UNICEF*, qui nous a prêté gracieusement le matériel de mesures anthropométriques. Mention spéciale à Monsieur KONDE et à Madame LANKOANDE.
- *Aux travailleurs sociaux, infirmiers et régisseurs des maisons d'arrêt et de correction*, pour la franche collaboration et les appuis divers.
- *A mes oncles et tantes, cousins et cousines*

Merci pour tout

- *A la famille Malgoubri*

Merçi de m'avoir adopté.

- *A mes Amis* : Arsène, Basile, Bouba, Eugène, Ignace, Issaka, Landry, Mahamoudou, Noufou, Tonkougna. Merçi à tous.
- *A mes promotionnaires et ami(e)s*

Aimé, Aloys, Arthur, Bernard, Blaise, Cesaire, Christian, Didier, Eric, Hamidou, Hassane, Hédirè, Moussa, Nestor, Joseph, Omar, Paténema, Thierry .... Que de choses vécues lors de ce cursus ! merçi pour ces moments

**À**

**NOS MAÎTRES ET JUGES**

*A notre maître et président du jury*

*Pr. Boubacar NACRO*

- ✓ *Pr. Titulaire de pédiatrie à l'UFR/SDS*
- ✓ *Chef du département de pédiatrie au CHU/SS de Bobo Dioulasso*
- ✓ *Directeur de la prospective universitaire et de la coopération au CHU/SS de Bobo Dioulasso*

Honorable maître, c'est un grand privilège pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury. Nous avons eu l'opportunité de bénéficier de vos enseignements au cours de notre cursus. L'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines ont fini de nous convaincre que vous êtes un grand maître.

Veillez recevoir ici la reconnaissance d'un élève et accepter nos sincères remerciements.

Puisse le bon Dieu vous combler de ses grâces, vous et votre famille.

*A notre maître et directeur de thèse*

*Pr. Diarra YE OUATTARA*

- ✓ *Pr. Titulaire de pédiatrie à l'UFR/SDS*
- ✓ *Chef de service de la pédiatrie médicale au CHUP-CDG*
- ✓ *Vice-présidente chargée de la recherche et de coopération internationale à l'université de Ouagadougou*
- ✓ *Chevalier de l'ordre national.*

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir eue à nos côtés tout au long de la réalisation de ce travail. Nous gardons de vous l'image d'un maître disponible dont l'ardeur au travail et l'étendue des connaissances forcent l'admiration. Tout en espérant n'avoir pas failli à vos attentes, nous vous prions de trouver dans ces mots, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse le Dieu tout puissant vous bénir vous et votre famille.

*A notre maître et Juge*

*Dr Oumar GUIRA*

✓ *Assistant en médecine interne à l'UFR/SDS de L'UO*

✓ *Médecin interniste au service de médecine interne du CHU-YO*

Cher maître, nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos enseignements pendant notre stage interné de 7<sup>ième</sup> année de médecine. Votre grande culture médicale, votre esprit scientifique et vos grandes qualités humaines font de vous un exemple à suivre.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez recevoir toute notre gratitude.

Puisse le bon Dieu vous combler de ses grâces vous et votre famille.

*A notre maître et juge*

*Dr. Djénéba SANON/ OUÉDRAOGO*

✓ *Médecin de santé publique*

✓ *Directrice de la santé de la mère et de l'enfant*

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Trouvez là, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu comble vos attentes et vous bénisse vous et votre famille.

*A notre maître et codirecteur de thèse*

*Dr. Aissata kaboré*

- ✓ *Médecin pédiatre au CHUP-CDG*
- ✓ *Chef de l'unité des urgences du CHUP-CDG*
- ✓ *Assistante à l'UFR/SDS*

Nous avons été sensibles à votre simplicité et votre ardeur au travail. Vous n'avez ménagé aucun effort pour notre encadrement.

Veillez recevoir ici cher maître toute notre gratitude.

Puisse le Très Haut vous combler de grâces abondantes et vous accorder de voir la réalisation de vos aspirations les plus profondes ! Que Dieu vous bénisse vous et votre famille.

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

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>CA :</b>	Cour d'Appel
<b>CHU/SS :</b>	Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou
<b>CIMDH :</b>	Comité Interministériel des droits humains et du droit international humanitaire
<b>Cm :</b>	Centimètre
<b>CNC :</b>	Comission Nationale de Codification
<b>CNHDA :</b>	Comission Nationale pour l'Harmonisation du Droit des Affaires
<b>DACCAS :</b>	Direction des Affaires Civiles, Commerciales, Administratives et sociales
<b>DAF :</b>	Direction de l'Administration et des Finances
<b>DAPGS :</b>	Direction des Affaires Pénales, des Grâces et du Sceau
<b>DAS :</b>	Direction des Affaires Sociales et de la Réinsertion
<b>DCPM :</b>	Direction de la Communication et de la Presse Ministérielle
<b>DEDH :</b>	Direction de l'Éducation aux Droits Humains
<b>DEGAJJ :</b>	Direction Générale des Affaires Juridiques et Judiciaires
<b>DEP :</b>	Direction des Études et de la Planification
<b>DGDDH :</b>	Direction Générale de la Défense des Droits Humains
<b>DGGSP :</b>	Direction Générale de la Garde de Sécurité Pénitentiaire
<b>DGPCS :</b>	Direction Générale de la Politique Criminelle et du Sceau
<b>DGPDH :</b>	Direction Générale de la Promotion des Droits Humains
<b>DGREF :</b>	Direction des Greffes
<b>DIREP :</b>	Direction de l'Exécution des Peines
<b>DLCJ :</b>	Direction de la Législation et de la Coopération Judiciaire
<b>DMP :</b>	Direction des Marchés Publics
<b>DP :</b>	Direction du Partenariat
<b>DPCTG :</b>	Direction de la Promotion de la Culture de la Tolérance et du Genre
<b>DPDH :</b>	Direction de la Protection des Droits Humains
<b>DRGSP :</b>	Direction Régionale de la Garde de Sécurité Pénitentiaire
<b>DRH :</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DSAI :</b>	Direction du Suivi des Accords Internationaux
<b>F :</b>	Féminin
<b>IMC/Âge :</b>	Indice de Masse Corporelle pour Âge
<b>INSD :</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie
<b>JDE :</b>	Juge des Enfants
<b>Jr(s) :</b>	Jour(s)

<b>Kg :</b>	Kilogramme
<b>M :</b>	Masculin
<b>MAC :</b>	Maison d'Arrêt et de Correction.
<b>MACO :</b>	Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou
<b>MAM :</b>	Malnutrition Aigüe Modérée
<b>MAS :</b>	Malnutrition Aigüe Sévère
<b>MJPDH :</b>	Ministère de la Justice, de la Promotion des Droits Humains
<b>MONUC :</b>	Mission des Nations Unies en République Démocratique du Congo
<b>MPE :</b>	Malnutrition Protéino-Énergétique
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non-Gouvernementale
<b>ORL :</b>	Oto-Rhino -Laryngologie
<b>PB :</b>	Périmètre Brachial
<b>PC :</b>	Périmètre Crânien
<b>PS :</b>	Perception Spécialisée
<b>PT :</b>	Périmètre Thoracique
<b>R<sub>P/A</sub> :</b>	Rapport Poids pour Âge
<b>R<sub>P/T</sub> :</b>	Rapport Poids pour Taille
<b>R<sub>T/A</sub> :</b>	Rapport Taille pour Âge
<b>TGI :</b>	Tribunal de Grande Instance
<b>TPE :</b>	Tribunal Pour Enfants
<b>UN :</b>	United Nations
<b>UNICEF :</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
<b>WHO :</b>	World Health Organization
<b>&lt; :</b>	Inférieur à
<b>= :</b>	Égal
<b>&gt; :</b>	Supérieur à
<b>± :</b>	Plus ou moins
<b>≤ :</b>	Inférieur ou égal à
<b>≥ :</b>	Supérieur ou égal à

**SOMMAIRE**

<b>LISTE DU PERSONNEL DE L'UFR/SDS.....</b>	<b>II</b>
<b>DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....</b>	<b>X</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>XX</b>
<b>INTRODUCTION ET ÉNONCÉ DU PROBLÈME.....</b>	<b>1</b>
<b>PRÉMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS .....</b>	<b>4</b>
1. CONDITIONS DE VIE ET MORBIDITE EN MILIEU CARCÉRAL .....	5
2. ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET MILIEU CARCÉRAL .....	6
2.1. DÉFINITIONS.....	6
2.1.1. Établissements pénitentiaires .....	6
2.1.2. Détenu .....	6
2.1.3. Prévenu.....	6
2.1.4. Inculpé.....	6
2.1.5. Condamné.....	6
2.1.6. Contraint par corps .....	7
2.1.7. Régime de semi-liberté.....	7
2.1.8. Mineur .....	7
2.1.9. Crime.....	7
2.1.10. Délit.....	7
2.1.11. Délit complexe .....	7
2.1.12. Délit simple .....	8
2.1.13. Procès verbal .....	8
2.1.14. Cour d'appel.....	8
2.1.15. Tribunal de grande instance .....	8
2.1.16. Procureur du Faso.....	8
2.2. ORGANISATION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE .....	8
2.2.1. La Direction Générale de la Garde de Sécurité Pénitentiaire (DGSP).....	8
2.2.2. La Direction Générale de la Politique Criminelle et du Sceau (DGPCS) ....	10
2.3. MINEURS ET MILIEU CARCÉRAL.....	13
2.3.1. Procédure judiciaire.....	13
2.3.2. Jugement.....	14
3. APPRÉCIATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL .....	15
3.1. DÉFINITIONS.....	15
3.1.1. Malnutrition.....	15
3.1.2. Adolescent.....	15
3.2. ANTHROPOMÉTRIE NUTRITIONNELLE .....	15
3.2.1. Paramètres anthropométriques .....	15
3.2.2. Indices anthropométriques .....	17

3.2.3.	Echelles d'expression des indices .....	18
3.2.4.	Utilisation des normes de référence .....	19
3.3.	<i>CLASSIFICATION DE LA MALNUTRITION</i> .....	20
3.4.	<i>DIAGNOSTIC</i> .....	21
3.4.1.	L'indice poids pour taille ( $R_{P/T}$ ) .....	21
3.4.2.	L'indice de masse corporelle rapporté à l'âge ou indice de Quételet pour âge (IMC/Âge).....	21
3.4.3.	L'indice taille pour âge ( $R_{T/A}$ ).....	21
3.4.4.	L'indice poids pour âge ( $R_{P/A}$ ) .....	21
3.4.5.	Le périmètre brachial (PB ou PBMH).....	21
<b>DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE .....</b>		<b>22</b>
1.	OBJECTIFS .....	24
1.1.	<i>OBJECTIF GÉNÉRAL</i> .....	24
1.2.	<i>OBJECTIFS SPÉCIFIQUES</i> .....	24
2.	MÉTHODOLOGIE.....	26
2.1.	<i>CADRE ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE</i> .....	26
2.1.1.	Cadre de l'étude .....	26
2.1.2.	Déroulement de l'étude .....	27
2.2.	<i>TYPE D'ÉTUDE ET COLLECTE DES DONNÉES</i> .....	28
2.2.1.	Type et période d'étude.....	28
2.2.2.	Collecte des données .....	28
2.3.	<i>MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES</i> .....	30
2.4.	<i>DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES</i> .....	30
2.4.1.	Niveau socioéconomique des familles .....	30
2.4.2.	Zone de résidence des familles.....	32
2.4.3.	Données cliniques, biologiques et nutritionnelles.....	32
2.5.	<i>QUESTIONS ÉTHIQUES</i> .....	34
3.	RÉSULTATS .....	36
3.1.	<i>CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MINEURS DÉTENUS</i> .....	36
3.1.1.	Âge des mineurs .....	36
3.1.2.	Sexe des mineurs.....	37
3.1.3.	Zone de résidence de la famille des mineurs.....	37
3.1.4.	Niveau socioéconomique de la famille des mineurs .....	38
3.1.5.	Niveau d'instruction des mineurs.....	38
3.1.6.	Niveau d'instruction du chef de ménage (CM) .....	39
3.1.7.	Profession du chef de ménage.....	39
3.2.	<i>DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA DETENTION</i> .....	40
3.2.1.	Répartition des mineurs par maison d'arrêt et de correction .....	40
3.2.2.	Motifs d'incarcération des mineurs.....	41

3.2.3.	Durée de détention des mineurs .....	42
3.2.4.	Régime de détention des mineurs.....	42
3.2.5.	Nombre de visites mensuelles aux mineurs .....	43
3.2.6.	Alimentation des mineurs en milieu carcéral.....	43
3.2.7.	Autres caractéristiques du milieu carcéral .....	45
3.2.8.	Prise en charge sanitaire .....	46
3.3.	<i>DONNÉES RELATIVES A LA SANTÉ DES MINEURS DÉTENUS</i> .....	47
3.3.1.	Antécédents médicaux et chirurgicaux .....	47
3.3.2.	Signes et pathologies .....	47
3.4.	<i>ÉTAT NUTRITIONNEL DES MINEURS DÉTENUS</i> .....	52
3.4.1.	Poids .....	52
3.4.2.	Taille.....	52
3.4.3.	Indice de masse corporelle pour âge (IMC/Âge) .....	52
3.4.4.	Rapport taille pour âge ( $R_{T/A}$ ) .....	53
3.5.	<i>ÉTUDE ANALYTIQUE</i> .....	54
3.5.1.	Relation entre l'état nutritionnel et les caractéristiques socio-démographiques et de détention des mineurs.....	54
3.5.2.	Relation état nutritionnel des mineurs et le lieu de détention .....	55
4.	DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	58
4.1.	<i>CONTRAINTE ET LIMITES DE L'ÉTUDE</i> .....	58
4.2.	<i>CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES MINEURS</i> .....	59
4.2.1.	Âge .....	59
4.2.2.	Sexe .....	59
4.2.3.	Zone de résidence.....	60
4.2.4.	Niveau socio-économique de la famille.....	61
4.2.5.	Niveau d'instruction des mineurs.....	62
4.2.6.	Niveau d'instruction du chef de ménage.....	62
4.2.7.	Profession du chef de ménage.....	63
4.3.	<i>DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA DÉTENTION</i> .....	64
4.3.1.	Répartition des mineurs par maison d'arrêt .....	64
4.3.2.	Motifs d'incarcération des mineurs.....	64
4.3.3.	Durée de détention des mineurs et régime de détention.....	65
4.3.4.	Nombre de visites familiales mensuelles .....	65
4.3.5.	Alimentation des mineurs.....	66
4.3.6.	Hygiène corporelle, vestimentaire et du milieu .....	66
4.3.7.	Prise en charge sanitaire.....	67
4.4.	<i>DONNÉES RELATIVES A LA SANTÉ DES MINEURS</i> .....	68
4.4.1.	Antécédents médicaux et chirurgicaux .....	68
4.4.2.	Signes et pathologies .....	68
4.5.	<i>ÉTAT NUTRITIONNEL DES MINEURS DÉTENUS</i> .....	70
4.5.1.	Malnutrition aiguë .....	70
4.5.2.	Retard de croissance .....	70
4.6.	<i>ÉTUDE ANALYTIQUE</i> .....	71

4.6.1. État nutritionnel et caractéristiques socio-démographiques et de détention des mineurs.....	71
4.6.2. État nutritionnel et lieu de détention .....	72
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>73</b>
<b>SUGGESTIONS .....</b>	<b>73</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>73</b>

## ***LISTE DES TABLEAUX***

▪	Tableau I : classification de la malnutrition.....	20
▪	Tableau II : Critères d'évaluation du niveau socio-économique. ....	31
▪	Tableau III : Définitions opérationnelles des données cliniques, biologiques et nutritionnelles.....	33
▪	Tableau IV: Répartition des mineurs par tranches d'âge.....	36
▪	Tableau V: Répartition des mineurs selon le sexe.....	37
▪	Tableau VI: Répartition des mineurs selon leur niveau d'instruction .....	38
▪	Tableau VII : Répartition des enquêtés selon la profession du CM .....	39
▪	Tableau VIII: Répartition des mineurs par M.A.C .....	40
▪	Tableau IX: Répartition des mineurs selon le motif de l'incarcération .....	41
▪	Tableau X : Répartition des mineurs selon le temps passé en détention .....	42
▪	Tableau XI : Répartition des mineurs selon le régime de détention.....	42
▪	Tableau XII : Répartition des mineurs selon le nombre de visites familiales mensuelles. (n=78).....	43
▪	Tableau XIII : Répartition des mineurs selon l'origine des repas .....	44
▪	Tableau XIV : Fréquence de nettoyage des cellules des mineurs.....	45
▪	Tableau XV: Répartition des antécédents des enquêtés. ....	47
▪	Tableau XVI: Répartition des signes et pathologies.....	48
▪	Tableau XVII: Répartition des mineurs selon la leucocyturie.....	50
▪	Tableau XVIII: Répartition des mineurs selon la protéinurie.....	50
▪	Tableau XIX: Répartition des mineurs selon l'hématurie microscopique.....	51

- Tableau XX : Etat nutritionnel des mineurs selon l'IMC/Âge ..... 52
- Tableau XXI : Etat nutritionnel des mineurs selon le  $R_{T/A}$ ..... 53
- Tableau XXII: Répartition des mineurs selon l'état nutritionnel et les caractéristiques socio-démographiques et de détention. .... 54
- Tableau XXIII : Relation entre l'état nutritionnel des mineurs et le lieu de détention. (n=109)..... 55

## ***LISTE DES FIGURES***

- Figure 2: Répartition des mineurs selon la zone de résidence ..... 37
- Figure 3: Répartition des mineurs selon le niveau socioéconomique de la famille ..... 38
- Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction du CM ..... 39
- Figure 5: Répartition des mineurs selon les caractéristiques de la pression artérielle .... 49

# INTRODUCTION ET ÉNONCÉ DU PROBLÈME

## INTRODUCTION ET ÉNONCÉ DU PROBLÈME

En septembre 2000, une rencontre des leaders politiques a marqué l'entrée du monde dans le nouveau millénaire en adoptant la déclaration du millénaire. Celle-ci, approuvée par 189 pays, s'est transformée en huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à atteindre à l'horizon 2015. Le but est de promouvoir une existence plus saine ; d'assurer une éducation de qualité ; de protéger contre la maltraitance, l'exploitation et la violence ; et de lutter contre le VIH/SIDA. L'atteinte de ces objectifs passe nécessairement par la prise en compte des besoins des jeunes. En effet, l'on estime à environ 1,75 milliards le nombre de jeunes âgés de 10 à 24 ans dans le monde, ce qui représente une part importante de la population mondiale. Parmi ceux-ci, les adolescents qui sont environ 1,2 milliards à travers le monde ont des besoins spécifiques en termes de santé et de développement [35]. En effet leur épanouissement passe par, outre un environnement familial adapté, une alimentation adéquate avec des mesures d'hygiène alimentaire, corporelle et environnementale.

Cependant beaucoup d'entre eux sont confrontés à des obstacles qui compromettent leur futur, tels que la pauvreté, l'impossibilité d'accéder aux services de soins ou encore un environnement malsain. Ainsi, l'Unicef estime à environ un million le nombre d'enfants en prison à travers le monde [44]. Des interventions qui répondent à leurs besoins peuvent sauver des vies et donner naissance à une nouvelle génération d'adultes éduqués et en bonne santé capables d'être des moteurs de développement de leurs communautés. Dans les pays développés des mesures, allant des peines alternatives à la création à l'intérieur des prisons de lieux adaptés en passant par la prise en charge psychosociale, sont proposées pour l'amélioration de leurs conditions.

En France par exemple, l'on a assisté depuis 2002 à la création d'établissements pour mineurs pour tenir compte de leur spécificité. Dans les pays africains, moins nantis, ceux-ci sont retrouvés au sein d'établissements accueillant également des détenus adultes où il est souvent aménagé des locaux réservés à leur détention.

Le milieu carcéral burkinabè est caractérisé par des conditions de détention difficiles : la surpopulation carcérale atteint le taux de 180%, les conditions sanitaires et hygiéniques sont insuffisantes, les médicaments et les produits d'entretien ne sont pas toujours disponibles, l'alimentation est insuffisante et de mauvaise qualité, la séparation n'est pas toujours faite en fonction du sexe et de l'âge, les locaux de détention sont inadaptés et vétustes [31]. Cela suscite des interrogations quant à son impact sur l'état de santé des groupes vulnérables y séjournant.

Notre étude se justifie d'autant plus que dans nos lectures nous n'avons trouvé aucune étude spécifique à cette population dans notre pays. Cette étude nous offre l'opportunité de dresser leurs besoins prioritaires de santé ; toute chose qui, nous l'espérons, pourrait contribuer à l'amélioration de leur situation sanitaire.

## **PRÉMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS**

## 1. CONDITIONS DE VIE ET MORBIDITE EN MILIEU CARCÉRAL

Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires font partie des secrets d'états les mieux gardés. Toutefois, il ressort des données disponibles que celles-ci sont, de manière générale, jugées mauvaises dans tous les pays du monde avec toutefois des différences notables d'un pays à l'autre. En effet, dans 112 pays (sur 159), le taux de densité carcérale était supérieur à 100 % en 2004. Les premiers de ce classement étaient la Barbade (302 %), la Mauritanie (300%), le Cameroun (296 %) et le Bangladesh (288 %). La Grèce, l'Espagne et la Hongrie étaient les premiers pays européens du classement avec une densité carcérale moyenne de 168 %, 140 % et 137 % [18].

Au Burkina Faso, elle est de l'ordre de 180% [31]. La plupart des prisons sont donc débordés ; cette surpopulation cause des problèmes d'hygiène aggravés par la vétusté de certains établissements.

Dans les pays moins nantis, la question de la santé des personnes privées de liberté se pose avec plus d'acuité ; c'est ainsi qu'en 1999 s'est tenu à Kampala une rencontre sur la problématique de la santé des détenus dans les prisons africaines. De celle-ci, il est ressorti des problèmes graves sur la situation sanitaire dans la plupart de nos prisons où les régimes alimentaires insuffisants, la mauvaise hygiène, le manque de couvertures et l'infestation par les insectes sont autant de facteurs qui contribuent à la dégradation rapide de la santé des détenus. La surpopulation, par la difficulté à fournir de l'eau en quantité suffisante pour permettre à tous d'assurer une bonne hygiène corporelle et environnementale, est un autre facteur qui contribue à la propagation des maladies contagieuses comme la tuberculose, la diarrhée ou la gale. De plus, l'évacuation des eaux usées et des excréments peut s'avérer problématique. A ce tableau général peu reluisant s'ajoute la faiblesse du plateau technique en matière de santé. En effet, le personnel sanitaire, généralement paramédical, est surchargé de travail, sous-payé et insuffisamment formé au regard des responsabilités qu'il doit assumer [38].

## **2. ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET MILIEU CARCÉRAL**

### **2.1. DÉFINITIONS[4, 27]**

#### **2.1.1.Établissements pénitentiaires**

Ce sont des structures destinées à recevoir des détenus. On distingue :

- Les maisons d'arrêt destinées à recevoir les prévenus.
- Les maisons de correction destinées à recevoir les condamnés.
- Les centres pénitentiaires agricoles pour les condamnés bénéficiant d'un régime de semi-liberté.
- Les centres de rééducation et de formation professionnelle pour les jeunes condamnés.

#### **2.1.2.Détenu**

Personne faisant l'objet d'une peine privative de liberté. On distingue les condamnés, les prévenus et les contraints par corps.

#### **2.1.3.Prévenu**

Détenu sous le coup de poursuites pénales mais n'ayant pas fait l'objet d'une condamnation définitive

#### **2.1.4.Inculpé**

Personne soupçonnée d'une infraction pendant la procédure d'instruction.

#### **2.1.5.Condamné**

Personne ayant fait l'objet d'une décision de condamnation, l'emprisonnement ayant acquis le caractère définitif.

### **2.1.6. Contraint par corps**

Personne privée de la liberté pour le contraindre à remplir ses obligations pécuniaires.

### **2.1.7. Régime de semi-liberté**

Consiste dans le placement individuel d'un détenu à l'extérieur et sans surveillance continue avec obligation de réintégrer l'établissement chaque soir et d'y passer les jours fériés et chômés.

### **2.1.8. Mineur**

Personne âgée de moins de 18 ans selon l'article 63 du code pénal Burkinabè.

### **2.1.9. Crime**

Infraction de droit commun ou politique, punie d'une peine criminelle afflictive et infamante comme la réclusion ou la détention, à perpétuité ou à temps, ou simplement infamante comme le bannissement ou la dégradation civique.

### **2.1.10. Délit**

Fait générateur de dommages illégitimes et dont dérive une obligation de les réparer. Les délits sont intentionnels.

### **2.1.11. Délit complexe**

Délit supposant au moins deux éléments successifs pour que l'élément matériel soit constitué. Ces actes peuvent être de nature différente ou de même nature. L'infraction ne sera considérée comme accomplie que si les deux actes ont été accomplis (l'escroquerie par exemple suppose, pour être consommé, d'une part, une manœuvre frauduleuse accomplie par l'escroc et, d'autre part, la remise d'une chose à l'escroc par la victime).

### **2.1.12. Délit simple**

Délit ne supposant qu'un seul acte (le vol par exemple).

### **2.1.13. Procès verbal**

Le procès verbal en droit pénal est un acte par lequel une autorité publique habilitée relate des propos rapportés ou des faits constatés.

### **2.1.14. Cour d'appel**

C'est une juridiction du second degré qui examine une affaire qui a été soumise précédemment à un tribunal.

### **2.1.15. Tribunal de grande instance**

Juridiction chargée de juger les affaires civiles qui ne sont pas de la compétence des tribunaux spécialisés en raison de la nature de l'affaire ou du montant de la demande.

### **2.1.16. Procureur du Faso**

Magistrat placé à la tête du ministère public près le tribunal de grande instance.

## **2.2. ORGANISATION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE**

La gestion des établissements pénitentiaires incombe essentiellement à 2 entités : la direction générale de la garde de sécurité pénitentiaire et la direction générale de la politique criminelle et du sceau [32].

### **2.2.1. La Direction générale de la garde de sécurité pénitentiaire (DGSP)**

Elle comprend, en plus du secrétariat du directeur général et des directions régionales, quatre autres directions qui sont : la Direction de la détention, de la

sécurité et des opérations ; la direction du Personnel de la Garde de sécurité pénitentiaire ; la Direction du matériel et du budget ; et la direction de la production pénitentiaire.

Elle est chargée entre autre :

- d'administrer, de coordonner, de gérer, de contrôler et de suivre l'ensemble des services pénitentiaires du Burkina Faso,
- de maintenir la sécurité publique, de participer à l'exécution des peines privatives de liberté,
- d'élaborer et de mettre en œuvre la politique pénitentiaire ; de participer au recrutement et à la formation des personnels de la GSP,
- d'étudier, de coordonner, de contrôler et de suivre les mesures d'ordre et de discipline des personnels de la GSP,
- d'assurer la sécurité dans les domaines relevant du MJPDH; d'apporter de l'assistance aux autorités administratives et judiciaires en matière de sécurité publique,
- de contribuer à la lutte contre la criminalité nationale et internationale,
- d'organiser le travail pénitentiaire et la promotion de la production pénitentiaire,
- d'étudier et de mettre en œuvre toute solution tendant à l'humanisation des prisons,
- et enfin, d'assurer la coopération pénitentiaire et la mise en œuvre des conventions et des normes internationales en matière pénitentiaire; et d'établir les statistiques pénitentiaires.

### **2.2.2. La Direction Générale de la Politique Criminelle et du Sceau (DGPCS)**

Elle comprend en plus du secrétariat général, 3 directions dont : la direction des affaires pénales, des grâces et du sceau, la direction de l'exécution des peines et la direction des affaires sociales et de la réinsertion.

Elle est chargée :

- d'élaborer et de mettre en œuvre la politique pénale,
- de superviser et contrôler l'ensemble des activités et services chargés de l'exécution des peines,
- de promouvoir les peines et mesures alternatives à l'emprisonnement,
- de suivre l'administration de la justice en matière pénale ainsi que les conventions internationales en matière pénale,
- de proposer des notes, circulaires, ou directives susceptibles d'améliorer le bon fonctionnement des juridictions en matière pénale,
- de donner son avis sur les textes législatifs ou réglementaires en matière pénale qui lui sont soumis par les différents départements ministériels et institutionnels,
- d'administrer, de coordonner, de gérer et de contrôler l'ensemble des services pénitentiaires du Burkina Faso,
- d'assurer la formation professionnelle des détenus, la mise en œuvre et le suivi des mesures de réinsertion sociale des détenus,
- de prendre en charge l'assistance sociale, psychologique et morale des détenus,
- d'étudier et de mettre en œuvre toutes solutions tendant à l'humanisation des prisons et des autres centres de détention,

- de suivre et de gérer la santé des détenus,
- de mettre en œuvre la coopération et les conventions et normes internationales en matière pénales,
- et de suivre l'établissement des statistiques judiciaires en matière pénale.

La figure 1 représente l'organigramme du ministère de la justice au Burkina Faso

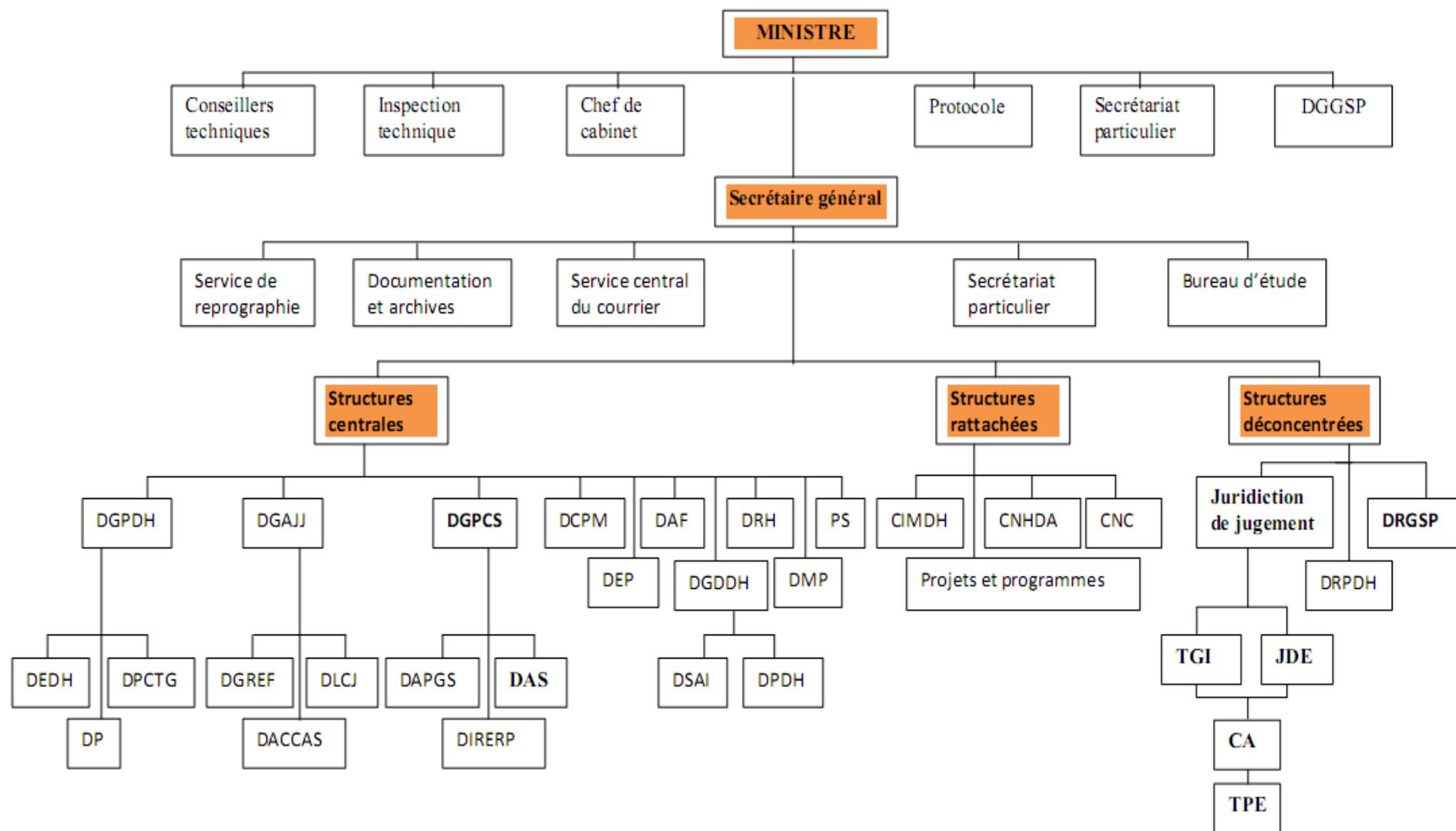


Figure 1 : Organigramme du Ministère de la justice. (Décret n°2011-477/PRES/PM/MJPDH du 26 juillet 2011)[32]

## **2.3. MINEURS ET MILIEU CARCÉRAL**

Les dispositions légales prévues pour les mineurs en conflit avec la loi sont édictées par la loi 19-61 AN du 9 mai 1961 relative à l'enfance délinquante ou en danger [12].

### **2.3.1. Procédure judiciaire**

A la suite d'une infraction le mineur (à l'instar des majeurs) peut être interpellé par les forces police ou de gendarmerie et placé en détention provisoire, dans leurs locaux, pendant 72 heures avec possibilité de prolongation de 48 heures. A l'issue de la détention provisoire deux situations peuvent se présenter.

#### **2.3.1.1. *Infraction commise en coaction avec un majeur***

La procédure est fonction de la nature de l'infraction :

- s'il s'agit d'un crime ou d'un délit complexe, le procès verbal de la police ou de la gendarmerie est transmis au procureur du Faso près le tribunal de grande instance qui le communique au juge d'instruction qui ouvre une information (enquête). A l'issue de l'enquête, le dossier d'instruction est transmis à la chambre d'accusation de la cour d'appel pour jugement.
- s'il s'agit d'un délit simple, le procès verbal est transféré directement au tribunal de grande instance pour jugement.

#### **2.3.1.2. *Infraction commise seul ou avec un autre mineur***

Le procès verbal de la police ou de la gendarmerie est transmis au procureur du Faso qui le transmet au juge des enfants (JDE). La suite de la procédure est fonction de la nature de l'infraction :

- S'il s'agit d'un crime, le JDE ouvre une information judiciaire ; à terme, le dossier est communiqué au tribunal pour enfant pour jugement.

- S'il s'agit d'un délit, le juge des enfants juge le dossier.

Il faut noter en pratique que seules les juridictions de Ouagadougou et Bobo Dioulasso disposent de tribunaux pour enfants ; ainsi l'on retrouve, pour l'ensemble du pays, seulement quatre juges pour enfants répartis équitablement entre ces deux TGI. Dans les autres localités, les mineurs sont jugés, comme les adultes, par les TGI.

### **2.3.2. Jugement**

L'âge du mineur est un facteur influençant celui-ci. En effet :

- Avant l'âge de treize (13) ans le mineur est irresponsable pénalement ; il ne peut donc pas être condamné.
- Entre treize (13) et seize (16) ans, le mineur bénéficie de l'excuse de minorité. De ce fait, il lui est appliqué des mesures éducatives telles sa remise à la famille ou son placement dans une institution charitable, religieuse ou dans un établissement spécialisé.
- Entre seize(16) et dix-huit (18) deux cas sont identifiés par le code pénal Burkinabè. : Si le mineur a agit en ayant conscience qu'il commettait une infraction, celle-ci précipite sa majorité ; il est donc pénalement responsable au même titre que l'adulte. Dans le cas où celui-ci à agit de façon inconsciente, il bénéficiera de mesures éducatives.

Dans tous les cas de figure, l'article 10 de la loi 19-61 AN du 9 mai 1961 rend obligatoire la réalisation d'une enquête sociale avant le jugement du mineur et cela quelle que soit la nature de l'infraction commise. L'Unicef appui le service social dans six maisons d'arrêt (Ouagadougou, Bobo Dioulasso, Koudougou, Tenkodogo, Ouahigouya et Kaya) pour la réalisation de cette enquête dans le cadre de son programme de protection des mineurs.

### 3. APPRÉCIATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

#### 3.1. DÉFINITIONS

##### 3.1.1. Malnutrition

Selon l'OMS, la malnutrition désigne les carences, excès ou déséquilibres de l'apport énergétique protéique et /ou nutritif [23].

La notion de malnutrition englobe la pathologie résultant d'un excès d'alimentation, d'une insuffisance d'alimentation, d'une carence spécifique en un nutriment, ou d'un déséquilibre entre divers nutriments, qu'il y ait carence absolue ou non de l'un d'entre eux. Le Dictionnaire de Médecine de Flammarion ajoute qu'il peut s'agir *“d'un état primaire ou secondaire à des conditions pathologiques qui ne sont pas directement en rapport avec l'apport alimentaire ...”*

##### 3.1.2. Adolescent

Selon les Nations Unies, l'adolescent(e) est toute personne âgée de 10 à 19 ans. [45].

#### 3.2. ANTHROPOMÉTRIE NUTRITIONNELLE

L'étude des dimensions du corps humain est un moyen simple et relativement accessible pour l'appréciation de l'état nutritionnel des individus à travers l'établissement d'indicateurs reposant sur certains paramètres [13].

##### 3.2.1. Paramètres anthropométriques

###### 3.2.1.1. *Le poids*

C'est une mesure simple et reproductible, largement utilisée pour l'anthropométrie nutritionnelle. D'une bonne précision, son usage en présence d'œdèmes est à proscrire.

### **3.2.1.2. La taille**

Elle est fréquemment utilisée mais plus délicate à mesurer chez l'enfant agité.

### **3.2.1.3. Le périmètre brachial**

C'est le périmètre mesuré en centimètres au milieu du bras gauche, le point se trouve entre l'acromion et le coude. Il a été beaucoup utilisé du fait de la simplicité de sa mesure dans les dépistages de masse de la malnutrition. Il a une bonne valeur prédictive du risque de mortalité [34].

### **3.2.1.4. Autres mesures**

Elles sont moins utilisées en pratique :

#### **– Le Périmètre crânien (PC)**

On utilise un ruban métrique métallique ou plastifié placé sur les bosses du front et de l'occiput, au niveau du périmètre maximum. On prend la précaution de relever les cheveux. Son intérêt est limité après 3 ans.

#### **– Le Périmètre thoracique (PT)**

Il se prend au niveau des mamelons et, si possible, dans la position intermédiaire entre inspiration et expiration. Cette mesure ne présente pas beaucoup d'intérêt en elle-même. Mais, par son rapport avec le périmètre crânien, elle peut donner une indication sur l'état de nutrition indépendamment de l'âge.

#### **– le pli cutané tricipital (PCT)**

C'est une mesure de la masse grasse de l'organisme. Elle est très opérateur-dépendant. Le tissu adipeux sous cutané représentent 50 % de la masse grasse totale. Cette méthode se pratique avec une pince à pli cutané ; la reproduction exacte des plis (localisation, pincement des doigts, pression des mâchoires de la pince) est assez difficile et nécessite beaucoup d'expérience.

### 3.2.2. Indices anthropométriques

Les mesures anthropométriques, souvent rapportées à l'âge et/ou au sexe permettent le calcul d'indicateurs nutritionnels variés.

#### 3.2.2.1. *L'indice poids/taille ( $R_{P/T}$ )*

C'est le poids mesuré comparé au poids idéal correspondant à la taille (ou longueur) du sujet. Un faible indice poids/taille ( $< - 2$  z-score) indique la présence d'une malnutrition aiguë aussi appelée émaciation. Le poids-pour-longueur (chez les enfants de moins de 2 ans) ou le poids-pour-taille (chez les enfants de plus de 2 ans) permet d'examiner les effets des changements d'apport alimentaire ou du déficit nutritionnel suite à une maladie.

#### 3.2.2.2. *L'Indice de masse corporelle -pour-âge (IMC/Âge)*

C'est une mesure de l'émaciation ; l'indice de masse corporelle est le rapport poids (en kg) sur le carré de la longueur couchée ou de la taille debout (en  $m^2$ ). Il reflète les stocks de graisse de l'organisme. C'est un indicateur proposé par l'OMS pour dépister la malnutrition aiguë chez les plus de cinq ans notamment les adolescents jusqu'à 19 ans.

#### 3.2.2.3. *L'indice taille/âge ( $R_{T/A}$ )*

C'est la taille (ou longueur) mesurée comparée à la taille (ou longueur) idéale correspondant à l'âge du sujet. Il est utilisé pour apprécier la croissance staturale par rapport à l'âge. Quand cet indice est faible ( $< - 2$  z-score), on parle de retard de croissance ou de malnutrition chronique.

#### 3.2.2.4. *L'indice poids/âge ( $R_{P/A}$ )*

C'est le poids mesuré comparé au poids idéal correspondant à l'âge. Lorsque cet indice se situe en dessous de deux écart-types de l'indice moyen de la population de référence, on dit qu'il s'agit d'une insuffisance pondérale.

Cet indice a pour avantage de refléter à la fois la sous-alimentation passée (chronique) et/ou présente (aiguë).

### **3.2.2.5. Le Périmètre brachial pour âge (PBrA)**

C'est le périmètre mesuré comparé au périmètre idéal du bras à l'âge du sujet. Le PB donne une estimation relativement fiable de la masse musculaire. La réduction de la masse musculaire est un des mécanismes les plus frappants d'adaptation à des apports insuffisants en énergie. Il est signe de malnutrition aiguë.

### **3.2.2.6. Autres indicateurs**

Ils sont peu utilisés par rapport aux précédents ; on peut citer le rapport Périmètre Crânien sur périmètre thoracique (PC / PT) et l'indice PB/PC ou indice brachio-céphalique encore appelé indice de Kanawati Mc Laren.

## **3.2.3. Echelles d'expression des indices**

Les différents indices anthropométriques peuvent s'exprimer selon des échelles variées.

### **3.2.3.1. L'écart-type (ET) ou z-score**

Le z-score ou unité d'écart type (ET) est défini comme la différence entre la valeur pour un individu et la valeur médiane de la population de référence pour le même âge ou la même taille, divisée par l'écart type de la population de référence.

L'équation est la suivante :

$$\text{Score-Z (ou score-ET)} = \frac{\text{Valeur observée} - \text{Valeur de référence médiane}}{\text{Ecart type de la population de référence}}$$

Le z-score est l'échelle d'expression conseillée actuellement car l'interprétation des valeurs seuils est la même pour tous les indices (par exemple il y a toujours

2,3% des individus de la population de référence en dessous de -2 z-score quel que soit l'indice); par conséquent, la proportion de sujet au dessus où en dessous d'un seuil donné se compare plus aisément à la population de référence.

### **3.2.3.2. Le pourcentage de la médiane**

C'est le ratio, exprimé en tant que pourcentage, d'une valeur observée chez un individu et la valeur médiane de la donnée de référence pour le même âge, la même taille, ou le même sexe.

L'équation est la suivante :

$$\text{Pourcentage de la médiane} = \frac{\text{Valeur observée}}{\text{Valeur médiane de la population de référence}} \times 100$$

Cette échelle, ne tenant pas compte de la distribution par rapport à la médiane des valeurs de références, engendre du même coup une interprétation variable des valeurs seuils par groupe d'âge ou selon la taille.

### **3.2.3.3. Le percentile**

C'est un chiffre qui correspond à l'une des 100 divisions égales d'une gamme de valeurs. Il mesure l'emplacement relatif. Par exemple, le 60<sup>e</sup> percentile signifie que 60% des valeurs de l'ensemble des données sont inférieures ou égales à ce chiffre et que 40% (100 – 60) sont plus grandes ou égales à ce percentile.

### **3.2.4. Utilisation des normes de référence**

L'appréciation de l'état nutritionnel d'une population se fait par comparaison des mesures de celle-ci à celles d'une population dite de référence. De ce fait, il est nécessaire que la population de référence soit représentative de celle étudiée. C'est ainsi que de nombreuses études réalisées dans nos pays en développement, aboutissant à des résultats assez distincts des normes du national center for health statistics (NCHS) établies en 1977, énoncèrent la nécessité d'établir des références locales.

L'organisation mondiale de la santé a développé, en utilisant les données recueillies par une étude multicentrique au Brésil, au Ghana, en Inde, en Norvège, à Oman, et aux États-Unis entre 1997 et 2003, de nouvelles courbes pour évaluer la croissance et le développement des enfants de la naissance à l'âge de cinq ans en vertu des conditions environnementales optimales. Ces normes publiées en 2006 et complétées en 2007 par celles des enfants en âge scolaire et les adolescents sont destinées à être utilisées pour évaluer les enfants partout dans le monde, indépendamment de l'origine ethnique, du statut socio-économique et du type d'alimentation [49, 50].

### 3.3. CLASSIFICATION DE LA MALNUTRITION

Le tableau ci-dessous donne la classification de la malnutrition chez les enfants et les adolescents selon l'OMS [13, 37] :

▪ **Tableau I : classification de la malnutrition.**

Population cible	Indicateurs	Type de malnutrition	Degré de malnutrition
Enfant de moins de cinq ans	Périmètre Brachial (chez les plus de six mois)	Dénutrition aigue	Absente si $PB \geq 12,5\text{cm}$ Modérée si $11,5\text{cm} \leq PB < 12,5\text{cm}$ Sévère si $PB < 11,5\text{cm}$
	Rapport poids pour taille	Dénutrition aigue	<u>Absente</u> : z-score de l'indice considéré est $\geq -2$ ET. <u>Modérée</u> : z-score de l'indice considéré $\geq -3$ ET et $< -2$ ET. <u>Sévère</u> : z-score de l'indice considéré $< -3$ écart-type(ET).
	Rapport taille pour âge	Malnutrition chronique	
	Rapport poids pour âge	Insuffisance pondérale	
Adolescents (10 à 19 ans)	Indice de masse corporelle pour âge	Malnutrition aiguë	<u>Absente</u> : z-score de l'indice considéré est $\geq -2$ ET. <u>Modérée</u> : z-score de l'indice considéré $\geq -3$ ET et $< -2$ ET. <u>Sévère</u> : z-score de l'indice considéré $< -3$ écart-type(ET).
	Rapport taille pour âge	Malnutrition chronique	
	Rapport poids Pour âge	Insuffisance pondérale	

### **3.4. DIAGNOSTIC**

Nous nous intéresserons au diagnostic anthropométrique. Dans les formes frustes, la malnutrition peut n'être détectable que par l'anthropométrie qui est basée sur des mesures telles le périmètre brachial, le sexe, l'âge, la taille et le poids. A partir de ces mesures, plusieurs indices reflétant l'état nutritionnel (par comparaison à une population de référence) sont alors calculés.

#### **3.4.1.L'indice poids pour taille ( $R_{P/T}$ )**

Il traduit l'état nutritionnel actuel. On parlera d'émaciation ou de maigreur pour les valeurs inférieures à 80 % de la médiane ou à - 2 z-score.

#### **3.4.2.L'indice de masse corporelle rapporté à l'âge ou indice de Quételet pour âge (IMC/Âge)**

Il a été proposé par l'OMS pour apprécier l'état nutritionnel actuel des adolescents. On parlera également d'émaciation pour des valeurs inférieures à -2 z-score. (Confère annexe 1)

#### **3.4.3.L'indice taille pour âge ( $R_{T/A}$ )**

C'est le reflet de la croissance staturale par rapport à l'âge. Quand cet indice est inférieur à - 2 z-score, on parle de retard de croissance ou malnutrition chronique.

#### **3.4.4.L'indice poids pour âge ( $R_{P/A}$ )**

Il définit l'insuffisance pondérale s'il est inférieur à - 2 z-score de la médiane.

#### **3.4.5.Le Périmètre brachial (PB ou PBMH)**

Il trouve son intérêt dans les cas où la mesure des paramètres comme le poids ou la taille avec précision s'avère difficile (enquêtes rapides dans les situations d'urgences). Les seuils de 12,5 cm pour la malnutrition aiguë modérée et 11 cm pour la malnutrition aiguë sévère ont été longtemps utilisés chez les enfants de six(6) à cinquante-neuf(59) mois. Cependant il est de plus en plus délaissé du fait de controverses quant à sa variabilité selon le sexe et l'âge des enfants.

## **DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE**

# OBJECTIFS

## **1. OBJECTIFS**

### **1.1. OBJECTIF GÉNÉRAL**

Etudier les conditions de vie, l'état nutritionnel et la morbidité des mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso.

### **1.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES**

1. Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso.
2. Décrire les conditions de détention des mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso.
3. Recenser les signes de maladies évolutives chez les mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso.
4. Décrire l'état nutritionnel des mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso.
5. Rechercher les facteurs associés à la détention et à la malnutrition des mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso.

# **METHODOLOGIE**

## 2. MÉTHODOLOGIE

### 2.1. CADRE ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

#### 2.1.1. Cadre de l'étude

##### 2.1.1.1. *Lieu de L'étude*

La présente étude s'est déroulée dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso, pays sahélien au contexte économique précaire. Le pays en possède vingt-deux localisées dans les villes abritant les sièges des tribunaux de grande instance : Banfora, Bobo-Dioulasso, Bogandé, Boromo, Dédougou, Diapaga, Diébougou, Djibo, Dori, Fada-N'gourma, Gaoua, Kaya, Koudougou, Kongoussi, Léo, Manga, Nouna, Ouagadougou, Ouahigouya, Orodara, Tenkodogo, Tougan. Les M.A.C de Ouagadougou et de Ouahigouya abritent, en plus, respectivement les détenus de Ziniaré et Yako.

##### 2.1.1.2. *Milieu de l'étude*

Les maisons d'arrêt et de correction sont des établissements pénitentiaires destinés à recevoir des prévenus et des condamnés.

D'une façon générale, elles comprennent : les bâtiments de détention (souvent divisés en quartiers), un parloir, des bâtiments administratifs (action sociale, garde de sécurité pénitentiaire) ; parfois, une cuisine, des lieux de cultes (église, mosquée, temple), de loisirs (terrain de sport) et une infirmerie.

Au plan administratif, chaque établissement pénitentiaire dispose :

- d'un personnel de sécurité comprenant un chef d'établissement, un surveillant chef, des surveillants, un intendant ; et selon le nombre de détenus, un greffier, un greffier économe assisté d'un aide comptable et d'un secrétaire.

Le chef d'établissement assure sous l'autorité du chef de service provincial, la direction de l'établissement à la tête duquel il est placé. Il est responsable du fonctionnement, de la sécurité et de la discipline intérieure de l'établissement, de la mise en œuvre des méthodes d'observation, de traitement des détenus et de la formation du personnel. Chaque établissement est doté d'un règlement intérieur qui fixe notamment l'emploi de temps des détenus, l'horaire des parloirs, les modalités de visite et de correspondance.

- d'un personnel d'action sociale qui s'occupe des liens des détenus avec leurs familles mais également des conditions de détention d'une façon générale (hygiène, alimentation, santé).
- d'un personnel sanitaire en l'occurrence des infirmiers.

Au plan sanitaire, il est reconnu le droit à des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité ainsi qu'aux soins. À cet effet, chaque établissement pénitentiaire doit être pourvu d'une infirmerie et, du personnel médical et paramédical doit y être attaché à temps complet ou partiel par le ministre de la santé à la demande du ministre de la justice.

## **2.1.2. Déroulement de l'étude**

### **2.1.2.1. Critères d'inclusion de la population d'étude**

Ont été inclus dans l'étude les détenus, présents dans les maisons d'arrêt, dont l'âge était de 18 ans au plus.

## **2.2. TYPE D'ÉTUDE ET COLLECTE DES DONNÉES**

### **2.2.1.Type et période d'étude**

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à visée analytique qui s'est déroulée du 19 septembre 2011 au 12 Janvier 2012.

### **2.2.2.Collecte des données**

#### **2.2.2.1. Personnel de l'étude**

L'ensemble de l'étude à été mené par nous même, doctorant en médecine, sous la supervision de notre directeur de thèse.

#### **2.2.2.2. Outils de collecte**

- Balance électronique de l'Unicef (SECA 881 U, numéro série 1881287088138) ; capacité de pesage 150 kg en divisions de 100g avec une exactitude de +/- 100g.
- Altimètre S 208 (Fazzini srl lot 06.03), pour la mesure de la taille des adolescents et adultes, graduation 1 cm, taille maximale 2 m. Il se fixe sur un mur à 2 mètres du sol.
- Bandelettes urinaires à 11 paramètres (Mindray<sup>U-11</sup> lot 018011004).
- Gants d'examen, abaisse-langues, source lumineuse, thermomètre, manomètre, tubes stériles, eau de javel.

#### **2.2.2.3. Instruments de collecte**

Nous avons utilisé des guides (questionnaires) comportant des informations sur :

- les données sociodémographiques : âge, sexe, zone de résidence, ethnie, religion, , niveau d'instruction , niveau socio-économique de la famille, niveau d'instruction et profession des parents.

- l'état clinique et nutritionnel des mineurs incarcérés : constantes( poids, taille, température, pression artérielle), IMC/Âge,  $R_{T/A}$ , examen physique.
- les conditions de vie dans les M A C : hygiène du milieu (fréquence de nettoyage des cellules, usage de détergent, sanitaires), alimentation (nombre et composition des repas, accès à l'eau potable, appréciation des mineurs), hygiène corporelle et vestimentaire (douche, vêtements de rechange, literie), liens familiaux( nombre de visite).

#### **2.2.2.4. Techniques de recueil des données**

- Les **entretiens, la consultation des registres des greffes et l'observation** ont été utilisés pour appréhender les caractéristiques socio-démographiques des mineurs et de leurs familles, les conditions de vie dans les MAC (hygiène, alimentation etc...), les prestations sanitaires à l'intérieur des MAC et les antécédents pathologiques des mineurs. L'âge des mineurs a été recueilli auprès de ces derniers puis recoupé avec les données des travailleurs sociaux et des greffes.
- L'**examen clinique** s'est attelé à rechercher d'éventuelles affections en vue d'établir les besoins de santé de la population étudiée. Ont été également mesurés les paramètres anthropométriques :
  - Le poids : les adolescents ont été pesés le moins vêtu possible.
  - La taille : elle a été mesurée en position debout pour les adolescents à l'aide de l'altimètre.
- Le **bilan complémentaire** : il a consisté à l'analyse des urines par les bandelettes urinaires. Les urines ont été recueillies en milieu de jet dans des tubes stériles.

## **2.3. MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES**

Les données ont été saisies sur micro-ordinateur et analysées avec les logiciels ENA/Epi info et Sphinx.

Les tests de X<sup>2</sup> (chi-2) et de Fisher ont été utilisés pour la recherche des facteurs associés au seuil de signification  $p \leq 0,05$ .

## **2.4. DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES**

### **2.4.1. Niveau socioéconomique des familles**

Notre classification est inspirée de l'étude de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie sur la situation socio-économique des personnes âgées [22].

Le tableau II décrit les critères d'évaluation du niveau socio-économique des familles des mineurs.

▪ **Tableau II : Critères d'évaluation du niveau socio-économique.**

Critères		Modalités	Cotation
Caractéristiques de l'habitat	Type d'habitat	Maison en dur	3
		Maison en latérite tôle	2
		Maison en latérite non tôle	1
		Maison en paille	0
	Nature de l'occupation	Propriétaire	3
		Locataire	2
		Hébergement gratuit	1
		Autre	0
	Type d'aisance	Latrines privées	2
		Latrines communes	1
Néant		0	
Approvisionnement en eau	Robinet privé	3	
	Robinet public	2	
	Puits/forages	1	
	Autre	0	
Mode d'éclairage	Electricité par abonnement	3	
	Electricité sans abonnement	2	
	Pétrole	1	
	Autre	0	
Equipement domestique	Réfrigérateur	4	
	Téléviseur	3	
	Téléphone	2	
	Poste radio	1	
	Aucun	0	
Moyen de déplacement	Voiture	3	
	Mobylette	2	
	Bicyclette	1	
	Autre	0	
Niveau d'instruction du chef de ménage	Supérieur	3	
	Secondaire	2	
	Primaire ou alphabétisé	1	
	Aucun	0	
Profession du chef de ménage*	Profession de type 1	4	
	Profession de type 2	3	
	Profession de type 3	2	
	Profession de type 4	1	
	Profession de type 5	0	

\*- Profession type 1 : salarié avec sécurité sociale, commerçant fournisseur d'autres commerçants, agriculteur possédant un tracteur, grand éleveur (possédant plus de 4 bœufs, plus de neuf moutons et plus de neuf chèvres).

- Profession type 2 : salarié sans sécurité sociale, agriculteur possédant une charrue, commerçant possédant une boutique.

- Profession type 3 : agriculteur avec petit commerce et sans charrue, petit éleveur, employé non qualifié du secteur informel.

- Profession type 4 : agriculteur sans charrue et sans commerce, berger, ménagère/femme au foyer

- profession type 5 : inactif/retraité.

Le niveau socioéconomique a été obtenu, en faisant la somme des scores pour chaque critère, selon le barème suivant :

- Niveau socioéconomique bas :  $0 \leq \text{Score} \leq 12$
- Niveau socioéconomique moyen :  $13 \leq \text{Score} \leq 20$
- Niveau socioéconomique élevé :  $21 \leq \text{Score} \leq 28$

Le chef de ménage est l'individu qui à la charge financière du mineur et/ou de sa famille.

#### **2.4.2.Zone de résidence des familles**

Ont été considérées comme zones urbaines les localités de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

La zone semi-urbaine regroupe les localités de Koudougou, Banfora, Ouahigouya, Fada N'gourma, Dori, Tenkodogo, Pô, Dédougou, Koupela, Gaoua et Kaya. Les autres localités ont été considérées comme appartenant à la zone rurale.

#### **2.4.3.Données cliniques, biologiques et nutritionnelles**

Le tableau ci dessous définit les seuils et signes retenus pour l'interprétation des données cliniques, biologiques et nutritionnelles.

▪ **Tableau III : Définitions opérationnelles des données cliniques, biologiques et nutritionnelles.**

Variables		Modalités	Interprétations
CONSTANTES	Température	36°6-37°8 ≥37°9	Normale Fièvre
	TA	$< 97,5^{\text{ième}}$ percentile $\geq 97,5^{\text{ième}}$ p mais $< 97,5^{\text{ième}} + 10$ $\geq 97,5^{\text{ième}} + 10$ mais $< 97,5^{\text{ième}} + 30$ $\geq 97,5^{\text{ième}} + 30$ (confère <b>Annexe 2</b> )	TA Normale HTA Limite HTA confirmée HTA immédiatement menaçante
BANDELETTES URINAIRES	Glycosurie	Positive ( $\geq 2$ croix)  Négative ( $< 2$ croix)	L'Infection Urinaire est retenue si Nitrites + et/ou leucocyturie et protéinurie supérieures ou égales à deux croix (++)
	Cétonurie		
	Hématurie		
	Protéinurie		
	Leucocyturie		
	Nitrite	Positive Négative	
ETAT NUTRITIONNEL	IMC/Age	$< -3$ z-score et/ou œdèmes	M.A Sévère
	R <sub>T/A</sub>	$\geq -3$ z-score et $< -2$ z-score  $\geq -2$ z-score	M A Modérée  Pas de MA
HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES		<b>Confère Annexe 3</b> : Guide diagnostique des pathologies associées	

## 2.5. QUESTIONS ÉTHIQUES

Les autorisations du ministère de la santé et de la direction générale de la garde de sécurité pénitentiaire ont été obtenues avant la réalisation de ce travail (confère Annexes).

Le consentement des détenus à été obtenu.

Le respect de l'intimité au cours des examens à souvent été difficile du fait du manque de locaux adaptés. Dans certaines MAC, nous avons dû demandé une extraction individuelle des mineurs de leur cellule pour un minimum d'intimité.

Les cas de pathologies ont fait l'objet de protocoles de prise en charge soumis aux infirmiers quand cela était possible. Dans les autres cas, une référence dans un centre de santé à été discutée avec le personnel de l'action sociale. Enfin, pour certains, des prescriptions ont été remises aux familles pour la prise en charge des cas.

# RESULTATS

### 3. RÉSULTATS

Durant la période d'étude, cent neuf (109) détenus ont été inclus. Leur consentement a été obtenu au préalable.

#### 3.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES MINEURS DÉTENUS

##### 3.1.1. Âge des mineurs

L'âge moyen des mineurs était de  $16,30 \pm 1,4$  ans avec des extrêmes de 12 et 18 ans. Celui des garçons a été de  $16,29 \pm 1,4$  ans et celui des filles  $16,68 \pm 1,53$  ans.

La répartition des mineurs par tranche d'âge est donnée par le tableau IV.

▪ **Tableau IV: Répartition des mineurs par tranches d'âge.**

Âge	Effectifs (n)	Fréquences (%)
] 132 mois-144 mois]	1	0,92
] 144 mois-156 mois]	5	4,59
] 156 mois-168 mois]	4	3,67
] 168 mois-180 mois]	16	14,68
] 180 mois-192 mois]	24	22,02
] 192 mois-204 mois]	29	26,60
] <b>204 mois- 216 mois]</b>	<b>30</b>	<b>27,52</b>
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Trente (30) des cent neuf mineurs (109) soit 27,52 % avaient un âge compris entre 17 et 18 ans.

### 3.1.2. Sexe des mineurs

Le sex-ratio était de 35,33. La répartition des enquêtés selon le sexe est donnée dans le tableau suivant.

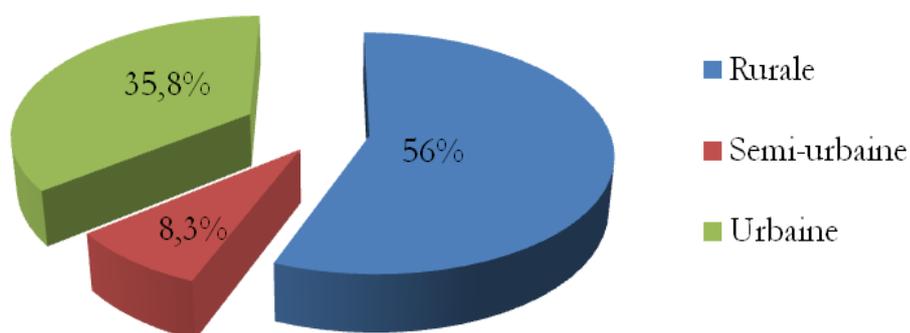
▪ **Tableau V: Répartition des mineurs selon le sexe.**

Sexe	Effectifs (n)	Fréquences (%)
M	106	97,25
F	3	2,75
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

### 3.1.3. Zone de résidence de la famille des mineurs

Soixante-un (61) des cent neuf mineurs (109), soit 56% provenaient du milieu rural. Les quarante-huit (48) autres se répartissaient entre le milieu urbain pour trente-neuf (39) d'entre eux soit 35,8% et le milieu semi-urbain pour les neuf(9) derniers.

La figure 2 donne la répartition des répondants selon la zone de résidence de la famille.

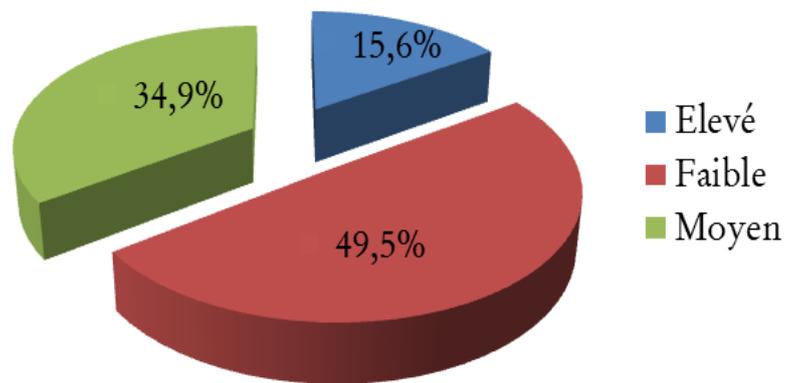


**Figure 2: Répartition des mineurs selon la zone de résidence**

### 3.1.4. Niveau socioéconomique de la famille des mineurs

Cinquante-quatre (54) des cent neuf (109) mineurs soit 49,5% venaient de familles à bas niveau socioéconomique. Trente-huit (38) mineurs soit 34,9% et dix-sept (17) mineurs soit 15,6% avaient respectivement des familles à niveau socioéconomique moyen et élevé.

La figure 3 donne la répartition des mineurs selon le niveau socioéconomique de leur famille.



**Figure 3: Répartition des mineurs selon le niveau socioéconomique de la famille**

### 3.1.5. Niveau d'instruction des mineurs

Le tableau VI indique la répartition des mineurs selon leurs niveaux d'instruction.

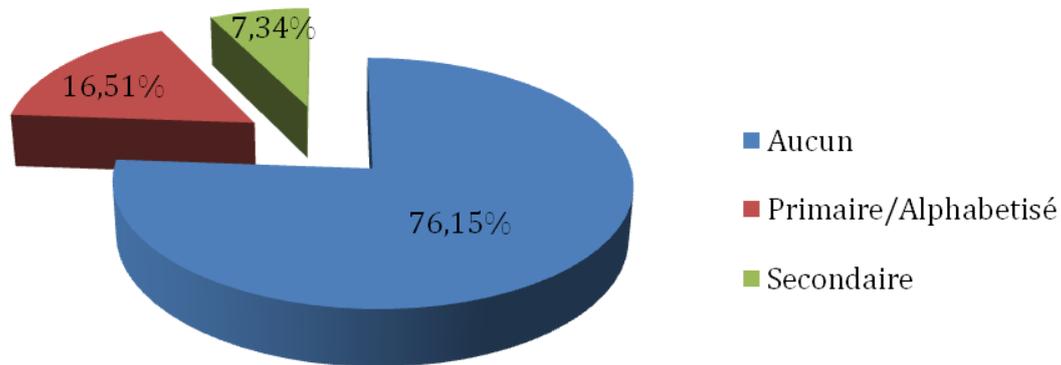
▪ **Tableau VI: Répartition des mineurs selon leur niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Effectif (n)	Fréquence (%)
Non scolarisés	58	53,21
Primaire/Alphabétisés	43	39,45
Secondaire	08	7,34
Supérieur	00	00
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

### 3.1.6. Niveau d'instruction du chef de ménage (CM)

Le niveau d'instruction à pu être renseigné pour l'ensemble de ceux dont dépendent économiquement les mineurs. Parmi les cent neuf (109) chefs de ménage, quatre-vingt-trois (83) soit 76,15% n'avaient pas été scolarisés.

La figure 4 donne la répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction du chef de ménage.



**Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction du CM**

### 3.1.7. Profession du chef de ménage

Le tableau VII donne la répartition des enquêtés selon la profession du CM.

▪ **Tableau VII : Répartition des enquêtés selon la profession du CM**

Profession du chef de ménage	Effectif (n)	Fréquence (%)
Agriculteurs	37	33,90
Employés du secteur informel	27	24,80
Commerçants	16	14,70
Éleveurs	11	10,10
Salariés/fonctionnaires	8	7,30
Retraités	7	6,40
Femmes au foyer	3	2,80
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

## 3.2. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA DETENTION

### 3.2.1. Répartition des mineurs par maison d'arrêt et de correction

Le pays compte vingt-deux (22) maisons d'arrêt. La M.A.C de Ouagadougou abritait aussi les détenus du TGI de Ziniaré et celle de Ouahigouya les détenus de Yako. Les M.A.C de Bogandé et Tougan n'avaient pas de mineurs détenus.

Le tableau VIII donne la répartition des mineurs selon la M.A.C de détention.

#### ▪ Tableau VIII: Répartition des mineurs par M.A.C

Maison d'arrêt et de correction	Effectif (n)	Fréquence (%)
<b>Ouagadougou/ziniaré</b>	<b>31</b>	<b>28,40</b>
<b>Manga</b>	<b>8</b>	<b>7,30</b>
<b>Ouahigouya/yako</b>	<b>8</b>	<b>7,30</b>
Fada n' gourma	7	6,40
Kaya	7	6,40
Leo	7	6,40
Djibo	6	5,50
Tenkodogo	6	5,50
Dédougou	4	3,70
Bobo-Dioulasso	3	2,80
Diapaga	3	2,80
Diébougou	3	2,80
Dori	3	2,80
Banfora	2	1,80
Gaoua	2	1,80
Kongoussi	2	1,80
Koudougou	2	1,80
Nouna	2	1,80
Orodara	2	1,80
Boromo	1	0,90
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

### 3.2.2. Motifs d'incarcération des mineurs

Le motif d'incarcération a pu être renseigné pour l'ensemble des mineurs.

Le tableau IX donne la répartition des mineurs selon le motif de l'incarcération.

▪ **Tableau IX: Répartition des mineurs selon le motif de l'incarcération**

Motif de l'incarcération	Effectif (n)	Fréquence (%)
<b>Vols</b>	<b>72</b>	<b>66,05</b>
<b>Coups et blessures volontaires</b>	<b>14</b>	<b>12,84</b>
<b>Viols</b>	<b>11</b>	<b>10,09</b>
Coups mortels	3	2,75
Orpaillage anarchique	2	1,83
Abus de confiance	1	0,92
Attaque à mains armées	1	0,92
Avortement	1	0,92
Empoisonnement	1	0,92
Infanticide	1	0,92
Recel	1	0,92
Vandalisme	1	0,92
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Au plan des infractions, le vol, les coups et blessures volontaires et le viol ont été retrouvés dans respectivement soixante-douze (72) cas soit 66,05%, quatorze (14) cas soit 12,84% et onze (11) cas soit 10,09%.

### 3.2.3. Durée de détention des mineurs

Le temps moyen passé en détention était de  $4,05 \pm 5,06$  mois avec des extrêmes de 0 et 26,17 mois.

Le tableau X montre la répartition des mineurs selon le temps passé dans le milieu carcéral au moment de notre passage.

▪ **Tableau X : Répartition des mineurs selon le temps passé en détention**

Durée de détention	Effectif (n)	Fréquence (%)
< 1 mois	31	28,5
[1 mois-3 mois [	36	33,0
[3 mois- 6 mois [	17	15,6
≥ 6 mois	25	22,9
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

### 3.2.4. Régime de détention des mineurs

Nous avons recueilli cent neuf (109) réponses sur cette question.

Le tableau XI donne la répartition des mineurs selon le régime détention.

▪ **Tableau XI : Répartition des mineurs selon le régime de détention**

Régime de détention	Effectif (n)	Fréquence (%)
Prévenus/Inculpés	79	72,48
Condamnés	28	25,69
Mis en placement	2	1,83
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Soixante-dix-neuf (79) des cent neuf (109) mineurs soit 72,48% n'avaient pas été jugés.

### 3.2.5. Nombre de visites mensuelles aux mineurs

Des cent mineurs (109) enquêtés, soixante-dix-huit (78) avaient plus d'un (1) mois de détention. Le tableau XII donne la répartition des mineurs selon le nombre de visite familiale mensuelle.

▪ **Tableau XII : Répartition des mineurs selon le nombre de visites familiales mensuelles. (n=78)**

Nombre de visite familiale mensuelle	Effectif (n).	Fréquence (n).
Moins d'une visite	46	59,0%
Une visite	13	16,7%
Plus d'une visite	19	24,4%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Quarante-six (46) des soixante-dix-huit (78) mineurs soit 59% avaient moins d'une visite mensuelle.

### 3.2.6. Alimentation des mineurs en milieu carcéral

Les informations concernant l'alimentation des mineurs ont été recueillies chez cent sept (107) mineurs ; en effet deux (2) d'entre eux ont été incarcérés la veille de notre passage et ont donc été exclus.

#### 3.2.6.1. *Source d'approvisionnement alimentaire*

Le tableau XIII donne la répartition des mineurs selon l'origine principale de leurs repas.

▪ **Tableau XIII : Répartition des mineurs selon l'origine des repas**

<b>Origine principale des repas</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Administration pénitentiaire</b>	<b>93</b>	<b>83,93</b>
Apport extérieur	12	10,71
Cuisine personnelle	2	5,36
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Quatre-vingt-treize (93) mineurs soit 83,93% recevaient leurs repas principalement de l'administration pénitentiaire.

### **3.2.6.2. Types d'aliments servis**

Les principaux groupes alimentaires contenus dans les repas servis dans les maisons d'arrêt selon les mineurs étaient les céréales à la fréquence globale de cinq fois par semaine et les légumineuses une fois par semaine. Dans six (6) maisons d'arrêt, les mineurs ont évoqué un ravitaillement irrégulier en légumes essentiellement en feuilles de baobab et de gombo.

Il s'agissait de tô à base de céréales parmi lesquelles le sorgho rouge occupe la première place dans la composition des repas des mineurs ; en effet, quatre-vingt-dix-sept (97) mineurs affirmaient que les rations servies étaient généralement constituées de sorgho. Le riz, le petit mil et le maïs sont cités par cinquante-six(56), quatorze(14) et deux(2) mineurs. Les légumineuses étaient représentées par le haricot. Il n'y avait pas de protéines animales ni de fruit dans la composition des repas.

### **3.2.6.3. Nombre de repas et appréciation des mineurs**

À l'exception de sept(7) mineurs de la maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou, qui ont dit recevoir depuis la veille de notre entretien deux (2) repas par jour, tous les mineurs affirmaient recevoir un (1) repas par jour.

Cinquante-six (56) des cent sept mineurs soit 52,34% se contentaient du repas servi dans la prison ; trente-sept autres (37) soit 34,58 % avaient deux (2) repas par jour et les quatorze (14) derniers soit 13,08% trois (3) repas quotidiens.

### 3.2.7. Autres caractéristiques du milieu carcéral

#### 3.2.7.1. *Aération, éclairage et nettoyage des cellules*

Nous avons recueilli quatre-vingt-dix-neuf (99) réponses sur cette question ; en effet les deux (2) mineurs de Bobo arrivés la veille de l'enquête et les huit (8) mineurs de Manga qui dormaient dans la cour ont été exclus.

Cinquante-sept (57) mineurs soit 57,58 % disaient que leurs cellules sont bien aérées. Soixante-neuf (69) mineurs soit 69,7 % affirmaient que leurs cellules étaient éclairées.

Le tableau XIV indique la fréquence de nettoyage des cellules des mineurs.

#### ▪ **Tableau XIV : Fréquence de nettoyage des cellules des mineurs**

Fréquence de nettoyage des cellules	Effectif (n)	Fréquence (%)
<b>Quotidiennement</b>	<b>59</b>	<b>59,6</b>
Une fois par semaine	19	19,2
Moins d'une fois par semaine	13	13,1
Cellules non nettoyées	8	8,1
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Les mineurs des M.A.C de Dédougou, Fada N'gourma, Léo, Manga, Nouna, Orodara et Ouahigouya affirmaient nettoyer leurs cellules sans détergent.

#### 3.2.7.2. *Existence de latrines*

Nous avons recueillis cent sept (107) réponses sur cette question. Cent (100) mineurs soit 93,46% disaient avoir des latrines à leur disposition.

Trente-sept(37) mineurs parmi ces derniers soit 37 % disaient ne pas être satisfaits de la propreté des latrines.

### **3.2.7.3. Accessibilité à l'eau potable - Hygiène corporelle et vestimentaire**

La quasi-totalité des mineurs avait accès à une source d'eau potable. Les moyens de conservation d'eau de boisson étaient le bidon plastique pour quarante-six (46) mineurs soit 43%, le canari pour sept (7) mineurs et un plat sans couvercle pour neuf (9) mineurs. Quarante-cinq (45) soit 42,05% n'avaient aucun moyen de conservation d'eau de boisson.

Cent (100) mineurs sur cent sept (107) soit 93,45% avaient la possibilité de prendre au moins une douche par jour. Cinquante-cinq (55) mineurs soit 51,4% avaient un savon pour leur toilette au moment de notre passage. Soixante-neuf (69) mineurs soit 64,5% possédaient des habits de rechange et trente-cinq (35) mineurs soit 32,7% utilisaient souvent du savon pour leur lessive.

Quatre-vingt-sept (87) mineurs soit 81,3% dormaient sur des nattes et les vingt (20) autres soit 18,7% sur des matelas.

### **3.2.8.Prise en charge sanitaire**

Quatre-vingt-onze (91) des cent neuf mineurs (109) soit 83,5% avaient déjà fait un épisode de maladie depuis leur incarcération. Parmi les mineurs qui ont présenté un épisode de maladie depuis leur incarcération, cinquante-un (51) soit 56,04 % ont dit avoir bénéficié d'une consultation.

Toutes les consultations avaient fait suite à un épisode de maladie : il n'y a pas eu de consultation préventive. Les consultations ont été effectuées dans les infirmeries des M.A.C ; et parmi les mineurs consultés aucun n'avait été revu pour contrôle.

Le délai de consultation était supérieur à 24 heures pour vingt-neuf (29) des cinquante et un (51) mineurs qui avaient bénéficié d'une consultation.

Quarante et un (41) des cinquante et un (51) mineurs qui avaient bénéficié d'une consultation soit 80,4% ont obtenu au moins un médicament de l'infirmerie.

### 3.3. DONNÉES RELATIVES A LA SANTÉ DES MINEURS DÉTENUS

#### 3.3.1. Antécédents médicaux et chirurgicaux

Onze (11) mineurs soit 10,1% avaient des antécédents pathologiques.

Le tableau XV donne la répartition des antécédents pathologiques connus.

▪ **Tableau XV: Répartition des antécédents des enquêtés.**

Antécédents pathologiques	Effectif (n)	Fréquence (%)
Chirurgie <sup>1</sup>	2	18,18
Affections répétées de la sphère ORL <sup>2</sup>	2	18,18
Malformations <sup>3</sup>	2	18,18
Bilharziose urinaire	1	9,09
Bronchite chronique	1	9,09
Drépanocytose	1	9,09
HTA	1	9,09
Accès maniaque	1	9,09
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Traumatisme par arme blanche au flanc droit, cure d'hernie

<sup>2</sup>Otalgies à répétition, Sinusite

<sup>3</sup>Agénésie de la jambe droite, Polydactylie droite

Les antécédents chirurgicaux, les affections répétées de la sphère orl et les malformations représentent chacun 18,18% des cas.

#### 3.3.2. Signes et pathologies

##### 3.3.2.1. Données cliniques

Parmi les cent neuf mineurs (109), soixante-quatre (64) soit 56,14%, présentaient un symptôme ou une affection au moment du passage.

La pression artérielle a été mesurée chez quatre-vingt-onze (91) mineurs. La tension artérielle diastolique (TAD) moyenne est de 74,61 mmHg  $\pm$  11,67.

La TAS moyenne était de 110,44 mmHg  $\pm$  13,98. La pression artérielle était limite chez huit(8) mineurs soit 8,79 % pour la diastolique et un (1) mineur pour la systolique. Il y'avait une hypertension artérielle diastolique chez huit (8) et systolique chez deux (2) mineurs. Le tableau XVI représente les pathologies diagnostiquées.

▪ **Tableau XVI: Répartition des signes et pathologies.**

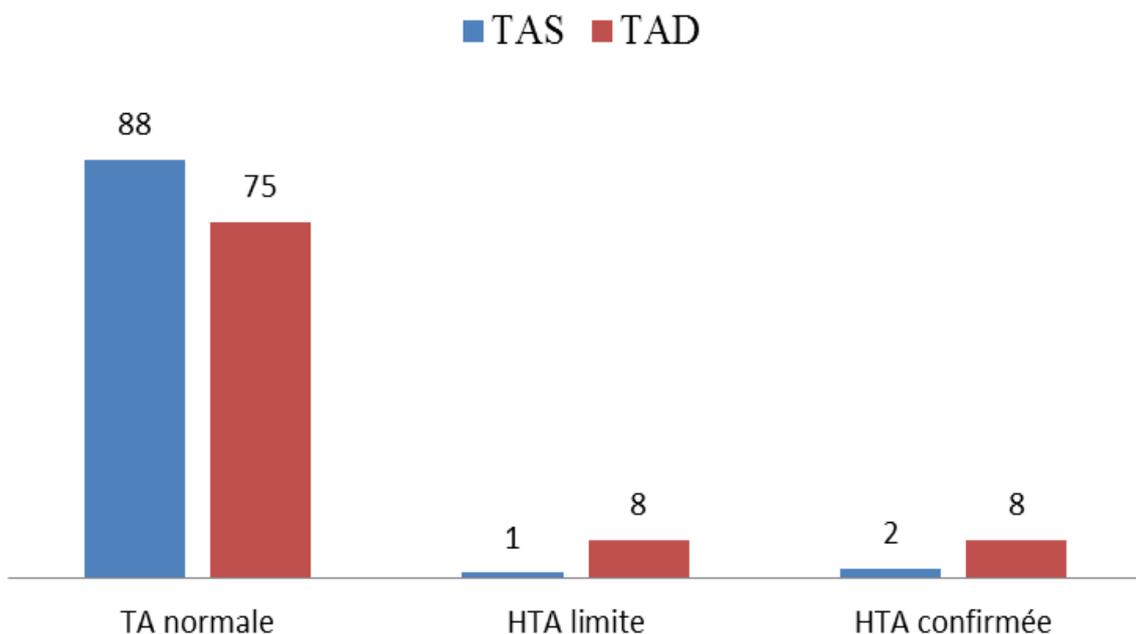
<b>Signes et pathologies</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Fièvre</b>	<b>16</b>	<b>19,28</b>
<b>Hématurie macroscopique</b>	<b>11</b>	<b>13,25</b>
<b>Infections urinaires</b>	<b>10</b>	<b>12,05</b>
<b>Diarrhée, douleurs abdominales</b>	<b>10</b>	<b>12,05</b>
<b>Affections ORL</b>	<b>10</b>	<b>12,05</b>
Dermatoses et autres éruptions cutanées	8	9,65
Broncho-pneumopathie	6	7,23
Lésions traumatiques	3	3,61
Conjonctivite	3	3,61
Hypertension artérielle	2	2,41
Anxiété	2	2,41
Hernie inguino-srotale	1	1,20
Gingivo-stomatite	1	1,20
<b>Total</b>		<b>100</b>

Dans notre série, nous avons retrouvé :

- Seize (16) cas de fièvre, dans onze (11) cas il s'agissait d'une fièvre associée à des courbatures avec asthénie pouvant faire évoquer le paludisme.
- Onze (11) cas d'hématurie macroscopique :
  - Dans quatre (4) cas il y avait une association avec des douleurs (à type de brûlures) per-mictionnelles sans leucocyturie pouvant faire évoquer des lithiases urinaires. Parmi ces quatre cas, trois (3) ont été retrouvés à Djibo et 1 à Manga.

- Dans quatre (4) cas l'hématurie macroscopique était associée à une leucocyturie et à une protéinurie faisant évoquer l'infection urinaire. Parmi ceux-ci, 2 cas ont été retrouvés à Léo, un cas à Dori et un cas à Ouagadougou.
  - Dans deux cas (2), elle était associée à un ictère avec bilirubinurie faisant évoquer une hépatite virale. Ces deux cas ont été rencontrés à Tenkodogo et Dédougou.
  - Dans un (1) cas (Ouagadougou), l'hématurie macroscopique était associée à une protéinurie mais sans leucocyturie et les chiffres tensionnels étaient normales. L'hypothèse de la bilharziose urinaire peut-être évoquée.
- Dix (10) cas de douleurs abdominales avec diarrhée, parmi lesquels sept (7) cas ont été retrouvés a Fada N'gourma où les troubles digestifs évoquaient une intoxication alimentaire.
  - Deux (2) cas suspects de rougeole

La figure 5 donne la répartition des mineurs selon les caractéristiques de la pression artérielle.



**Figure 5: Répartition des mineurs selon les caractéristiques de la pression artérielle**

### 3.3.2.2. Anomalies des tests qualitatifs urinaires

Deux (2) mineurs ont refusé le prélèvement d'urine. Parmi les cent sept (107) prélèvements d'urines effectués, nous n'avons noté aucun cas de glycosurie ni de cétonurie. La recherche de nitrite a été positive dans un (1) cas et la bilirubinurie a été positive dans deux (2) cas.

#### 3.3.2.2.1. Leucocyturie

Le tableau XVII donne la répartition des mineurs selon la leucocyturie.

▪ **Tableau XVII: Répartition des mineurs selon la leucocyturie.**

Leucocyturie	Effectif (n)	Fréquence (%)
Négative	80	74,8
Traces	9	8,4
Une croix	8	7,5
<b>Deux croix</b>	<b>9</b>	<b>8,4</b>
<b>Trois croix</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La recherche de leucocytes dans les urines a été positive dans dix (10) cas soit 9,3%.

#### 3.3.2.2.2. Protéinurie

Le tableau XVIII donne la répartition des mineurs selon la protéinurie.

▪ **Tableau XVIII: Répartition des mineurs selon la protéinurie**

Protéinurie	Effectif (n)	Fréquence (%)
Négative	59	55,1
Traces	25	23,4
Une croix	13	12,1
<b>Deux croix</b>	<b>6</b>	<b>5,6</b>
<b>Trois croix</b>	<b>4</b>	<b>3,7</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La recherche de protéines dans les urines était positive dans dix (10) cas soit 9,3%.

### 3.3.2.2.3. Hématurie

Le tableau XIX donne la répartition des mineurs selon l'hématurie microscopique.

▪ **Tableau XIX: Répartition des mineurs selon l'hématurie microscopique.**

Hématurie microscopique	Effectif (n)	Fréquence (%)
Négative	77	72
Traces	4	3,7
Une croix	3	2,8
<b>Deux croix</b>	<b>8</b>	<b>7,5</b>
<b>Trois croix</b>	<b>15</b>	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La recherche de sang dans les urines a été positive dans vingt-trois (23) cas soit 21,5%.

### 3.4. ÉTAT NUTRITIONNEL DES MINEURS DÉTENUS

#### 3.4.1. Poids

La moyenne pondérale était de 51,58 Kg  $\pm$  7,89 avec un minimum de 24,20 Kg et un maximum de 67,20 Kg.

#### 3.4.2. Taille

La taille moyenne était de 167,31 cm  $\pm$  8,34 avec une minimale de 127,7 cm et une valeur maximale de 184 cm.

#### 3.4.3. Indice de masse corporelle pour âge (IMC/Âge)

L'IMC/Âge moyen était de -1,11 ET  $\pm$  0,94 avec une valeur minimale de -3,98 ET et une maximale de 1,39 ET. La proportion de malnutrition aiguë globale (M.A.G) c'est-à-dire de malnutrition aiguë modérée et sévère est de 17,43 %. Le tableau XX donne la répartition des mineurs selon leur IMC/Âge.

▪ **Tableau XX : Etat nutritionnel des mineurs selon L'IMC/Âge**

IMC/Âge (z-score)	Effectif (n)	Fréquence (%)
IMC/Âge < -3 ET	3	2,75
-3 ET $\leq$ IMC/Âge < -2 ET	16	14,68
IMC/Âge $\geq$ -2 ET	90	82,57
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Seize(16) mineurs soit 14,68 % présentaient une malnutrition aiguë modérée. Trois(3) mineurs avaient une malnutrition aiguë sévère sans œdème.

### 3.4.4. Rapport taille pour âge ( $R_{T/A}$ )

Le rapport taille pour âge moyen est de  $-0,77 \text{ ET} \pm 1,02$ . Les extrêmes étaient de  $-3,95$  et  $1,20 \text{ ET}$ . Le tableau XXI donne la répartition des mineurs selon le Rapport taille pour âge.

▪ **Tableau XXI : Etat nutritionnel des mineurs selon le  $R_{T/A}$**

$R_{T/A}$ (z-score)	Effectif (n)	Fréquence (%)
$R_{T/A} < -3 \text{ ET}$	2	1,83
$-3 \text{ ET} \leq R_{T/A} < -2 \text{ ET}$	11	10,1
$R_{T/A} \geq -2 \text{ ET}$	96	88,07
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Onze (11) mineurs présentaient une malnutrition chronique modérée et deux (2) une malnutrition chronique sévère.

### 3.5. ÉTUDE ANALYTIQUE

#### 3.5.1. Relation entre l'état nutritionnel et les caractéristiques socio-démographiques et de détention des mineurs

Au total 19 mineurs présentaient une malnutrition aiguë. La répartition des mineurs en fonction de l'état nutritionnel et des caractéristiques sociodémographiques et de détention est faite dans le tableau XXII.

- **Tableau XXII: Répartition des mineurs selon l'état nutritionnel et les caractéristiques socio-démographiques et de détention.**

Caractéristiques	Etat nutritionnel		Test statistique
	Malnutris	Non malnutris	
<b>Âge des mineurs (en ans)</b>			
< 15	3	8	chi2 = 0,82 p = 0,395
≥ 15	16	82	
<b>Niveau socioéconomique de la famille</b>			
Faible	13	41	chi2 = 3,29 p = 0,203.
Moyen	4	34	
Élevé	2	15	
<b>Durée de détention du mineur</b>			
< 3mois	13	54	chi2 = 0,47 p = 0,404
≥ 3mois	6	36	
<b>Nombre de repas journaliers*</b>			
Un	11	45	chi2 = 2,73 p = 0,445
Deux	6	31	
Trois	1	13	

\*Les deux mineurs de la MAC de Bobo Dioulasso arrivés la veille de l'enquête ont été exclus (l'un d'entre eux présentait une malnutrition aiguë modérée).

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre l'état nutritionnel des mineurs et leur âge, le niveau socioéconomique de leurs familles, la durée de détention et le nombre de repas consommés par jour.

### 3.5.2. Relation état nutritionnel des mineurs et le lieu de détention

Environ 66,67 % des mineurs de la maison d'arrêt et de correction de Dori, 50% de ceux de Banfora, Orodara et Kongoussi, 42,86% de ceux de Léo, 33,33% de ceux de Djibo et Bobo dioulasso, 14,28% de ceux de Kaya et 13,33% de ceux de Ouagadougou avaient une malnutrition aiguë (modérée ou sévère).

Le tableau XXIII étudie la relation entre l'état nutritionnel des mineurs (IMC/Âge) et leur lieu de détention.

- **Tableau XXIII : Relation entre l'état nutritionnel des mineurs et le lieu de détention. (n=109)**

<b>Maison d'arrêt et de correction</b>	<b>Moyenne de l'IMC/Âge (z-score)</b>
<b>Banfora</b>	<b>-1,59</b>
<b>Bobo dioulasso</b>	<b>-1,62</b>
Boromo	-0,74
Dédougou	-0,23
Diapaga	-0,57
Diébougou	-0,33
Djibo	-1,56
<b>Dori</b>	<b>-2,42</b>
Fada N'gourma	-0,84
Gaoua	0,32
Kaya	-1,27
<b>Kongoussi</b>	<b>-1,89</b>
Koudougou	-1,05
<b>Léo</b>	<b>-1,74</b>
Manga	-1,15
Nouna	-1,17
<b>Orodara</b>	<b>-1,63</b>
Ouagadougou/ziniaré	-1,07
Ouahigouya/yako	-0,86
Tenkodogo	-0,92
<b>Moyenne générale</b>	<b>-1,11</b>

Test de Fischer  $V_{inter}= 1,24$ ,  $V_{intra}=0,82$ ,  $F= 1,52$ ,  $p = 0,097$

La moyenne de l'IMC/ Âge était de -2,42 à Dori, -1,89 à Kongoussi, -1,74 à Léo et -1,63 à Orodara. La relation entre l'état nutritionnel (IMC/Âge) et le lieu de détention n'était pas statistiquement significative.

## **DISCUSSION ET COMMENTAIRES**

## 4. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

### 4.1. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

- Le cadre de l'étude, de par son caractère fermé et l'absence ou l'accès difficile à des locaux adaptés pour l'examen clinique, a pu constituer un handicap pour nous.
- La plupart des mineurs n'avaient pas de pièces d'état civil attestant de leur date de naissance exacte. De ce fait, une fois que l'année de naissance était connue, nous avons ramené l'âge au minimum.
- Du fait de la modestie de nos moyens nous n'avons pas toujours pu aller au bout de la logique médicale. Ce qui pose un problème éthique.

## 4.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MINEURS

### 4.2.1. Âge

L'âge minimal était de 12 ans dans notre série avec une augmentation des effectifs à partir de 14 ans. La tranche d'âge des 17 à 18 ans était la plus représentée avec 27,52 % des mineurs. Nos résultats pourraient traduire une délinquance accrue, ou une justice plus sévère, avec l'augmentation de l'âge. En effet, en 2007 en France, 54,8%, 41,1% et 2,4% des mineurs condamnés étaient âgés respectivement de plus de seize ans, de treize à quinze ans et de moins de treize ans [39]. Il convient de noter toutefois que l'âge de la responsabilité pénale au Burkina Faso est de 13 ans (article 14 de la loi 19/61 du code pénal). De ce fait, la présence à la MAC de kongoussi d'un mineur de 12 ans ne se justifie pas. Cette situation pose entre autre la question de l'accès à la justice juvénile dans notre pays ; en effet, peut-on s'attendre à ce qu'un adolescent en infraction soit jugé de la même manière par une instance spécialisée que par des juges ayant l'habitude de juger des adultes ?

### 4.2.2. Sexe

La grande majorité des mineurs détenus était de sexe masculin (97,25%).

Nos résultats sont semblables à ceux de Bado au Burkina qui notait, en 2008 à la MACO, 2,08% de femmes parmi les détenus [5].

Même constat pour Brisset qui notait en France que les garçons représentaient environ 96% de mineurs en détention [8]. Cette prédominance masculine est également rapportée par Walmsley R, qui note que le sexe féminin contribue pour 2 à 9 % de la population carcérale mondiale [48].

A cet effet, Combessie affirmait que « *la variable sociologique la plus discriminante en matière de criminalité est assurément le sexe* » [14]. Cliveti M, membre de la commission des questions sociales, de la santé et de la famille de l'assemblée européenne disait ceci : « *le fossé entre les sexes est sans doute l'un des aspects les plus remarquables de la criminalité. En général, le crime est*

*l'apanage des hommes, si bien qu'en survolant l'histoire des femmes en prison, l'on retrouve les mêmes inégalités » [15].*

Dans nos sociétés les garçons sont plus exposés aux comportements délinquants car plus prompts à se retrouver dans la rue où l'influence des autres est déterminante. En effet, comme le disait Kvaraceus W, là où sévit la délinquance on retrouve des 'bandes de jeunes' qui se recrutent habituellement parmi les adolescents instables, sans attaches et sans emploi, qui se retrouvent le plus souvent dans la rue [26]. Or, les filles s'intègrent moins dans cette culture parce que, dans les catégories populaires concernées, elles reçoivent la charge d'aider leurs mères dans les tâches ménagères, et sont donc moins tournées vers l'extérieur.

L'influence de la rue n'est pas négligeable car il est rare que des adolescents deviennent des délinquants individuellement, chacun à sa façon. Le plus souvent, un certain nombre de jeunes garçons se livrent à des activités dont l'agrément ou l'intérêt résultent de la communauté des sentiments, des allégeances et des règles de conduite. Dans notre série, nous avons noté que l'incarcération faisait suite à la même affaire pour beaucoup de mineurs.

De plus le passage de l'état d'enfant à celui d'adulte est une source d'angoisse pour les adolescents. A la faveur de cette période, les garçons s'adonnent plus à la consommation d'excitants et/ou de stupéfiants dont le rôle dans l'éclosion de la délinquance est considérable. En effet, l'étude de Vitaro et al. (2001) révèle que 63% des jeunes avec un problème de comportement sont des consommateurs problématiques de psychotropes [47].

### **4.2.3.Zone de résidence**

Le milieu rural était la provenance des mineurs dans 56% des cas.

Nos résultats sont différents de ceux du bureau fédéral de la statistique Québécoise, cité par Szabo et Leblanc, qui notait que 76.89 % des délinquants mineurs provenaient du milieu urbain [41].

Cette différence pourrait s'expliquer par l'architecture générale des populations étudiées. En effet, au moment de l'étude Canadienne, 75 % de la population québécoise était d'origine urbaine alors que selon le recensement général de population humaine de 2006, 77,3% de la population burkinabè vit en milieu rural [21].

L'urbanisation génère un exode rural qui draine les jeunes ruraux vers les centres urbains perçus comme lieu d'acquisition d'un mieux-être social et économique. Mus généralement par le désir d'accès aux biens et services de consommation moderne, les jeunes une fois en ville se retrouvent confrontés à des difficultés inattendues (logement, nourriture, activité professionnelle). Passant alors la majeure partie de leur temps dans la rue, ils s'y font de nouvelles amitiés, acquièrent de nouveaux comportements et s'éloignent ainsi peu à peu des familles.

#### **4.2.4. Niveau socio-économique de la famille**

Le niveau socioéconomique de la famille était faible pour 49,5% des mineurs. Guérin en France note une représentation importante des classes de faible revenu confirmé par la profession des parents : 47 % des pères et 31 % des mères étaient des ouvriers. Ainsi les plus pauvres, quel que soit le niveau de développement du pays considéré, seraient les plus retrouvés en prison.

En effet, une étude réalisée au Canada auprès de 572 familles rapporte qu'un faible niveau socioéconomique est un facteur de risque de comportement agressif chez les enfants [43]. Dans notre cas, ce résultat reflète la situation économique nationale. En effet la proportion de pauvre est d'environ 46,4% de la population générale [21].

Nous pensons que si le bas niveau socioéconomique de la famille peut favoriser le comportement délictuel, car souvent associé à d'autres facteurs de risques [34], il ne saurait à lui seul le justifier. En effet, si un milieu socio-économique défavorisé est souvent perçu comme un facteur de risque de délinquance, les effets d'un bas revenu et des autres formes de désavantages peuvent être compensés par la

présence de parents attentifs et dévoués ainsi que par la cohésion du sociale. En effet, la cohésion sociale contribue à réduire les taux de criminalité même dans les quartiers les plus défavorisés [40].

#### **4.2.5. Niveau d'instruction des mineurs**

Le niveau primaire regroupait 39,45 % des mineurs tandis que 53,21 % n'avaient pas été scolarisés. Sur 51 mineurs scolarisés, 8 ont pu atteindre le secondaire soit un pourcentage d'abandon au primaire de 84,3 %.

Nos résultats sont similaires à ceux de Carle en France [9] et d'Agoli-Agbo au Bénin [2] qui notaient respectivement que 80 % et 77 % des mineurs détenus étaient sans diplôme.

Le lien entre le bas niveau scolaire et la détention peut tenir au fait que la sortie précoce du cursus scolaire expose, au vagabondage dans la rue où ils peuvent acquérir, sous l'influence des autres notamment, des comportements répréhensibles.

#### **4.2.6. Niveau d'instruction du chef de ménage**

Dans notre série, 74,6% des chefs de ménage n'avaient pas reçu d'instruction.

Notre résultat reflète la situation nationale ; en effet, selon l'institut national de la statistique et de la démographie, environ 22,5% des adultes sont alphabétisés [21].

A Montréal, une étude réalisée auprès de 1037 garçons de milieux socioéconomiques défavorisés (qui ont été suivis depuis l'âge de 5 ans jusqu'à 18 ans) rapporte que ceux combinant certains facteurs comportementaux et sociaux (parents peu scolarisés, jeunes, divorcés) avaient quatre à six fois plus de risque de se joindre à un groupe délinquant que les autres enfants ayant le même profil mais dont le contexte familial est plus favorable [20].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que plus le niveau d'instruction du chef de ménage est élevé, plus celui-ci, au courant des exigences de la vie moderne, envoie et maintient plus ses enfants à l'école. Par contre ceux à bas niveau d'instruction auront tendance à se contenter, pour leurs enfants, d'une instruction rudimentaire. Il pourrait donc en résulter une meilleure scolarité chez les premiers avec réduction du risque de délinquance. De plus, le bas niveau scolaire parental peut constituer un handicap pour la scolarité des enfants du fait, en partie, de l'incapacité de ces derniers à les encadrer en dehors de l'école [19, 24, 28]. Enfin le niveau scolaire parental peut être lui-même corrélé au niveau socioéconomique des familles qui constitue aussi un facteur associé à l'incarcération du mineur.

#### **4.2.7. Profession du chef de ménage**

L'agriculture et le secteur informel occupaient respectivement 34,21 et 24,56 % des chefs des ménages des mineurs incarcérés.

Nos résultats sont proches de ceux de Carvajal R.L qui notait que 60% des parents des mineurs détenus en Colombie avaient une formation de niveau très bas sinon même aucune formation (chauffeur, ouvrier, concierges, vendeurs de porte à porte) [10]. Nos résultats confirment la surreprésentation des individus issus des milieux défavorisés au sein des prisons [11].

### **4.3. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA DÉTENTION**

#### **4.3.1. Répartition des mineurs par maison d'arrêt**

Les maisons d'arrêt et de correction de Ouagadougou, Ouahigouya et Manga abritaient respectivement 28,40 %, 7,30% et 7,30% des mineurs incarcérés. En terme d'importance, les tribunaux de grande instance de Ouagadougou et Bobo dioulasso sont les plus grands. Comme le montre les statistiques des prisons le nombre de détenus est extrêmement variable au sein de la même maison d'arrêt d'un moment à un autre si bien qu'il serait hasardeux d'y trouver une explication.

Seize (16) des vingt-deux(22) maisons d'arrêt que compte le pays ont un quartier de mineurs. Les maisons d'arrêt et de correction de Bogandé, Diapaga, Diébougou, Kongoussi, Manga et Tougan ne disposent pas de quartier de mineurs. D'une façon générale il n'était pas rare de voir dans certaines maisons d'arrêt, disposant de quartier de mineurs, des mineurs en compagnie de détenus adultes dans la cour.

Mêmes constats pour l'organisation non gouvernementale "Terre des hommes-lausanne" qui rapportait, en Guinée (Conakry) en 2011, que 50 détenus adultes étaient incarcérés avec des mineurs dans le quartier des mineurs [42].

Cela pose entre autres le problème des agressions de toutes sortes et de l'aguerrissement des mineurs au contact de leurs aînés. En effet Bishop, aux Etats-Unis en 1999, étudiant le cursus de 2738 adolescents détenus en prison avec des détenus adultes et celui de 2738 autres en centre pour mineurs, rapporte que 30 % des adolescents placé en prison avec des adultes étaient récidivistes à leur sortis contre 19 % de ceux détenus en prison pour mineurs [7].

#### **4.3.2. Motifs d'incarcération des mineurs**

Le vol, les coups et blessures volontaires et le viol étaient les accusations portées contre les mineurs dans respectivement 66,6%, 12,84% et 10,09% des cas.

Nos résultats diffèrent de ceux de l'administration pénitentiaire française de 2011 selon lesquels les coups et blessures volontaires, les vols et les viols représentent

respectivement 42,49%, 31,62%, 7,92% des motifs d'incarcération des mineurs condamnés. [17].

Cette différence bien que pouvant être influencée par la différence méthodologique (notre échantillon est fait de prévenus et condamnés) suggère une gravité moindre des infractions dans notre contexte par rapport à celui de la France. En effet, La prédominance du vol dans notre étude pourrait s'expliquer en partie par la précarité socio-économique des mineurs.

#### **4.3.3. Durée de détention des mineurs et régime de détention**

Le temps moyen passé en détention par les mineurs au moment de notre passage était de  $4,13 \pm 5,06$  mois. Dans notre série, 72,48% des mineurs étaient en attente de jugement. Leur durée moyenne au sein du milieu carcéral (prévenus et inculpés) était de  $3,04 \pm 3,84$  mois avec des extrêmes de 0 et 16 mois.

Nos résultats sont semblables à ceux de la mission des Nations Unies en République Démocratique du Congo qui note que 70-80% de la population carcérale est en détention provisoire [33].

Mêmes constats pour Zinsou au Bénin qui notait dans les prisons de Kandi et Parakou 68,01% et 75,80% de prévenus [51]. Ces résultats, qui soulignent la nécessité d'assistance judiciaire pour les mineurs, traduisent "la lenteur" de nos systèmes judiciaires. Les raisons peuvent être humaines, organisationnelles et enfin matérielles.

Nos résultats sont différents de ceux de l'administration pénitentiaire française qui retrouve 55% de prévenus parmi les mineurs incarcérés [17]. Cette différence traduit le meilleur fonctionnement des instances de justice juvénile française probablement favorisé par le meilleur environnement économique.

#### **4.3.4. Nombre de visites familiales mensuelles**

Les mineurs de notre série avaient reçu moins d'une visite familiale mensuelle dans 59% des cas. Quinze(15) des Quarante-six (46) mineurs qui ont moins d'une visite mensuelle affirmaient que leur famille n'était pas informée de leur détention.

Au Cameroun, Ngosso assistante sociale à la prison de New-Bell disait qu'une dizaine de mineurs sur 34 incarcérés (soit 29,41%) recevaient la visite de leurs parents [25]. Cette situation pourrait s'expliquer par l'éloignement du lieu de l'incarcération et le bas niveau économique des familles. Cet état des choses est déplorable dans la mesure où les liens familiaux instables ou insuffisamment forts peuvent aggraver la délinquance [26].

#### **4.3.5. Alimentation des mineurs**

Les rations alimentaires des mineurs sont constituées essentiellement de céréales (sorgho rouge), de légumineuses (haricot) avec occasionnellement des légumes (feuilles de baobab, gombo). Le repas servi est le même pour l'ensemble des détenus, il n'y a donc pas de prise en compte des besoins spécifiques de chaque groupe d'âge. De plus, l'absence de protéines animales dans les rations servies n'est pas pour favoriser un état nutritionnel adéquat.

En France, depuis décembre 2011, les prestataires sont dans l'obligation de proposer un choix pour le plat principal : un menu respectant les besoins nutritionnels, et un plat défini à partir d'enquêtes de satisfaction auprès de la population pénale.

Les repas sont servis avec une séparation obligatoire des éléments (ex : viande et légumes), Un goûter est fourni aux jeunes de moins de 21 ans avec le repas du midi, pour une consommation dans l'après-midi [16].

#### **4.3.6. Hygiène corporelle, vestimentaire et du milieu**

Les cellules étaient mal aérées pour 42,4% des mineurs et 30,3% d'entre eux dormaient dans des cellules obscures.

La fréquence de nettoyage des cellules était d'une fois par semaine pour 19,2% des mineurs et 8,1% d'entre eux ont affirmé que leurs cellules n'ont jamais été nettoyées.

Environ 7,34% des mineurs n'avaient pas de latrines à leur disposition.

L'accès à l'eau potable était garanti pour la quasi-totalité des mineurs et 93,45% d'entre-deux ont dit avoir la possibilité de prendre au moins une douche par jour. Il est à noter que la M.A.C de Léo n'était pas desservie en eau depuis une dizaine de jour au moment de notre passage, si bien que la dernière douche de l'ensemble des mineurs remontait à 10 jours. Environ 49,6% des mineurs ne possédaient pas de savon pour leur toilette et 45,5 % n'avaient pas d'habits de rechanges.

Des conditions similaires, sinon pires, sont retrouvés dans certains pays développés si bien qu'il y a lieu de se demander si la seule cause à ce constat est le niveau de pauvreté des Etats. En Russie par exemple Alexandrovitch rapporte qu'au mieux les mineurs prenaient une douche par semaine [3]. C'est donc un environnement favorable à l'éclosion de certaines maladies.

#### **4.3.7.Prise en charge sanitaire**

La morbidité est importante, en effet, 83,5% des mineurs ont fait un épisode de maladie depuis leur incarcération. 44% des mineurs disent avoir fait un épisode de maladie sans avoir pu avoir accès à des soins. Aucun des mineurs ayant consulté n'a été reçu en contrôle. Deux(2) des 22 maisons d'arrêt ne disposaient pas d'infirmier. Ces résultats posent le problème de l'accès au soin ; en dehors de la maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou où la permanence des soins est assurée (système de garde et permanence) la journée de soins se termine à 17 heures dans toutes les autres maisons d'arrêt.

A cela s'ajoute le manque de médicaments notifié par l'ensemble des infirmiers qui ont participé à l'étude (anti paludiques, antibiotiques, absence de présentations adaptées aux enfants). Selon l'un des infirmiers de la MACO, l'approvisionnement en médicament, non régulier, se fait selon un estimatif de besoins dressé il y a quelques années et n'est donc plus adapté. Pour les cas sévères, il y a normalement une convention avec les hôpitaux publics mais en pratique les difficultés ne manquent pas (non-respect du principe de la gratuité des soins, évasion de certains détenus hospitalisés...). Il convient de noter l'appui de l'aumônerie catholique à travers des prestations d'un médecin à la Maco et l'apport de médicaments aux détenus.

## **4.4. DONNÉES RELATIVES A LA SANTÉ DES MINEURS**

### **4.4.1. Antécédents médicaux et chirurgicaux**

Nous avons noté un antécédent médical chez 10% des mineurs. On voit là l'utilité, sinon la nécessité, de réaliser une visite médicale d'entrée en détention. En effet il peut arriver que certains porteurs de pathologies potentiellement contagieuses soient placés avec les autres. En France, cette visite médicale est systématique même si le délai de sa réalisation est variable d'une maison d'arrêt à l'autre [46].

### **4.4.2. Signes et pathologies**

Plus de la moitié (56,14%) des enquêtés présentait un signe de maladie.

Nos résultats sont superposables à ceux Bah et all qui rapportait en Guinée (Conakry) en 2006 que 51,1 % des détenus jugeaient mauvais leur état de santé [6].

Tous les mineurs de la MAC de Fada présentaient des douleurs abdominales avec diarrhée ; ces troubles digestifs ont fait suite à la consommation de viande conservée à l'air libre à la portée des mouches et autres insectes. Ce constat interpelle sur les conditions d'hygiène alimentaire des mineurs qui sont déplorables ; en effet beaucoup de mineurs ont rapporté la présence d'asticots et de cailloux dans les repas qui leurs sont servis.

Nous avons noté deux (2) cas de rougeole pour lesquels l'isolement à l'infirmerie et un traitement symptomatique ont été proposés.

L'hématurie (macroscopique et microscopique), a été retrouvée chez 21,5% (dont 10,3% d'hématurie macroscopique) des mineurs.

Adom et all trouvaient dans la région du Bam-Kongoussi, région d'endémie bilharzienne, une prévalence d'hématurie à 19,34% [1]. Nos résultats suggèrent la présence de facteurs non négligeables dans notre milieu d'étude favorisant la survenue de l'hématurie.

Sachant que l'une des principales causes d'hématurie chez l'enfant et l'adolescent est l'infection urinaire, et connaissant le rôle de l'hygiène dans la survenue de ces infections, nous pensons que les conditions d'hygiène environnementale et corporelle de nos enquêtés peuvent justifier ces résultats.

## **4.5. ETAT NUTRITIONNEL DES MINEURS DÉTENUS**

### **4.5.1. Malnutrition aiguë**

Une malnutrition aiguë a été retrouvée chez 14,68% des mineurs dans sa forme modérée et 2,75% des mineurs dans sa forme sévère ; soit un taux globale de malnutrition aiguë à 17,43%.

Nos résultats sont différents de ceux de l'ONG "Terre des hommes-lausanne" (à Conakry) qui rapportait, chez les mineurs, des proportions de malnutrition aiguë de 28% pour la forme modérée et de 8,2% pour la forme sévère [42].

Nos résultats sont également différents de ceux de la MONUC qui note des pourcentages de malnutrition de 23,75% pour la forme modérée et 12,5 % pour celle sévère à la MAC de Mbuji mayi et de 21,47 % de malnutrition aiguë sévère à Kananga [33].

Le contexte sociopolitique plus apaisé et le soutien de l'Unicef aux mineurs de six MAC au Burkina Faso peuvent contribuer à expliquer ces différences. En effet dans ces 2 pays, le contexte sociopolitique est plus difficile ; au Congo par exemple l'on assistait à conflit armée avec cessation des apports alimentaires aux prisons [33]. En Guinée, en plus du contexte politique, nous pensons que l'augmentation du nombre de détenus majeurs incarcérés avec les mineurs dans leur quartier a pu contribuer à l'aggravation de la situation nutritionnelle des mineurs. En effet, il y'avait dans cette maison d'arrêt 50 détenus adultes gardés avec les mineurs en juin 2011 [42].

### **4.5.2. Retard de croissance**

Nous avons noté dans notre série 11,84 % de retard de croissance.

Nos résultats sont différents de ceux de l'organisation non gouvernementale "Population Council" citée par l'OMS qui notait un taux de retard de croissance (chez les adolescents de onze pays en développement) allant de 27 à 65% [36]. Le rapport taille-pour-âge étant un indicateur de malnutrition chronique, nos résultats suggèrent que la situation nutritionnelle des mineurs avant leur incarcération n'était pas forcément pire que celle des autres adolescents.

## **4.6. ÉTUDE ANALYTIQUE**

### **4.6.1. Etat nutritionnel et caractéristiques socio-démographiques et de détention des mineurs**

#### **4.6.1.1. *Relation entre état nutritionnel et âge des mineurs***

Environ 84% des malnutris avaient plus de quinze ans. L'état nutritionnel et l'âge des mineurs n'étaient pas liés statistiquement. Nos résultats traduisent la structure de la population étudiée ; en effet, 98 mineurs sur 109 soit 89,9 % avaient un âge supérieur ou égal à quinze (15) ans.

#### **4.6.1.2. *Relation entre état nutritionnel du mineur et niveau socioéconomique de la famille***

Environ 68 % des mineurs malnutris appartiennent à des familles à niveau socio-économique faible. La dépendance entre l'état nutritionnel et le niveau socioéconomique de la famille n'est pas statistiquement significative. Sans soutien, la situation du mineur ne saurait s'améliorer seulement par le seul fait du haut niveau socioéconomique de la famille. C'est dans ce sens que la relation du mineur (en conflit avec la loi) avec sa famille est importante.

#### **4.6.1.3. *Relation entre état nutritionnel et durée de détention du mineur***

Environ 68 % des mineurs malnutris avaient moins de trois mois de détention. En analyse combinatoire, l'état nutritionnel des mineurs n'était pas lié à leur durée de détention. Cependant, nous pensons que la durée de détention prolongée, par l'augmentation des effectifs qu'elle induit, pourrait contribuer à augmenter le nombre de détenus à la charge de l'administration pénitentiaire. Ce qui détériore progressivement les conditions de vie dans les prisons.

Ainsi, la réduction de la durée de détention des détenus, notamment par la lutte contre la détention préventive prolongée permettrait, entre autre, d'améliorer la situation nutritionnelle de la population carcérale à plus ou moins long terme.

#### **4.6.1.4. Relation entre état nutritionnel du mineur et nombre de repas journaliers**

Environ 58% des mineurs présentant une malnutrition avaient un repas par jour.

En Analyse combinatoire, il n'existait pas de relation entre le nombre de repas journaliers des mineurs et leur état nutritionnel. Toutefois, l'alimentation est non seulement insuffisante en quantité mais il y a également un défaut de qualité.

En effet, Cinquante-trois (53) des cent sept mineurs soit 49,5% étaient satisfaits de la quantité des rations alimentaires et quatre-vingt-neuf (89) des cent sept mineurs soit 83,18 % jugeaient de mauvaise qualité les repas servis.

En témoigne la présence des déchets (cailloux, asticots) et l'absence de certains types d'aliments (protéines animales, fruits) évoquées par les enquêtés.

#### **4.6.2.État nutritionnel et lieu de détention**

Dans onze (11) des vingt (20) maisons d'arrêt visitées, la moyenne de l'indice de masse corporelle rapporté à l'âge était inférieure à la moyenne globale. Bien qu'aucune dépendance statistiquement significative n'ait été retrouvée entre le lieu de détention et l'état nutritionnel, nos résultats pourraient traduire les variations de traitement des détenus selon les prisons. En effet, à Banfora par exemple, au moment de notre passage, les mineurs avaient une ration unique de bouillie de maïs par jour et cela depuis quelques semaines. De notre point de vue, l'insuffisance des moyens consacrés à l'alimentation des détenus et la variabilité des effectifs peuvent conduire à des situations de "ruptures intempestives de stock" expliquant du même coup notre constat.

## CONCLUSION

## CONCLUSION

Les conditions de détention des mineurs dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso sont préoccupantes à plus d'un titre.

Les mineurs sont souvent incarcérés pour de simples délits et la grande majorité d'entre-eux sont en attente de jugement.

L'état de santé des mineurs est préoccupant avec une morbidité générale très élevée.

L'état nutritionnel des mineurs détenus n'est pas satisfaisant.

Au vu de ces résultats, il apparaît nécessaire que des études soit menées dans le but de déterminer l'impact du milieu carcéral sur l'état de santé de ces mineurs et surtout de préciser leur devenir une fois la détention terminée. Un regard particulier doit être porté sur la justice des mineurs et sur les conditions de vies des mineurs détenus s'il est vrai que l'une des attributions de la prison est d'éduquer et de réinsérer.

## **SUGGESTIONS**

## SUGGESTIONS

### ▮ **Au gouvernement**

- Rendre l'école obligatoire et gratuite jusqu' à l'âge de 16 ans.

### ▮ **Au Ministre de la justice**

- Apporter une assistance juridique aux mineurs détenus.
- Veillez à la séparation des mineurs d'avec les adultes à travers la construction de quartiers de mineurs dans les maisons d'arrêt qui n'en disposent pas.

### ▮ **À la direction générale de la politique criminelle et du sceau**

- Valoriser en milieu carcéral les pratiques éducatives : en intégrant des modules d'enseignement primaire et secondaire dans la maison d'arrêt.
- Veillez à l'effectivité d'une visite médicale d'entrée des détenus et à la continuité des soins dans les maisons d'arrêt.
- Travailler à l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et des soins de santé en tenant compte des besoins spécifiques des mineurs.
- Développer des alternatives à la privation de liberté (semi-liberté, placement, travail d'intérêt général, sursis).

### ▮ **Au Ministre de la santé**

- Avoir un regard sur les activités sanitaires menées dans les maisons d'arrêt (supervision).

## ■ A la communauté

- Maintenir les liens avec les mineurs détenus pour une meilleure réinsertion sociale.
- S'investir dans l'éducation des enfants.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Adom H., Guerin B., Commenges D., Le Bras M.** L'hématurie comme indicateur des bilharzioses urinaires en campagne de masse, à propos d'une enquête au Burkina-Faso. Médecine d'Afrique noire, 1992, 39 (8/9), 550-556.
2. **Agoli-Agbo M.** Pour une approche socioéconomique de la délinquance à Cotonou. Union pour l'étude de la population Africaine, rapport de synthèse numéro 24, mai 1996, 78 p.
3. **Alexandrovitch M.** Les conditions de détention des mineurs en Russie, 1996.  
[http://base.d-p-b.info/fr/corpus\\_auteur/fiche-auteur-816.html](http://base.d-p-b.info/fr/corpus_auteur/fiche-auteur-816.html)
4. **Association Pénitentiaire Africaine** : L'intervenant pénitentiaire dans la prison. 2003 : 119p.  
[apa@fasonet.bf](mailto:apa@fasonet.bf)
5. **BADO Charles.** Santé reproductive féminine en milieu carcéral : le cas de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou. Mémoire de DES de gynécologie obstétrique n°1323, Université de Ouagadougou, 2008, 50 p.
6. **Bah H., Diaby A. K., Soumah M., Balde N., Telmon N.** Profil épidémiologique de la pathologie carcérale à la Maison centrale de Conakry (GUINEE). Journal de médecine légale droit médical, 2006, vol.49, n°7-8, pp.309-314.
7. **Bishop Donna.** "Juvenile Offenders in the Adult Criminal System" Crime and Justice, 2000, 27, p 81.
8. **Brisset C.** Rapport du défenseur des enfants, France, 2004, p 175, 219p.  
[http://www.senat.fr/rap/r01-340-1/r01-340-1\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r01-340-1/r01-340-1_mono.html)
9. **Carle J. C., Schosteck J. P.** Délinquance des mineurs : la République en quête de respect. Rapport de commission d'enquête du sénat n°340, France, 2001-2002.  
<Http://www.senat.fr/rap/r01-340/r01-340-161.html>

10. **Carvajal R. L.** Délinquance des mineurs en Colombie (code et justice des mineurs).  
Université paris II, rapport de recherche, 1996-1998, 50 p  
<http://www.dhdi.free.fr/recherches/etudesdiverses/articles/liliam1.html>
11. **Chantraine G.** Prison, désaffiliation, stigmates l'engrenage carcéral de l'«inutile au monde»  
contemporain, Déviance et Société n°4, 2003, 504 p.
12. **Code pénal burkinabè.** Article 74 et loi 19-61 AN du 9 mai 1961 relative à l'enfance délinquante  
ou en danger.
13. **Cogill Bruce.** Guide de mesure des indicateurs anthropométriques. Projet d'Assistance  
Technique pour l'Alimentation et la Nutrition, Académie pour le Développement de l'Education,  
Washington D.C., 2003, 104p. [http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/anthro\\_2003.pdf](http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/anthro_2003.pdf)
14. **Combessie Philippe.** Sociologie de la prison, Editions La découverte, Paris, .2001, 122 p
15. **Conseil de l'Europe.** Les femmes en prison, rapport de la commission des questions sociales,  
de la santé et de la famille, 3 juin 2008, 14 p.  
<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/FDOC11619.htm>
16. **Conseil national de l'alimentation.** L'alimentation en milieu carcéral, France, décembre  
2011, 60 p. [http://www.cna-alimentation.fr/index.php?option=com\\_docman&task=docdownload&qid=626&Itemid=28](http://www.cna-alimentation.fr/index.php?option=com_docman&task=docdownload&qid=626&Itemid=28)
17. **Direction de l'administration pénitentiaire.** Annuaire statistique de la Justice, France,  
Édition 2011-2012, pp.257-261.  
<http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/annuaire-statistiques-de-la-justice-10304/annuaire-statistique-de-la-justice-23263.html>
18. Encyclopedie libre wikipedia. Conditions de détention dans les établissements penitentiaries.  
[http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Conditions de détention dans les établissements\\_pénitentiaires&oldid=77246751](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Conditions_de_détention_dans_les_établissements_pénitentiaires&oldid=77246751)

19. **Glasman B., Besson L.** Le travail des élèves pour l'école en dehors de l'école, rapport n° 15 établi à la demande du haut conseil de l'évaluation de l'école, France, décembre 2004, 152 p.  
[http://www.hce.education.fr/gallery\\_files/site/21/100.pdf](http://www.hce.education.fr/gallery_files/site/21/100.pdf)
20. **Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale de l'enfant.** Étude longitudinale et expérimentale de Montréal : guide d'intervention et effets à long terme. Université de Montréal, 2007, 344 p  
<http://www.qripinfo.ca/qrip/public/www/doc/Guide%20d'intervention.pdf>
21. **INSD.** Etat et structure de la population, Burkina Faso, RGPH 2006-2009, 181 p.  
[http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats\\_enquetes/autres%20Oeng/Resultats\\_definitifs\\_RGPH\\_2006.pdf](http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats_enquetes/autres%20Oeng/Resultats_definitifs_RGPH_2006.pdf)
22. **INSD.** Situation socioéconomique des personnes âgées. octobre 2009, pp 97-103.
23. **Jellife D. B.** Appréciation de l'état nutritionnel des populations. Série de Monographies n° 53, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1996, 286 p.
24. **Kakpo S.** Familles populaires-l'accompagnement familial du travail scolaire à l'épreuve de l'entrée en sixième. Les cahiers pédagogiques n° 475, 2009, 5 p.
25. **Kiraworld.com.** Des mineurs abandonnés dans la prison de New-Bell  
<http://www.kiraworld.com/societe/justice/2588-des-mineurs-abandonnes-a-la-prison-de-new-bell-.html>
26. **Kvaraceus William C.** La délinquance juvénile problème du monde moderne, Unesco 1964, 91p. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001334/133432fo.pdf>
27. **Ladegaillerie valerie.** Lexique de termes juridiques. juillet 2005. 169p. [www.anaxagora.net](http://www.anaxagora.net)
28. **Lahire B.** Tableaux de familles : heurs et malheurs scolaires en milieux populaires. Revue française de pédagogie Vol 118, 1997, 165-167.
29. **LECLERC Jacques.** L'aménagement linguistique dans le monde, Québec, Université Laval, Canada, 15 avril 2012. <http://www.tlfg.ulaval.ca/axl/europe/danemark.htm>

30. **Mclyod, Vonnie C.:** Socioeconomic disadvantage and child development. American Psychologist, Vol 53(2), Feb 1998, 185-204.
31. **Ministère de la justice.** Projet de Politique Pénitentiaire au Burkina Faso et plan d'actions. Ouagadougou, 2007, 80p.
32. **Ministère de la justice et de la promotion des droits humains.** Décret n°2011-477/PRES/PM/MJPDH du 26 juillet 2011 portant organisation du Ministère de la Justice et de la Promotion des droits humains, Burkina Faso, 16 p.
33. **Mission des nations unies en république démocratique du Congo.** Rapport spécial sur la malnutrition dans les prisons, décembre 2004, 7 p.  
[http://monusco.unmissions.org/Portals/MONUC-French/Activites/HumanRights/Rapport\\_monuc\\_malnutrition\\_prisons-2004.pdf](http://monusco.unmissions.org/Portals/MONUC-French/Activites/HumanRights/Rapport_monuc_malnutrition_prisons-2004.pdf)
34. **Myatt M., Khara T., and Collins S.** A review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community-based therapeutic care programs. Food Nutr Bull. 2006; 27:S7–23.
35. **Nations Unies.** Perspectives de la population mondiale : la révision de 2008. Département des affaires économiques et sociales, division de la population.  
[www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm](http://www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm)
36. **OMS.** Et si l'on parlait des garçons ? Compte-rendu de publications sur la santé et le développement des garçons adolescents. 2000, 58p.  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_00\\_7/fr/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_7/fr/index.html)
37. **Organisation mondiale de la santé.** Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë chez l'enfant. Déclaration commune de l'organisation mondiale de la santé et du fond des nations unies pour l'enfance.2009. 11p.  
<http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163/fr/index.html>
38. **Penal Reform International:** Atelier sur la santé dans les prisons en Afrique. Kampala, décembre 1999. [www.penalreform.org/files/rep-1999-health-african-prisons-fr](http://www.penalreform.org/files/rep-1999-health-african-prisons-fr)

39. **Razafindranovono Tiaray.** La réitération d'infraction après condamnation des mineurs. France, ministère de la justice. Octobre 2007, 56p. [www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)
40. **Sampson J., Morrenof J., Earls F:** Beyond social capital spatial dynamics of collective efficacy for children. American sociological Review, 1999, vol.64, 633-660.
41. **Szabo D., Leblanc M.** Vie urbaine et criminalité, Recherches sociographiques, vol. 9, no 1-2, janvier-août 1968, pp. 67-81.
42. **Terre des hommes.** Etat des lieux de la situation des mineurs détenus à la maison centrale de Conakry. 30 juin au 7 juillet 2011, 3p.  
[http://s3.amazonaws.com/webdix/media\\_files/1074\\_uxmaisoncentraleCONjuill11\\_original.pdf](http://s3.amazonaws.com/webdix/media_files/1074_uxmaisoncentraleCONjuill11_original.pdf)
43. **Tremblay R.** Decade of behavior distinguished lecture: development of physical aggression during infancy. Infant Mental Health Journal vol 25, 2004, 399 - 407.
44. **Unicef.** Chiffres fondamentaux 2007-2008.  
<http://lewebpedagogique.com/unicef.education/chiffres-fondamentaux-2007-2008/feed/>
45. **Unicef.** L'adolescence : l'âge de tous les possibles. Février 2011. 137p  
[www.unicef.org/sowc2011](http://www.unicef.org/sowc2011)
46. **Vella M, Meroueh F.** La visite des entrants provenant de l'état de liberté. Résultats d'une enquête sur les pratiques en Maison d'Arrêt. Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison, Aout 2004.  
<http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124156700>
47. **Vitaro F., Rorive M., Zoccolillo M., Romano, E., & R. Tremblay.** Consommation de substances psychoactives, troubles du comportement et Sentiments dépressifs à l'adolescence, Santé Mentale au Québec, 2001, 26 (2), 106-131.

48. **Walmsley R.** World female imprisonment list. London, International Centre for Prison Studies, 2006, 6p.  
[http://www.unodc.org/pdf/india/womens\\_corner/women\\_prison\\_list\\_2006.pdf](http://www.unodc.org/pdf/india/womens_corner/women_prison_list_2006.pdf)
49. **WHO Multicentre Growth Reference Study Group.** WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva, WHO 2006, 312 p.
50. **WHO.** Growth reference data for 5-19 years. 2007. <http://www.who.int/growthref/en/>
51. **Zinsou Edgar.** Rapport sur la situation générale des prisons et des détenus au Bénin, Juin 2010. <http://illassa-benoit.over-blog.com/article-rapport-sur-la-situation-generale-des-prisons-et-des-detenus-au-benin-54195416.html>

## **ANNEXES**

Annexe 1 : Nouvelles normes OMS de L'IMC/Âge chez les 5 à 19 ans

IMC/Âge en z-score 5 à 19 ans (Garçons)								
Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Médian	1 SD	2 SD	3 SD
05:01	61	12.1	13.0	14.1	15.3	16.6	18.3	20.2
05:02	62	12.1	13.0	14.1	15.3	16.6	18.3	20.2
05:03	63	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.3	20.2
05:04	64	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.3	20.3
05:05	65	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.3	20.3
05:06	66	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.4	20.4
05:07	67	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.4	20.4
05:08	68	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.4	20.5
05:09	69	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.4	20.5
05:10	70	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.5	20.6
05:11	71	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.5	20.6
06:00	72	12.1	13.0	14.1	15.3	16.8	18.5	20.7
06:01	73	12.1	13.0	14.1	15.3	16.8	18.6	20.8
06:02	74	12.2	13.1	14.1	15.3	16.8	18.6	20.8
06:03	75	12.2	13.1	14.1	15.3	16.8	18.6	20.9
06:04	76	12.2	13.1	14.1	15.4	16.8	18.7	21.0
06:05	77	12.2	13.1	14.1	15.4	16.9	18.7	21.0
06:06	78	12.2	13.1	14.1	15.4	16.9	18.7	21.1
06:07	79	12.2	13.1	14.1	15.4	16.9	18.8	21.2
06:08	80	12.2	13.1	14.2	15.4	16.9	18.8	21.3
06:09	81	12.2	13.1	14.2	15.4	17.0	18.9	21.3
06:10	82	12.2	13.1	14.2	15.4	17.0	18.9	21.4
06:11	83	12.2	13.1	14.2	15.5	17.0	19.0	21.5
07:00	84	12.3	13.1	14.2	15.5	17.0	19.0	21.6
07:01	85	12.3	13.2	14.2	15.5	17.1	19.1	21.7
07:02	86	12.3	13.2	14.2	15.5	17.1	19.1	21.8
07:03	87	12.3	13.2	14.3	15.5	17.1	19.2	21.9
07:04	88	12.3	13.2	14.3	15.6	17.2	19.2	22.0
07:05	89	12.3	13.2	14.3	15.6	17.2	19.3	22.0
07:06	90	12.3	13.2	14.3	15.6	17.2	19.3	22.1

Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
07:07	91	12.3	13.2	14.3	15.6	17.3	19.4	22.2
07:08	92	12.3	13.2	14.3	15.6	17.3	19.4	22.4
07:09	93	12.4	13.3	14.3	15.7	17.3	19.5	22.5
07:10	94	12.4	13.3	14.4	15.7	17.4	19.6	22.6
07:11	95	12.4	13.3	14.4	15.7	17.4	19.6	22.7
08:00	96	12.4	13.3	14.4	15.7	17.4	19.7	22.8
08:01	97	12.4	13.3	14.4	15.8	17.5	19.7	22.9
08:02	98	12.4	13.3	14.4	15.8	17.5	19.8	23.0
08:03	99	12.4	13.3	14.4	15.8	17.5	19.9	23.1
08:04	100	12.4	13.4	14.5	15.8	17.6	19.9	23.3
08:05	101	12.5	13.4	14.5	15.9	17.6	20.0	23.4
08:06	102	12.5	13.4	14.5	15.9	17.7	20.1	23.5
08:07	103	12.5	13.4	14.5	15.9	17.7	20.1	23.6
08:08	104	12.5	13.4	14.5	15.9	17.7	20.2	23.8
08:09	105	12.5	13.4	14.6	16.0	17.8	20.3	23.9
08:10	106	12.5	13.5	14.6	16.0	17.8	20.3	24.0
08:11	107	12.5	13.5	14.6	16.0	17.9	20.4	24.2
09:00	108	12.6	13.5	14.6	16.0	17.9	20.5	24.3
09:01	109	12.6	13.5	14.6	16.1	18.0	20.5	24.4
09:02	110	12.6	13.5	14.7	16.1	18.0	20.6	24.6
09:03	111	12.6	13.5	14.7	16.1	18.0	20.7	24.7
09:04	112	12.6	13.6	14.7	16.2	18.1	20.8	24.9
09:05	113	12.6	13.6	14.7	16.2	18.1	20.8	25.0
09:06	114	12.7	13.6	14.8	16.2	18.2	20.9	25.1
09:07	115	12.7	13.6	14.8	16.3	18.2	21.0	25.3
09:08	116	12.7	13.6	14.8	16.3	18.3	21.1	25.5
09:09	117	12.7	13.7	14.8	16.3	18.3	21.2	25.6
09:10	118	12.7	13.7	14.9	16.4	18.4	21.2	25.8
09:11	119	12.8	13.7	14.9	16.4	18.4	21.3	25.9
10:00	120	12.8	13.7	14.9	16.4	18.5	21.4	26.1

Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
10:01	121	12.8	13.8	15.0	16.5	18.5	21.5	26.2
10:02	122	12.8	13.8	15.0	16.5	18.6	21.6	26.4
10:03	123	12.8	13.8	15.0	16.6	18.6	21.7	26.6
10:04	124	12.9	13.8	15.0	16.6	18.7	21.7	26.7
10:05	125	12.9	13.9	15.1	16.6	18.8	21.8	26.9
10:06	126	12.9	13.9	15.1	16.7	18.8	21.9	27.0
10:07	127	12.9	13.9	15.1	16.7	18.9	22.0	27.2
10:08	128	13.0	13.9	15.2	16.8	18.9	22.1	27.4
10:09	129	13.0	14.0	15.2	16.8	19.0	22.2	27.5
10:10	130	13.0	14.0	15.2	16.9	19.0	22.3	27.7
10:11	131	13.0	14.0	15.3	16.9	19.1	22.4	27.9
11:00	132	13.1	14.1	15.3	16.9	19.2	22.5	28.0
11:01	133	13.1	14.1	15.3	17.0	19.2	22.5	28.2
11:02	134	13.1	14.1	15.4	17.0	19.3	22.6	28.4
11:03	135	13.1	14.1	15.4	17.1	19.3	22.7	28.5
11:04	136	13.2	14.2	15.5	17.1	19.4	22.8	28.7
11:05	137	13.2	14.2	15.5	17.2	19.5	22.9	28.8
11:06	138	13.2	14.2	15.5	17.2	19.5	23.0	29.0
11:07	139	13.2	14.3	15.6	17.3	19.6	23.1	29.2
11:08	140	13.3	14.3	15.6	17.3	19.7	23.2	29.3
11:09	141	13.3	14.3	15.7	17.4	19.7	23.3	29.5
11:10	142	13.3	14.4	15.7	17.4	19.8	23.4	29.6
11:11	143	13.4	14.4	15.7	17.5	19.9	23.5	29.8
12:00	144	13.4	14.5	15.8	17.5	19.9	23.6	30.0
12:01	145	13.4	14.5	15.8	17.6	20.0	23.7	30.1
12:02	146	13.5	14.5	15.9	17.6	20.1	23.8	30.3
12:03	147	13.5	14.6	15.9	17.7	20.2	23.9	30.4
12:04	148	13.5	14.6	16.0	17.8	20.2	24.0	30.6
12:05	149	13.6	14.6	16.0	17.8	20.3	24.1	30.7
12:06	150	13.6	14.7	16.1	17.9	20.4	24.2	30.9

Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
12:07	151	13.6	14.7	16.1	17.9	20.4	24.3	31.0
12:08	152	13.7	14.8	16.2	18.0	20.5	24.4	31.1
12:09	153	13.7	14.8	16.2	18.0	20.6	24.5	31.3
12:10	154	13.7	14.8	16.3	18.1	20.7	24.6	31.4
12:11	155	13.8	14.9	16.3	18.2	20.8	24.7	31.6
13:00	156	13.8	14.9	16.4	18.2	20.8	24.8	31.7
13:01	157	13.8	15.0	16.4	18.3	20.9	24.9	31.8
13:02	158	13.9	15.0	16.5	18.4	21.0	25.0	31.9
13:03	159	13.9	15.1	16.5	18.4	21.1	25.1	32.1
13:04	160	14.0	15.1	16.6	18.5	21.1	25.2	32.2
13:05	161	14.0	15.2	16.6	18.6	21.2	25.2	32.3
13:06	162	14.0	15.2	16.7	18.6	21.3	25.3	32.4
13:07	163	14.1	15.2	16.7	18.7	21.4	25.4	32.6
13:08	164	14.1	15.3	16.8	18.7	21.5	25.5	32.7
13:09	165	14.1	15.3	16.8	18.8	21.5	25.6	32.8
13:10	166	14.2	15.4	16.9	18.9	21.6	25.7	32.9
13:11	167	14.2	15.4	17.0	18.9	21.7	25.8	33.0
14:00	168	14.3	15.5	17.0	19.0	21.8	25.9	33.1
14:01	169	14.3	15.5	17.1	19.1	21.8	26.0	33.2
14:02	170	14.3	15.6	17.1	19.1	21.9	26.1	33.3
14:03	171	14.4	15.6	17.2	19.2	22.0	26.2	33.4
14:04	172	14.4	15.7	17.2	19.3	22.1	26.3	33.5
14:05	173	14.5	15.7	17.3	19.3	22.2	26.4	33.5
14:06	174	14.5	15.7	17.3	19.4	22.2	26.5	33.6
14:07	175	14.5	15.8	17.4	19.5	22.3	26.5	33.7
14:08	176	14.6	15.8	17.4	19.5	22.4	26.6	33.8
14:09	177	14.6	15.9	17.5	19.6	22.5	26.7	33.9
14:10	178	14.6	15.9	17.5	19.6	22.5	26.8	33.9
14:11	179	14.7	16.0	17.6	19.7	22.6	26.9	34.0
15:00	180	14.7	16.0	17.6	19.8	22.7	27.0	34.1

Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
15:01	181	14.7	16.1	17.7	19.8	22.8	27.1	34.1
15:02	182	14.8	16.1	17.8	19.9	22.8	27.1	34.2
15:03	183	14.8	16.1	17.8	20.0	22.9	27.2	34.3
15:04	184	14.8	16.2	17.9	20.0	23.0	27.3	34.3
15:05	185	14.9	16.2	17.9	20.1	23.0	27.4	34.4
15:06	186	14.9	16.3	18.0	20.1	23.1	27.4	34.5
15:07	187	15.0	16.3	18.0	20.2	23.2	27.5	34.5
15:08	188	15.0	16.3	18.1	20.3	23.3	27.6	34.6
15:09	189	15.0	16.4	18.1	20.3	23.3	27.7	34.6
15:10	190	15.0	16.4	18.2	20.4	23.4	27.7	34.7
15:11	191	15.1	16.5	18.2	20.4	23.5	27.8	34.7
16:00	192	15.1	16.5	18.2	20.5	23.5	27.9	34.8
16:01	193	15.1	16.5	18.3	20.6	23.6	27.9	34.8
16:02	194	15.2	16.6	18.3	20.6	23.7	28.0	34.8
16:03	195	15.2	16.6	18.4	20.7	23.7	28.1	34.9
16:04	196	15.2	16.7	18.4	20.7	23.8	28.1	34.9
16:05	197	15.3	16.7	18.5	20.8	23.8	28.2	35.0
16:06	198	15.3	16.7	18.5	20.8	23.9	28.3	35.0
16:07	199	15.3	16.8	18.6	20.9	24.0	28.3	35.0
16:08	200	15.3	16.8	18.6	20.9	24.0	28.4	35.1
16:09	201	15.4	16.8	18.7	21.0	24.1	28.5	35.1
16:10	202	15.4	16.9	18.7	21.0	24.2	28.5	35.1
16:11	203	15.4	16.9	18.7	21.1	24.2	28.6	35.2
17:00	204	15.4	16.9	18.8	21.1	24.3	28.6	35.2
17:01	205	15.5	17.0	18.8	21.2	24.3	28.7	35.2
17:02	206	15.5	17.0	18.9	21.2	24.4	28.7	35.2
17:03	207	15.5	17.0	18.9	21.3	24.4	28.8	35.3
17:04	208	15.5	17.1	18.9	21.3	24.5	28.9	35.3
17:05	209	15.6	17.1	19.0	21.4	24.5	28.9	35.3
17:06	210	15.6	17.1	19.0	21.4	24.6	29.0	35.3

Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
17:07	211	15.6	17.1	19.1	21.5	24.7	29.0	35.4
17:08	212	15.6	17.2	19.1	21.5	24.7	29.1	35.4
17:09	213	15.6	17.2	19.1	21.6	24.8	29.1	35.4
17:10	214	15.7	17.2	19.2	21.6	24.8	29.2	35.4
17:11	215	15.7	17.3	19.2	21.7	24.9	29.2	35.4
18:00	216	15.7	17.3	19.2	21.7	24.9	29.2	35.4
18:01	217	15.7	17.3	19.3	21.8	25.0	29.3	35.4
18:02	218	15.7	17.3	19.3	21.8	25.0	29.3	35.5
18:03	219	15.7	17.4	19.3	21.8	25.1	29.4	35.5
18:04	220	15.8	17.4	19.4	21.9	25.1	29.4	35.5
18:05	221	15.8	17.4	19.4	21.9	25.1	29.5	35.5
18:06	222	15.8	17.4	19.4	22.0	25.2	29.5	35.5
18:07	223	15.8	17.5	19.5	22.0	25.2	29.5	35.5
18:08	224	15.8	17.5	19.5	22.0	25.3	29.6	35.5
18:09	225	15.8	17.5	19.5	22.1	25.3	29.6	35.5
18:10	226	15.8	17.5	19.6	22.1	25.4	29.6	35.5
18:11	227	15.8	17.5	19.6	22.2	25.4	29.7	35.5
19:00	228	15.9	17.6	19.6	22.2	25.4	29.7	35.5
<b>2007 WHO Reference</b>								

IMC/Âge en z-score 5 à 19 ans (Filles)								
Years: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Médian	1 SD	2 SD	3 SD
05:01	61	11.8	12.7	13.9	15.2	16.9	18.9	21.3
05:02	62	11.8	12.7	13.9	15.2	16.9	18.9	21.4
05:03	63	11.8	12.7	13.9	15.2	16.9	18.9	21.5
05:04	64	11.8	12.7	13.9	15.2	16.9	18.9	21.5
05:05	65	11.7	12.7	13.9	15.2	16.9	19.0	21.6
05:06	66	11.7	12.7	13.9	15.2	16.9	19.0	21.7
05:07	67	11.7	12.7	13.9	15.2	16.9	19.0	21.7
05:08	68	11.7	12.7	13.9	15.3	17.0	19.1	21.8
05:09	69	11.7	12.7	13.9	15.3	17.0	19.1	21.9
05:10	70	11.7	12.7	13.9	15.3	17.0	19.1	22.0
05:11	71	11.7	12.7	13.9	15.3	17.0	19.2	22.1
06:00	72	11.7	12.7	13.9	15.3	17.0	19.2	22.1
06:01	73	11.7	12.7	13.9	15.3	17.0	19.3	22.2
06:02	74	11.7	12.7	13.9	15.3	17.0	19.3	22.3
06:03	75	11.7	12.7	13.9	15.3	17.1	19.3	22.4
06:04	76	11.7	12.7	13.9	15.3	17.1	19.4	22.5
06:05	77	11.7	12.7	13.9	15.3	17.1	19.4	22.6
06:06	78	11.7	12.7	13.9	15.3	17.1	19.5	22.7
06:07	79	11.7	12.7	13.9	15.3	17.2	19.5	22.8
06:08	80	11.7	12.7	13.9	15.3	17.2	19.6	22.9
06:09	81	11.7	12.7	13.9	15.4	17.2	19.6	23.0
06:10	82	11.7	12.7	13.9	15.4	17.2	19.7	23.1
06:11	83	11.7	12.7	13.9	15.4	17.3	19.7	23.2
07:00	84	11.8	12.7	13.9	15.4	17.3	19.8	23.3
07:01	85	11.8	12.7	13.9	15.4	17.3	19.8	23.4
07:02	86	11.8	12.8	14.0	15.4	17.4	19.9	23.5
07:03	87	11.8	12.8	14.0	15.5	17.4	20.0	23.6
07:04	88	11.8	12.8	14.0	15.5	17.4	20.0	23.7
07:05	89	11.8	12.8	14.0	15.5	17.5	20.1	23.9
7: 6	90	11.8	12.8	14.0	15.5	17.5	20.1	24.0

Years: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Médian	1 SD	2 SD	3 SD
07:07	91	11.8	12.8	14.0	15.5	17.5	20.2	24.1
07:08	92	11.8	12.8	14.0	15.6	17.6	20.3	24.2
07:09	93	11.8	12.8	14.1	15.6	17.6	20.3	24.4
07:10	94	11.9	12.9	14.1	15.6	17.6	20.4	24.5
07:11	95	11.9	12.9	14.1	15.7	17.7	20.5	24.6
08:00	96	11.9	12.9	14.1	15.7	17.7	20.6	24.8
08:01	97	11.9	12.9	14.1	15.7	17.8	20.6	24.9
08:02	98	11.9	12.9	14.2	15.7	17.8	20.7	25.1
08:03	99	11.9	12.9	14.2	15.8	17.9	20.8	25.2
08:04	100	11.9	13.0	14.2	15.8	17.9	20.9	25.3
08:05	101	12.0	13.0	14.2	15.8	18.0	20.9	25.5
08:06	102	12.0	13.0	14.3	15.9	18.0	21.0	25.6
08:07	103	12.0	13.0	14.3	15.9	18.1	21.1	25.8
08:08	104	12.0	13.0	14.3	15.9	18.1	21.2	25.9
08:09	105	12.0	13.1	14.3	16.0	18.2	21.3	26.1
08:10	106	12.1	13.1	14.4	16.0	18.2	21.3	26.2
08:11	107	12.1	13.1	14.4	16.1	18.3	21.4	26.4
09:00	108	12.1	13.1	14.4	16.1	18.3	21.5	26.5
09:01	109	12.1	13.2	14.5	16.1	18.4	21.6	26.7
09:02	110	12.1	13.2	14.5	16.2	18.4	21.7	26.8
09:03	111	12.2	13.2	14.5	16.2	18.5	21.8	27.0
09:04	112	12.2	13.2	14.6	16.3	18.6	21.9	27.2
09:05	113	12.2	13.3	14.6	16.3	18.6	21.9	27.3
09:06	114	12.2	13.3	14.6	16.3	18.7	22.0	27.5
09:07	115	12.3	13.3	14.7	16.4	18.7	22.1	27.6
09:08	116	12.3	13.4	14.7	16.4	18.8	22.2	27.8
09:09	117	12.3	13.4	14.7	16.5	18.8	22.3	27.9
10:00	120	12.4	13.5	14.8	16.6	19.0	22.6	28.4

Year : Months	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Médian	1 SD	2 SD	3 SD
10:01	121	12.4	13.5	14.9	16.7	19.1	22.7	28.5
10:02	122	12.4	13.5	14.9	16.7	19.2	22.8	28.7
10:03	123	12.5	13.6	15.0	16.8	19.2	22.8	28.8
10:04	124	12.5	13.6	15.0	16.8	19.3	22.9	29.0
10:05	125	12.5	13.6	15.0	16.9	19.4	23.0	29.1
10:06	126	12.5	13.7	15.1	16.9	19.4	23.1	29.3
10:07	127	12.6	13.7	15.1	17.0	19.5	23.2	29.4
10:08	128	12.6	13.7	15.2	17.0	19.6	23.3	29.6
10:09	129	12.6	13.8	15.2	17.1	19.6	23.4	29.7
10:10	130	12.7	13.8	15.3	17.1	19.7	23.5	29.9
10:11	131	12.7	13.8	15.3	17.2	19.8	23.6	30.0
11:00	132	12.7	13.9	15.3	17.2	19.9	23.7	30.2
11:01	133	12.8	13.9	15.4	17.3	19.9	23.8	30.3
11:02	134	12.8	14.0	15.4	17.4	20.0	23.9	30.5
11:03	135	12.8	14.0	15.5	17.4	20.1	24.0	30.6
11:04	136	12.9	14.0	15.5	17.5	20.2	24.1	30.8
11:05	137	12.9	14.1	15.6	17.5	20.2	24.2	30.9
11:06	138	12.9	14.1	15.6	17.6	20.3	24.3	31.1
11:07	139	13.0	14.2	15.7	17.7	20.4	24.4	31.2
11:08	140	13.0	14.2	15.7	17.7	20.5	24.5	31.4
11:09	141	13.0	14.3	15.8	17.8	20.6	24.7	31.5
11:10	142	13.1	14.3	15.8	17.9	20.6	24.8	31.6
11:11	143	13.1	14.3	15.9	17.9	20.7	24.9	31.8
12:00	144	13.2	14.4	16.0	18.0	20.8	25.0	31.9
12:01	145	13.2	14.4	16.0	18.1	20.9	25.1	32.0
12:02	146	13.2	14.5	16.1	18.1	21.0	25.2	32.2
12:03	147	13.3	14.5	16.1	18.2	21.1	25.3	32.3
12:04	148	13.3	14.6	16.2	18.3	21.1	25.4	32.4
12:05	149	13.3	14.6	16.2	18.3	21.2	25.5	32.6
12:06	150	13.4	14.7	16.3	18.4	21.3	25.6	32.7

Year: Months	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Médian	1 SD	2 SD	3 SD
12:07	151	13.4	14.7	16.3	18.5	21.4	25.7	32.8
12:08	152	13.5	14.8	16.4	18.5	21.5	25.8	33.0
12:09	153	13.5	14.8	16.4	18.6	21.6	25.9	33.1
12:10	154	13.5	14.8	16.5	18.7	21.6	26.0	33.2
12:11	155	13.6	14.9	16.6	18.7	21.7	26.1	33.3
13:00	156	13.6	14.9	16.6	18.8	21.8	26.2	33.4
13:01	157	13.6	15.0	16.7	18.9	21.9	26.3	33.6
13:02	158	13.7	15.0	16.7	18.9	22.0	26.4	33.7
13:03	159	13.7	15.1	16.8	19.0	22.0	26.5	33.8
13:04	160	13.8	15.1	16.8	19.1	22.1	26.6	33.9
13:05	161	13.8	15.2	16.9	19.1	22.2	26.7	34.0
13:06	162	13.8	15.2	16.9	19.2	22.3	26.8	34.1
13:07	163	13.9	15.2	17.0	19.3	22.4	26.9	34.2
13:08	164	13.9	15.3	17.0	19.3	22.4	27.0	34.3
13:09	165	13.9	15.3	17.1	19.4	22.5	27.1	34.4
13:10	166	14.0	15.4	17.1	19.4	22.6	27.1	34.5
13:11	167	14.0	15.4	17.2	19.5	22.7	27.2	34.6
14:00	168	14.0	15.4	17.2	19.6	22.7	27.3	34.7
14:01	169	14.1	15.5	17.3	19.6	22.8	27.4	34.7
14:02	170	14.1	15.5	17.3	19.7	22.9	27.5	34.8
14:03	171	14.1	15.6	17.4	19.7	22.9	27.6	34.9
14:04	172	14.1	15.6	17.4	19.8	23.0	27.7	35.0
14:05	173	14.2	15.6	17.5	19.9	23.1	27.7	35.1
14:06	174	14.2	15.7	17.5	19.9	23.1	27.8	35.1
14:07	175	14.2	15.7	17.6	20.0	23.2	27.9	35.2
14:08	176	14.3	15.7	17.6	20.0	23.3	28.0	35.3
14:09	177	14.3	15.8	17.6	20.1	23.3	28.0	35.4
14:10	178	14.3	15.8	17.7	20.1	23.4	28.1	35.4
14:11	179	14.3	15.8	17.7	20.2	23.5	28.2	35.5
15:00	180	14.4	15.9	17.8	20.2	23.5	28.2	35.5

Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Médian	1 SD	2 SD	3 SD
15:01	181	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.3	35.6
15:02	182	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.4	35.7
15:03	183	14.4	16.0	17.9	20.4	23.7	28.4	35.7
15:04	184	14.5	16.0	17.9	20.4	23.7	28.5	35.8
15:05	185	14.5	16.0	17.9	20.4	23.8	28.5	35.8
15:06	186	14.5	16.0	18.0	20.5	23.8	28.6	35.8
15:07	187	14.5	16.1	18.0	20.5	23.9	28.6	35.9
15:08	188	14.5	16.1	18.0	20.6	23.9	28.7	35.9
15:09	189	14.5	16.1	18.1	20.6	24.0	28.7	36.0
15:10	190	14.6	16.1	18.1	20.6	24.0	28.8	36.0
15:11	191	14.6	16.2	18.1	20.7	24.1	28.8	36.0
16:00	192	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1
16:01	193	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1
16:02	194	14.6	16.2	18.2	20.8	24.2	29.0	36.1
16:03	195	14.6	16.2	18.2	20.8	24.2	29.0	36.1
16:04	196	14.6	16.2	18.3	20.8	24.3	29.0	36.2
16:05	197	14.6	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1	36.2
16:06	198	14.7	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1	36.2
16:07	199	14.7	16.3	18.3	20.9	24.4	29.1	36.2
16:08	200	14.7	16.3	18.3	20.9	24.4	29.2	36.2
16:09	201	14.7	16.3	18.4	21.0	24.4	29.2	36.3
16:10	202	14.7	16.3	18.4	21.0	24.4	29.2	36.3
16:11	203	14.7	16.3	18.4	21.0	24.5	29.3	36.3
17:00	204	14.7	16.4	18.4	21.0	24.5	29.3	36.3
17:01	205	14.7	16.4	18.4	21.1	24.5	29.3	36.3
17:02	206	14.7	16.4	18.4	21.1	24.6	29.3	36.3
17:03	207	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17:04	208	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17:05	209	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17:06	210	14.7	16.4	18.5	21.2	24.6	29.4	36.3

Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Médian	1 SD	2 SD	3 SD
17:07	211	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.4	36.3
17:08	212	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17:09	213	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17:10	214	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17:11	215	14.7	16.4	18.6	21.2	24.8	29.5	36.3
18:00	216	14.7	16.4	18.6	21.3	24.8	29.5	36.3
18:01	217	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.5	36.3
18:02	218	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18:03	219	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18:04	220	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18:05	221	14.7	16.5	18.6	21.3	24.9	29.6	36.2
18:06	222	14.7	16.5	18.6	21.3	24.9	29.6	36.2
18:07	223	14.7	16.5	18.6	21.4	24.9	29.6	36.2
18:08	224	14.7	16.5	18.6	21.4	24.9	29.6	36.2
18:09	225	14.7	16.5	18.7	21.4	24.9	29.6	36.2
18:10	226	14.7	16.5	18.7	21.4	24.9	29.6	36.2
18:11	227	14.7	16.5	18.7	21.4	25.0	29.7	36.2
19:00	228	14.7	16.5	18.7	21.4	25.0	29.7	36.2
<b>2007 WHO Reference</b>								

## Annexe 2 : Courbes de pression artérielle en fonction de la taille



## Annexe3 : Guide diagnostique des pathologies associées

**Guide diagnostique des pathologies associées**

Nom et prénom :

Date :

Numéro de la fiche :

**BANDELETTES URINAIRES**

- Leucocytes : Négatif  Traces  Une croix  Deux croix  Trois croix
- Nitrites : Négatif  Positif
- Protéines : Négatif  Traces  Une croix  Deux croix  Trois croix
- Sang : Négatif  Traces  Une croix  Deux croix  Trois croix
- Corps éboulés : Négatif  Traces  Une croix  Deux croix  Trois croix
- Glycosurie : Négatif  Traces  Une croix  Deux croix  Trois croix

**PATHOLOGIE(S) ASSOCIÉ(S)**

PLAINTES	SIGNES ASSOCIÉS	HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES	
PATHOLOGIE AIGUË/CHRONIQUE	Constipation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ballonnement abdominal avec troubles du transit</li> <li>• Douleur pendant et après les selles, fissure anale, sang dans les selles</li> <li>• Douleurs anales à déflexion, hémorroïdes TX, sang dans les selles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colopathie fonctionnelle</li> <li>• Fissure anale</li> <li>• Hémorroïdes</li> </ul>
	Diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée n'rotariiforme, contagio épidémique</li> <li>• Nécrose d'intoxication alimentaire, vomissements</li> <li>• Selles glairo-sanguinolentes, fièvre</li> <li>• Selles glairo-sanguinolentes sans fièvre</li> <li>• Selles aqueuses, fièvre, vomissements</li> <li>• Mucos buccal et/ou rougeur anale</li> <li>• Selles aqueuses sans autres signes</li> <li>• Diarrhée de plus d'un mois, toux de plus d'un mois, fièvre prolongée, perte de poids &gt; 10%, achélie marquée +/- atrophie cornée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choléra</li> <li>• Toux-infection alimentaire</li> <li>• Dysenterie bacillaire</li> <li>• Dysentérie amibienne</li> <li>• Gastro-entérite fébrile</li> <li>• Candidose digestive</li> <li>• Autres parasitoses/entéris</li> <li>• Sida</li> </ul>
	Douleur buccale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur dentaire avectrice dans la dent et/ou irradiation</li> <li>• Lésion des gencives ou odeur nauséabonde avec pus sur les gencives</li> <li>• Nécrose d'atraumatisme</li> <li>• Lésion des gencives ou odeur nauséabonde avec enduits bichlorés sur les nauséabondes</li> <li>• Lésion des gencives ou odeur nauséabonde avec rougeur et/ou ulcère</li> <li>• Lésion sur de lèvres et/ou les joues avec vésicules ou ulcérations blanches douloureuses</li> <li>• Lésion des gencives avec saignement gingival</li> <li>• Tuméfaction retro-mandibulaire avec fièvre et nodules contagio</li> <li>• Lésions sur les et/ou les joues avec plus récurrente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accés ou caries dentaire</li> <li>• Parodontite</li> <li>• Contusion/luxation/fracture</li> <li>• Candidose buccale</li> <li>• Gingivite-amaigrissement</li> <li>• Aftes/Herpès</li> <li>• Tarte dentaire</li> <li>• Ouilions</li> <li>• Noma</li> </ul>
	Douleur/Ballonnement/Choc an abdominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur à la fosse iliaque droite</li> <li>• Douleurs au creux épigastrique, exacerbée par à l'air, Sang dans les selles</li> <li>• Icère, anémie, drépanocytose connue ou suspectée</li> <li>• Tuméfaction douloureuse de la paroi, grosse boue avec arborisations de verilles hématisées</li> <li>• Masse abdominale dure irrégulière sang dans les selles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appendicite aigue</li> <li>• Ulcère gastro-duodénale</li> <li>• Choc drépanocytair</li> <li>• Hernie</li> <li>• Tumeur abdominale</li> </ul>
	Frustrant/Expulsion de parasite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rougeur irradiation de la gorge arde, pilière fissur</li> <li>• Expulsion d'un parasite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycose orario-muqueuse</li> <li>• Oxyure/Trichine/Ascariidose</li> </ul>
	Vomissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur postorale irradiation rétro-orale avec liquide acide dans à bouche</li> <li>• Vomissements de sang rouge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflux gastro-œsophagien</li> <li>• Hémorragie digestive</li> </ul>

PATHOLOGIE C-ADRESSE/PRIMAIRE ET ORL	écoulement nasal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecoulement unilatéral</li> <li>• Ecoulement étoux, céphalées, éternuement, fièvre</li> <li>• Ecoulement pur dur, céphalées, fièvre, gorge inflammatoire, toux</li> <li>• Ecoulement pur dur, douleurs frontales et/ou maxillaires à la pression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rhinite</li> <li>• Grippe</li> <li>• Rhino-pharyngite</li> <li>• Sinusite</li> </ul>
	Douleur articulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rougeur du tympan, écoulement de pus, fièvre, douleur à la pression du tragus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otite</li> </ul>
	Mu à la gorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congestion et/ou dysphagie, fièvre +/- angynalgie</li> <li>• Gencives et rouges</li> <li>• Dysphagie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angine/pharyngite</li> <li>• Laryngite</li> </ul>
	Toux/Dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiration sifflante, notion de crises à répétition (plus de 03 épisodes chez l'adulte), notion d'antécédent fébrile</li> <li>• Respiration sifflante, notion de crises à répétition (moins de 03 épisodes chez l'enfant)</li> <li>• Fièvre, dyspnée, toux, signes de lute respiratoires</li> <li>• Douleur costales, matité, élévation costale</li> <li>• Dyspnée tachycardie, turgescence jugulaire spontanée, reflux hépatojugulaire, souffle cardiaque, œdèmes des membres inférieurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthme</li> <li>• Bronchite</li> <li>• Broncho-pneumopathie</li> <li>• Pleurésie</li> <li>• Insuffisance cardiaque</li> </ul>
	Céphalées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Section des nauchies violentes, vertiges, bourdonnement d'oreilles +/- Nécrose d'hypertension artérielle par oreille ou dentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension artérielle</li> </ul>
Toux/Douleur thoracique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toux de plus de 2 semaines étouffée hémoptiques, fièvre, Analgésie/entérite tuberculose connue ou suspectée</li> <li>• Nécrose d'atraumatisme, dyspnée, toux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculose</li> <li>• Contusion/fracture de côte</li> </ul>	
PATHOLOGIE OCULAIRE/SECT DU SYSTÈME NERVEUX	Douleur/troubles de l'œil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Œil rouge/douloureux, traumatisme oculaire</li> <li>• Œil rouge/douloureux, notion de corps étranger</li> <li>• Œil rouge douloureux, écoulement purulent</li> <li>• Œil rouge/douloureux, duré la palpation avec baisse de l'acuité visuelle.</li> <li>• Œil rouge non douloureux, larmoiement, puré oculaire</li> <li>• Œil rouge douloureux à la palpation +/- puré collecté</li> <li>• Œil rouge non douloureux avec sensation de grain de sable dans l'œil</li> <li>• Baisse de la vision et/ou oculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contusion oculaire</li> <li>• Corps étranger de l'œil</li> <li>• Conjunctivite bactérienne</li> <li>• Glaucome</li> <li>• Conjunctivite allergique</li> <li>• Ongle</li> <li>• Trachome</li> <li>• Avitaminose A</li> </ul>
	Céphalées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Céphalées isolées crises douloureuses hémicraniales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migraine</li> </ul>
	Convulsion/Épilepsie de l'épilepsie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécrose dentaire, crise provoquée par stimulation externe et bruits</li> <li>• Antécédent de crise similaire connue de la langue, parties d'un membre et/ou de la gorge</li> <li>• Nécrose dentaire avec déshydratation troubles métaboliques, Nécrose privation alimentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tétanos</li> <li>• Épilepsie</li> <li>• Hypoglycémie/Troubles métaboliques</li> </ul>
	Paralysie d'un ou de plusieurs membres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paralysie flasque aigue d'un ou de plusieurs membres</li> <li>• Impotence des 2 membres inférieurs (paralysie), déformation de la colonne vertébrale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hémiplégie cérébrale aigue</li> <li>• Mal de poitrine ou rachidienne</li> </ul>
	Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humeur dépressive avec délire et/ou hallucination</li> <li>• Humeur dépressive sans délire ou hallucination</li> <li>• Serre, insomnie situation conflictuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychose</li> <li>• Névrose</li> <li>• Anxiété/dépression</li> </ul>

PATHOLOGIE UROGENITALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur/Brûlure Mictionnelle/ Parties blanches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urines troubles, fièvre, douleur lombaire post-lésion, hématuries</li> <li>• Urétrite (Nérite* et/ou Leucocyturie* et/ou) (Inflammation urinaire), écoulement vaginal vert jaunâtre, menasaux, malodorant ou les Collège* et/ou urétrite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection urinaire/pyélonéphrite</li> <li>• Infection sexuellement Transmissible</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles Urinaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hématurie, crampes épistémiques</li> <li>• Hématurie, bouffissure du visage</li> <li>• Polyurie, glycosurie, polydipsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Néphrose</li> <li>• Glomérulonephrite</li> <li>• Diabète</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurit au niveau des organes génitaux externes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésions vésiculaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herpès génital</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confortant/ Douleurs des ORE chez l'homme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur vive, écoulement urétral/ fièvre</li> <li>• Infection septicémique à la proctite/anticoagulant du scrotum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orch-épididymite</li> <li>• Hydrocèle</li> <li>• Hépatite du scrotum</li> </ul>	
SYMPTOMES GÉNÉRAUX ET DIVERS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs ostéo-articulaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre jointoïde ostéo-articulaire unique</li> <li>• Tuméfactions multiples migratoires</li> <li>• Tuméfactions multiples fixes et asymétriques sur tout des doigts et des orteils, nodules osseux</li> <li>• Douleurs ostéo-articulaires asymétriques prépondérantes</li> <li>• Corne ou suppuration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ostéo-artérite ostéomyélite/ Arthrite septique</li> <li>• Rhumatisme articulaire aigu</li> <li>• Arthrite rhumatoïde</li> <li>• Crise douloureuse ostéo-articulaire dipyrone</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Céphalées, vomissements, signes d'irritation méningée</li> <li>• Vomissements bilieux</li> <li>• Vomissements graves, prostration, altération de la conscience, convulsions, ictère jaunâtre négativant, hémorragie diffuse, hypopyrexie, urémie sévère</li> <li>• Céphalées, épistaxis, insomnie, torpeur, dissociation poids/ température</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méningite aiguë</li> <li>• Rubéole simple</li> <li>• Rubéole grave</li> <li>• Salmonellose</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre fébrile importante, manque d'appétit</li> <li>• Fièvre douleur de l'hypochondre droit, hépatomégalie</li> <li>• Fièvre, syndrome hémorragique : purpura, hématurie acutylolues dépression gingivorrhagie autohémorragie</li> <li>• Nouveau-ictère avant 24 heures de vie</li> <li>• Nouveau-ictère apparu au 3<sup>ème</sup> jour de vie</li> <li>• Nouveau-ictère, fièvre, ictère décoloré</li> <li>• Masse hépatique dure ou irrégulière +/- ascite, œdèmes des membres inférieurs</li> <li>• Hépatite pléurée, notée de foyer infectieux</li> <li>• Anémie prépondérante corne ou suppuration +/- douleurs Abdominales et/ou ostéo-articulaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatite virale</li> <li>• Anémie hépatique</li> <li>• Hépatite jaunâtre</li> <li>• Ictère hémolytique du nouveau-né</li> <li>• Ictère physiologique</li> <li>• Infection néonatale</li> <li>• Tumeur du foie/cirrhose</li> <li>• Septicémie</li> <li>• Dipyrone</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Œdèmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascite, bouffissure du visage des membres inférieurs, prédominante</li> <li>• Œdème du visage, fièvre, antécédent d'infection ORL</li> <li>• Nœuds de morone ou de piqûre d'insecte de serpent ou de scorpion</li> <li>• Mielur des conjonctives</li> <li>• Œdèmes des membres, épaissement de la peau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome néphrotique</li> <li>• Glomérulonephrite aiguë</li> <li>• Érysipèle</li> <li>• Anémie</li> <li>• Hépatite lymphatique</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurit / lésions de la peau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésions squameuses, lésions érythémateuses, plaie ulcéreuse</li> <li>• Avec pus et induration</li> <li>• Eruption maculo-papuleuse avec intervalle de peau saine, catarrhe Oculo-nasal, fièvre, signale Koplik</li> <li>• Lésions vésiculaires orbiculaire et disséminées</li> <li>• Lésions vésiculaires, douleur/éruption</li> <li>• Lésions squameuses avec altération des phanères</li> <li>• Lésions vésiculaires localisées en bouquet sur la peau ou les muqueuses</li> <li>• Lésions purulentes, placards érythémato-œdémateux, fièvre</li> <li>• Lésions déprimées insensibles à la piqure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarlatine infecté</li> <li>• Rougeole</li> <li>• Varicelle</li> <li>• Zona</li> <li>• Tétigne</li> <li>• Herpès</li> <li>• Erythème</li> <li>• Lépre</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésions déprimées sensibles à la piqure</li> <li>• Lésions squameuses séchant sur peau glabre</li> <li>• Lésions squameuses avec altération des phanères</li> <li>• Eruption papulo-vésiculaire sur les parties découvertes avec bulles érosionnaires</li> <li>• Lésions purulentes multiples, vésicule-pustuleuses</li> <li>• Lésions ulcéreuses gravement bord rouge, bord surélevé, indolore</li> <li>• Prurit surtout nocturne, érythème et vésicules aux plis et espaces interdigitaux, palmaires, ongles, genoux, parties génitales, cuir chevelu et face</li> <li>• Nodules sous cutanés (horax, hanches) épaissement Cutané, trouble de la pigmentation aux arêtes et fissures</li> <li>• Lésions ulcéreuses évolutives trinitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mollusc</li> <li>• Myricose vésiculaire</li> <li>• Oryzi/périostite/Taïgna</li> <li>• Prurigo</li> <li>• Impétigo</li> <li>• Lésion cutanée curande</li> <li>• Gale</li> <li>• Onchocercose</li> <li>• Ulcère chronique</li> </ul>
---	---

T : °C PA : /

Autres :

.....

.....

.....

## Annexe 4 : Fiches de collecte

**FICHE DE COLLECTE N°1**

**GUIDE DE RECUEIL D'INFORMATION DES MINEURS INCARCERES ET DES ENFANTS MOINS DE CINQ ANS DONT LES MÈRES SONT DÉTENUES**

Maison d'arrêt, aile correction de : ..... Date de la collecte : .....

Numéro de la fiche : .....

Q1-Situation de l'enquêté(e) : Orphelin de moins de cinq ans en détention avec sa mère (1) ..... ( )

Mineur incarcéré (2)

**ENFANTS ET MINEURS**

**A. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

**1. STATUT CIVIL**

Q2-Nom et Prénom : ..... Q3-Date de naissance : ..... / ..... / ..... ou Age : ..... Ans

Q4-Sexe : Masculin (1)    Féminin (2) ..... ( )

**2. CARACTÉRISTIQUES DES MINEURS**

Q5-Adresse de la famille : .....

Q6-Diète : Mosa (1), Feu(2), Cass(3), Solo(4), Dagne (5), Gourmandie (6), Semo (7) ..... ( )

Gourmand (8), Autre (9) à préciser : .....

Q7-Religion : Catholique (1), Musulman (2), Protestant(3), Animiste(4), Autre(5) ..... ( )

Q8-Niveau d'instruction : Primaire (Alphabétisé) (1) Secondaire (2) Supérieur(3) Aucun (4) ..... ( )

Q9-Date d'incarcération : ..... Q10-Motif de l'incarcération : .....

Q11-Régime de détention : Prévenu (1), Condamné(2), Condamné Avec Régime De Semi-liberté(3) ..... ( )

**B. EXAMEN CLINIQUE**

**1. ANTECÉDENTS**

**1.1 Antécédents médicaux des 2 dernières semaines**

(A remplir auprès de la mère si la réponse à Q1-4, auprès du mineur si la réponse à Q1-3)

Q12-Episode de diarrhée : Oui(1) Non(2) ..... ( )

Q13-Episode de fièvre : Oui(1) Non(2) ..... ( )

Q14-Episode de vomissements : Oui(1) Non(2) ..... ( )

Q15-Episode de toux : Oui(1) Non(2) ..... ( )

Q16-Autres symptômes(x) les 2 dernières semaines : .....

**1.2 Autres antécédents pathologiques**

Q17-Existence de maladie connue ? : Oui(1) Non(2) ..... ( )

Q18-Si oui précisez : .....

Q19-Autres(x) symptômes(x) ou affection(x) depuis votre incarcération ? : Oui(1) Non(2) ..... ( )

Q20-Si oui précisez s'il(s)quel(s) : .....

**1.3 Antécédents vaccinaux (ne pas remplir si réponse à Q1-4)**

Q21-Quel(s) vaccin(s) l'enfant a-t-il reçu dans le cadre du programme régulier de vaccination ? : BCG POLIO ..... ( )

DT00POLIO1-HB-HepB ..... ( )

DT00POLIO2-HB-HepB ..... ( )

DT00POLIO3-HB-HepB ..... ( )

REBRE JAUNE-ROUGEOLE ..... ( )

AUCUN ..... ( )

NE SAIT PAS ..... ( )

**1.4 Mode d'alimentation**

**1.4.1 ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS**

Q22-Aliment exclusif  Alimentation diversifiée  Substitut du lait maternel  ..... ( )

Q23-Si alimentation diversifiée précisez si : Lait maternel/Souffle non enrichi (1) ..... ( )

Lait maternel/Souffle enrichi (2)

Lait maternisé/commun (3)

Q24-Si alimentation, précisez de quoi se compose le repas de l'enfant : Souffle non enrichi (1) ..... ( )

Souffle enrichi (2)

Ration commun (3)

Q25-Si alimentation, précisez à quelle occasion : Grossesse (1), Malade maternelle(2) Pathologie infantile(3) ..... ( )

Autre (4) à préciser : .....

Q26-Combien de repas l'enfant a-t-il par jour en moyenne : .....

**1.4.2 MINEUR**

Q27-Où provient l'essentiel de vos repas à l'incarcération ? : Mère(1) cuisine personnelle(2) approvisionnement(3) ..... ( )

Q28-Combien de repas avez-vous en moyenne par jour ? un(1) deux(2) trois et plus(3) moins d'un repas(4) ..... ( )

Q29-Quel(s) aliment(s) consommez-vous régulièrement ? : Céréales (1, maïs, sorgho, pennis)

Tubercules (pommes de terre, ignames, patates douces, taro)

Fruits et légumes  légumineuses (haricots verts, fèves, arachides, soja)

Produits animaux (viande, lait, œufs, poisson, œufs)

Légumes (échalotes, oignons, aubergines, courges, carottes)

Fruits (mangue, goyave, citrouille, orange, mandarine)

**2. STATUT NUTRITIONNEL/ Q30 à renseigner sur enfants**

Q30-Poids (en kilogramme) : ..... Q31-Taille (en cm) : ..... Q32-Périmètre brachial (en cm) : .....

Q33-Graves Diabèteux : Oui(1) Non(2) ..... ( )

<sup>1</sup> Même repas que à mère

- Q34-Déshydratation : Oui(1) Non(2) ..... ( )  
 Q35-Pleur des convulsives : Absente(1), Modérée(2), Acentuée(3) ..... ( )  
 Q36-Comportement de l'enfant : Normal(1), Plaintif(2), Triste(3) ..... ( )  
 Q37-Lesions cutanéo-mucosales de NIAS : Absentes(1), Dépigmentations/desquamation(2), Peau sèche(3), Cheveux(4) ..... ( )

**3. SYMPTOMES ET PATHOLOGIES ASSOCIÉS :**

Q38-Hypothèse(s) diagnostique(s) : .....

**MÈRE**

**A. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

- Q39-Âge en années) : .....
- Q40-Situation matrimoniale : Mariée monoparis (1), Mariée polygame (2), Concubine (3), ..... ( )  
 Célibataire(4), Divorcée(5)
- Q41-Origine : Moss (1), Fula(2), Bassa(3), Soba(4), Dogon(5), Gourmandché (6) Séré(7) ..... ( )  
 Autre(s) à préciser : .....
- Q42-Région : Catholique(1), Musulman (2) Protestant(3), Animiste (4), Autre(5) ..... ( )
- Q43-Niveau d'instruction : Primaire /Alphabète (1) Secondaire (2) Supérieur(3) Aucun (4) ..... ( )
- Q44-Profession antérieure : Sécurité Avec Sécurité Sociale (1) ..... ( )  
 Commerçant Fournisseur Débitant Commerçant (2) Agriculteur Possédant Un Tracteur (3),  
 Grand éleveur (4), Sécurité Sans Sécurité Sociale(5) Agriculteur Possédant Une  
 Charrue (6) Commerçant Possédant Une Boutique(7), Petit éleveur (8), Agriculteur Avec Petit Commerce (9) :  
 Charrue (9), Employé Non Qualifié Du Secteur Informel (10) Agriculteur Sans Charrue (11) Sans Commerce(11),  
 Berger(12), Ménager (13), Vendeur Ambulant(14) /inactive/Retraité(15)
- Q45-Nombre d'enfants : ..... Q46-Nombre d'enfants de moins de cinq ans : .....
- Q47-Adresse actuelle de la famille : ..... tel : .....
- Q48-Cela d'incubation : ..... Q49-Natif de l'incubation : .....
- Q50-Régime de détention : Prévenue (1), Condamnée(2), Condamnée Avec Régime De Semi-liberté(3) ..... ( )

**B. CONNAISSANCES NUTRITIONNELLES**

- Q51-A partir de quel âge l'aléctation doit elle avoir lieu ? : Avant un an(1), Entre un et deux ans(2), A deux ans et plus(3) ..... ( )
- Q52-Comment ce fait elle ? : .....
- Q53-A partir de quel âge (en mois) doit-on procéder à la diversification alimentaire chez l'enfant ? : .....
- Q54-Que se compose l'alimentation d'un enfant avant l'âge de 6 mois ? : .....
- Q55-Combien de repas en moyenne un enfant doit il avoir par jour ? : .....

- Q55-Citez les signes cliniques de malnutrition que vous connaissez : Oédèmes(1) ..... ( )  
 Modifications De La Peau(2)  
 Troubles Du Comportement(3)  
 Déficit Staturo-pondéral(4)  
 Ataraxie Des Cheveux(5)  
 Anorexie(6)  
 Anémie(7)  
 Aupou(8)

**IV. CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUE DE LA FAMILLE**  
 (A remplir auprès de la mère et la réponse à Q1+1, auprès du mineur et la réponse à Q1+2)

- A. CARACTÉRISTIQUES DE L'HABITAT**
- Q57-Type d'habitat : Maison en paille(2), Maison en brique non tôlée(1), Maison en brique tôlée(2), Maison en dur (3) ..... ( )
- Q58-Nature de l'occupation : Autre(2), Hébergement gratuit(1), Locataire(2), Propriétaire(3) ..... ( )
- Q59-Type d'électricité : Néant(2), Lignes communales(1) Lignes privées(2) ..... ( )
- Q60-Approvisionnement en eau : Autre(2), Puits forage(1), Robinet public(2), Robinet privé(3) ..... ( )
- Q61-Mode d'éclairage : Aucun(2), Pétrole(1), Éclairée sans abonnement(2), Éclairée par abonnement(3) ..... ( )
- B. EQUIPEMENT DOMESTIQUE**
- Q62-Posséder les éléments que possédez-vous à la maison ? : Aucun(2) Poêle radio(1), Téléphone(2), Téléviseur(3) Réfrigérateur(4) ..... ( )
- C. MOYEN DE DÉPLACEMENT**
- Q63-Utilisez-vous comme moyen de déplacement en famille ? : Autre(2) bicyclette(1) motocyçlette(2) voiture(3) ..... ( )
- D. NIVEAU D'INSTRUCTION DU CHEF DE MÉNAGE<sup>1</sup>**
- Q64-A quel niveau appartient la dernière classe effectuée par le chef de ménage ? : Aucun (2), Primaire(alphabète)(1) ..... ( )  
 Secondaire (2), Supérieur (3)
- E. PROFESSION DU CHEF DE MÉNAGE**
- Q65-Quelle est la profession du chef de ménage ? : Sécurité avec sécurité sociale (1) ..... ( )  
 Commerçant fournisseur débitant commerçant (2), Agriculteur possédant un tracteur (3),  
 Grand éleveur (4), Sécurité sans sécurité sociale(5), Agriculteur possédant une charrue (6), Commerçant  
 possédant une boutique(7), Petit éleveur (8),  
 Agriculteur avec petit commerce sans charrue (9) Employé non qualifié du secteur informel (10), Agriculteur  
 sans charrue et sans commerce(11) Berger(12), Ménager (13), Vendeur ambulant(14),  
 Inactif / Retraité (15)
- F. SOUTIEN FAMILIAL**
- Q66-Nombre de vaille familiale dans le mois ? : Moins d'une vaille / parents non formés de l'incubation (2), Une vaille (1) ..... ( )  
 Plus d'une vaille (2)
- Q67-Votre famille vous soutient-elle ? : Oui  Non
- Q68 Si oui comment appréciez vous ce soutien ? : Sufficient(2) Moyen(1) Sufficient(2) ..... ( )

	SCORE	CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES
ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS EN PRISON ANS ET MINEUR DETENU	CNS : ..... / 28	.....
	CSP : ..... / 4	.....

<sup>1</sup> le chef ménage est celui qui le charge financièrement de la mère et/ou son entant ou du mineur; et la mère est seule (divorcée/célibataire...) et/ou considérée comme le chef de ménage de même, et le mineur est le plus proche parent considéré comme chef ménage.

## V. CARACTERISTIQUES DU MILIEU CARCERAL

(A remplir auprès des mères et des mineurs uniquement)

### A. HYGIENE DU MILIEU CARCERAL

#### 1. HYGIENE DES BATIMENTS

- Q69-Vos cellules sont-elles bien aérées ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q70-Vos cellules sont-elles bien éclairées ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q71-Les murs et sol de votre cellule sont-ils propres ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q72-Votre cellule est-elle nettoyée ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q73 Si oui, qui s'occupe du nettoyage ? : Vous-même  Autres Détenus   
Autre(s) à préciser : .....
- Q74 Selon quelle fréquence ? : Quotidiennement  Une fois par semaine  Deux fois par semaine   
Plus de deux fois par semaine  Moins d'une fois par semaine
- Q75 Usage de détergent ? : Oui  non

#### 2. COLLECTE DES DECHETS

- Q76-Diète-l des poubelles au sein de votre établissement ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q77-Diète-l des déchets dans vos logements ? : Ou(1) non(2)..... ( )
- Q78-Diète-l une extraction des déchets de vos logements ? : Ou(1) non(2)..... ( )

#### 3. HYGIENE DE L'EAU

- Q79-Où provient l'eau que vous buvez ? : Robet(1) Châssis d'eau(2)..... ( )  
Autre(s) à préciser : .....
- Q80-l source d'eau de boisson est-elle différente de celle que vous utilisez pour votre douche ? : Ou(1) non(2)..... ( )
- Q81-Où conservez-vous l'eau que vous utilisez pour vos usages domestiques ? : Récepteur avec couvercle(1)..... ( )  
Réceptaires couverts(2)  
Autre(s) à préciser : .....

#### 4. HYGIENE CORPORELLE ET VESTIMENTAIRE (Q83 et 84 sont réservées aux mères ; Q85 et 86 aux mineurs)

- Q82-Avez-vous du savon pour la toilette ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q83-L'enfant bénéficie-t-il chaque jour d'au moins une douche ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q84-Avez-vous à chaque fois que nécessaire les habits de votre enfant ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q85-Bénéficiez-vous chaque jour d'au moins une douche ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q86-Avez-vous à chaque fois que nécessaire vos habits ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q87-Avez-vous des habits de rechange
- Q88-Êtes-vous satisfait(e) de la propreté vestimentaire et corporelle de vos codétenus(x) ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q89-Avez-vous du matériel de couchage ? : Lit(1) Nette(2) Aucun(3)..... ( )  
Autre(s) à préciser : .....

#### 5. SANITAIRES

- Q90-Avez-vous des toilettes à votre disposition ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q91-Sont-elles propres selon vous ? : Ou(1) Non(2)..... ( )

### B. PRESTATION DE SANTE

#### 1. ACCES AUX SOINS (Q92 et 93 sont réservées aux mères, Q94 et 95 aux mineurs)

- Q92-Depuis votre incorporation avez-vous déjà bénéficié d'une consultation pour votre enfant ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q93-oui, à quelle occasion ? : Episode de maladie(1), Consultation de nourrisson sain(2)..... ( )  
Autre(s) à préciser : .....

- Q94-Depuis votre incorporation avez-vous déjà bénéficié d'une consultation ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q95-oui, à quelle occasion ? : Episode de maladie(1), Consultation préventive(2)..... ( )  
Autre(s) à préciser : .....
- Q96-la consultation a-t-elle été faite à l'intérieur de la maison délégué ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q97-oui non, pour quelle(s) raison(s) ? : .....

- Q98-Que s'est-il passé entre le début de la maladie et la consultation ? : Moins de 24 heures(1), Plus de 24 heures(2)..... ( )
- Q99-est-ce supérieur à 24 heures pour quelle(s) raison(s) ? : Agent de santé non disponible(1)..... ( )  
Retard dans la décision de consulter(2)  
Autre(s) à préciser : .....
- Q100-Le malade a-t-il eu besoin d'un suivi médical ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q101-oui, par quel suivi a-t-il été fait ? : Agent de santé de la maison délégué(1)..... ( )  
Autre(s) à préciser : .....
- Q102-à quel suivi a-t-il été fait par l'agent de santé de la maison délégué ? : précisez pourquoi ? : .....

#### 2. ACCESSIBILITE AUX MEDICAMENTS (Q103 est réservée aux mères ; Q104 est réservée aux mineurs)

- Q103-votre enfant a-t-il déjà fait un épisode de maladie depuis votre incorporation ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q104-Avez-vous déjà fait un épisode de maladie depuis votre incorporation ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q105-oui / Avez-vous bénéficié d'un don de médicaments de l'infirmerie ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q106-Avez-vous bénéficié(e) d'un don de médicaments d'une autre origine ? : Ou(1) Non(2)..... ( )  
Préciser si nécessaire : .....
- Q107-Si vous n'avez pas bénéficié(e) de médicaments de l'infirmerie, dites pourquoi ? : Absence de médicament(1)..... ( )  
Absence de présentation adaptée(2)  
Autre(s) à préciser : .....

#### ALIMENTATION (Q108 est réservée aux mères)

- Q108-Où proviennent vos rations alimentaires par ordre d'importance ? : Mère(1)..... ( )  
Cuisine personnelle(2), Appartenance(3)
- Q109-Combien de repas sert-on aux détenus par jour ? : .....
- Q110-Que retrouve-t-on comme composition du repas servi, aux côtés de façon générale ? : Céréales (riz, maïs, sorgho, pâtes etc)   
Tubercules (pommes de terre, ignames, patates douces, taro)   
Huiles et graisses  Légumineuses (haricots verts, maïs, arachides, soja)   
Produits animaux (viande, lait, œufs, poissons, œufs)   
Légumes (feuilles, tomates, aubergines, courges, carottes)   
Fruits (mangue, goyave, citrons, oranges, mandarines)
- Q111-Les rations alimentaires que vous recevez vous suffisent-elles ? : Ou(1) Non(2)..... ( )
- Q112-Comment appréciez-vous la qualité de la nourriture servie ? : Mauvaise(1) Acceptable(2) Bonne(3)..... ( )
- Q113-Si vous estimez que la qualité de la nourriture est mauvaise, dites en quoi ? : .....



FICHE DE COLLECTE N° 3

GUIDE DE RECUEIL D'INFORMATION DES AGENTS DE SANTE DES MAISONS D'ARRÊT ET DE CORRECTION

Maison d'arrêt et de correction de : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Fiche n° \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

Fonction : \_\_\_\_\_

-Êtes-vous le seul agent de santé exerçant dans la maison d'arrêt ? : Ou(1) non(2) \_\_\_\_\_ ( )

Si vous êtes seul, êtes-vous présent en permanence à la maison d'arrêt ? : Ou(1) non(2) \_\_\_\_\_ ( )

Si non, pouvez-vous préciser vos jours de présence à la maison d'arrêt : \_\_\_\_\_

-Si il y a plusieurs agents de santé, pouvez-vous préciser s'il y a en permanence un agent de santé à la maison d'arrêt : Ou(1) non(2) \_\_\_\_\_ ( )

Si non, quel(x) jour(s) n'ya(t) pas d'agent de santé à la maison d'arrêt : \_\_\_\_\_

-Quelles infection(s) et/ou affection(s) rencontrez-vous le plus souvent chez les enfants des détenus et les mineurs ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Avez-vous des besoins en médicaments et consommables : \_\_\_\_\_

Si oui précisez les : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Disposez-vous de présentations adaptées aux enfants dans votre dépôt : \_\_\_\_\_

-Où proviennent vos médicaments et selon quelle fréquence êtes-vous doté :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Effectuez-vous des consultations de nourissons sains pour les enfants incarcérés avec leurs mères ? : Ou(1) Non(2) \_\_\_\_\_ ( )

-En cas de maladie d'un enfant dont le mère est incarcérée, faites-vous la consultation sur place ? : Ou(1) Non(2) \_\_\_\_\_ ( )

si non, précisez les raisons : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Délievez-vous des médicaments aux enfants malades accompagnant leurs mères en détention ? : Ou(1) Non(2) \_\_\_\_\_ ( )

si non, dites pourquoi : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Au cas où il n'ya pas de consultation sur place pour les enfants malades, comment gérez vous leurs épisodes de maladie

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Rencontrez-vous des problèmes de santé spécifiques aux enfants et aux mineurs ? : Ou(1) Non(2) \_\_\_\_\_ ( )

si oui, lesquels ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Existe-t-il des dépôts de déchets à ciel ouvert au sein de la maison d'arrêt ? : Ou(1) non(2) \_\_\_\_\_ ( )

-Existe-t-il une extraction des déchets hors de la maison d'arrêt : Ou(1) non(2) \_\_\_\_\_ ( )

Si non, comment les déchets sont gérés ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Comment se manifeste d'iniquement la malnutrition ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Quelles sont les variables les plus utilisées en anthropométrie pour apprécier l'état nutritionnel des enfants ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 -Pour quelle (x) valeur (x) de l'indice poids pour taille (RpT) parle-t-on de malnutrition aigue sévère chez l'enfant ? : \_\_\_\_\_ ( )  
 RpT < 70% (1) 70 % ≤ RpT < 80% (2) RpT > 85% (3)

-Pour quelle (x) valeur (x) de l'indice poids pour taille (RpT) l'enfant est-il considéré comme malnutri aigue modéré ? : \_\_\_\_\_ ( )

RpT < 70% (1) 70 % ≤ RpT < 80% (2) RpT > 85% (3)

-Les œdèmes et les troubles cutanéo-ophthalmiques sont le plus souvent rencontrés au cours de ? : Kwashiorkor(1) Marasme(2) \_\_\_\_\_ ( )

-chez 4 complications de la malnutrition aigue sévère : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge sanitaire des mineurs et des enfants en prison avec leur mère ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Annexe 5 : Autorisations

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
SECRETARIAT GÉNÉRAL



BURKINA FASO  
Unité - Progrès - Justice

Ouagadougou, le 04 AUG 2011

N° <sup>5-1609</sup> 2011-MS/SG/BE

Objet : accord pour mener une enquête

Réf. :

*Le Secrétaire Général  
du Ministère de la Santé*

*A*

**Monsieur ZOMA T. Arsène Clovis  
Etudiant en 8e année de médecine**

Monsieur,

J'accuse réception de votre demande en date du 18 juillet 2011, relative à une demande d'autorisation pour effectuer une enquête nutritionnelle chez les mineurs détenus et les enfants de moins de cinq ans dont les mères sont en détention au Burkina Faso.

Par la présente, je vous informe que je donne mon accord pour la réalisation de ladite enquête.

Vous voudriez bien à l'issue de vos travaux de recherche sur le terrain, déposer au Ministère de la santé un rapport de l'activité.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Ampliations  
-CAB (ATCR)

*[Signature]*  
**Dr Souleymane SANOU**  
Chevalier de l'ordre national



MINISTERE DE LA JUSTICE ET DE LA  
PROMOTION DES DROITS HUMAINS

-----  
CABINET  
-----

DIRECTION GENERALE DE LA GARDE  
DE SECURITE PENITENTIAIRE

BURKINA FASO  
Unité – Progrès - Justice

Ouagadougou, le 07 SEP 2011

N° 11-562 /MJPDH/CAB/DGGSP

## AUTORISATION D'ACCES

Dans le cadre de ses recherches pour sa thèse de fin d'études médicales, **une autorisation d'accès** aux Maisons d'Arrêt et de Correction du Burkina Faso est accordée à **Monsieur ZOMA T. Arsène Clovis** étudiant à l'Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé (UFR/SDS)

Il est tenu au respect strict de la réglementation pénitentiaire en vigueur, faute de quoi, la présente autorisation sera annulée.

Les Régisseurs sont priés d'apporter à l'intéressé toute l'assistance nécessaire.

Le Directeur Général de la Garde de Sécurité Pénitentiaire



**Adama ROUAMBA**  
Inspecteur de Sécurité Pénitentiaire

## RÉSUMÉ

**TITRE :** Conditions de vie, état nutritionnel et morbidité des mineurs détenus dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso.

**Objectif :** Etudier les conditions socio-sanitaires des mineurs détenus.

**Méthodes :** notre étude s'est déroulée du 19 septembre 2011 au 12 janvier 2012 dans les maisons d'arrêt et de correction du Burkina Faso. Il s'est agi d'une étude descriptive transversale à visée analytique à passage unique.

**Résultats :** durant la période d'étude, 109 mineurs ont été retrouvés dans les maisons d'arrêt. Notre étude montre que :

- Les mineurs, qui sont presque exclusivement de sexe masculin, ont des conditions sociodémographiques défavorables : 49,5% des mineurs sont issus de familles à bas niveau socioéconomique ; 53,21 % des mineurs et 76,10% des chefs de ménage n'ont pas été scolarisés.
- Les conditions de détention sont mauvaises : un repas journalier (52,34%), insuffisant en quantité (50,5%) ; une mauvaise hygiène alimentaire, corporelle (48,6% n'avaient pas de savon) et environnementale (27,3% de cellules nettoyées moins d'une fois/semaine).
- L'appareil judiciaire connaît un dysfonctionnement : 72,48 % des mineurs emprisonnés sont en détention provisoire. Les liens entre les mineurs incarcérés et leurs familles sont souvent rompus : 41,42% des mineurs ne reçoivent pas de visites familiales.
- L'hématurie (21,5%), la fièvre (19,28%), la malnutrition aiguë (17,43%), les affections ORL et digestives (12,05%) sont les signes et pathologies les plus rencontrés chez les mineurs.
- Le quasi-totalité des mineurs (97,25%) sont de sexe masculin et sont issus du milieu rural.
- La malnutrition n'est pas associée individuellement à l'âge, au nombre de repas journaliers, à la durée de détention, au niveau socioéconomique de la famille et au lieu de la détention.

**MOTS CLÉS :** Mineurs, état nutritionnel, conditions de détention, maisons d'arrêt et de correction.

**AUTEUR :** ZOMA Timbkièta Arsène Clovis **Email :** [zarsene36@yahoo.fr](mailto:zarsene36@yahoo.fr) **Tél :** (+226).71.71.52.48

## SUMMARY

**TITLE:** ¶Living conditions, nutritional state and morbidity of the minors held in remand and correction home of Burkina Faso.¶

**Objective:** To study socio-sanitary conditions of held minors.

**Methods:** Our study proceeded of September 19, 2011 to January 12, 2012 in remand and correction home of Burkina Faso. It was about a transverse descriptive study with analytical aiming with single passage.

**Results:** during the period of study, 109 minors were found in the prisons. Our study shows that:

- The minors, who are almost exclusively of male sex, have unfavourable sociodemographic conditions: 49, 5% of the minors result families on low socio-economic level; 53, 21 % of the minors and 76,10% of the heads of household were not provided education for.
- The conditions of detention are bad: a daily meal (52, 34%), insufficient in quantity (50, 5%); a bad food hygiene, body (48, 6% did not have soap) and environmental (27, 3% of cleaned cells less one time by week).
- The judiciary system functions badly: 72, 48 % of the imprisoned minors are in provisional detention. The relations between the juveniles detained and their families are often broken: 41, 42% of the minors do not receive family visits.
- The hematuria (21, 5%), the fever (19, 28%), acute malnutrition (17, 43%), ENT and digestive affections (12, 05%) are the symptoms and pathologies the most met in the minors.
- The majority of minors (97,25%) are male and come from the rural area.
- Malnutrition is not individually associated with the age, with the number of daily meal, the duration of detention, the socio-economic level of the family and instead of detention.

**KEYWORDS:** Juveniles, malnutrition, conditions of detention, prisons

**AUTHOR:** ZOMA Timbkièta Arsène Clovis **Email:** [zarsene36@yahoo.fr](mailto:zarsene36@yahoo.fr) **Tel:** (+226).71.71.52.48