

## AFFECTIONS CHIRURGICALES EN DETENTION PREVENTIVE AU CAMP 1 DE GENDARMERIE DE BAMAKO (MALI) : ASPECTS MEDICO-LEGAUX.

*Surgical disorders during pre-trial detention at camp 1 of gendarmerie, Bamako (mali): medico-legals aspects.*

S Kéita, M Coulibaly, A Sangaré, M Sanou, A Kanté, B Dicko, D Kanikomo.

**Auteur correspondant :** Kéita Soumaïla, Médecin légiste, chirurgien généraliste, Service de chirurgie « A » CHU du Point G Bamako. BP : 333 Bamako, République du Mali. E-mail : keita\_soumi@yahoo.fr. Tel : (00223) 66714040 / 75108839

### RESUMÉ

**Objectifs :** décrire les aspects épidémiologiques, thérapeutiques des affections chirurgicales chez les patients en détention préventive au Camp 1 de gendarmerie de Bamako (Mali) et analyser les aspects médico-légaux. **Méthode :** L'étude était rétrospective descriptive sur une période de trois ans (janvier 2014 à décembre 2016), réalisée chez les patients au cours de leur détention préventive au Camp 1 de gendarmerie de Bamako. Ont été inclus, tous les détenus ayant séjournés au centre de détention du Camp 1 de gendarmerie de Bamako et dont la prise en charge médicale avait nécessité un acte chirurgical, réalisé ou coordonné par l'équipe soignante de l'infirmerie de la dite garnison. **Résultats :** Les dossiers cliniques de 42 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 36,5 ans avec des extrêmes de 24 ans et 73 ans. Tous étaient de sexe masculin. La durée moyenne de la détention préventive était de 17 mois avec des extrêmes de 16 jours et 36 mois. A leur arrivée 35,7% des détenus (N=15/42) ont été vus par un agent de santé, parmi lesquels 16,6% (N=7) avaient besoin de gestes chirurgicaux en urgence. Le délai moyen d'accès aux soins était de 4 heures avec des extrêmes de 6 jours. Le consentement aux soins avait été obtenu dans 54,8% (N=23/42). Les affections traumatiques ont été les principales étiologies des soins en urgence. Aucun dépistage systématique d'affections contagieuses, ni de visite de sortie. Aucun décès n'avait été enregistré pendant les 3 années de l'étude. **Conclusion :** Les affections chirurgicales ne sont pas rares en détention au camp 1 de gendarmerie de Bamako. Le déficit de prise en compte des aspects médico-légaux influence sur la qualité des soins aux détenus. **Mots clés :** Affection, Chirurgie, Détention, Gendarmerie

### ABSTRACT

**The aim** of this work was to describe the epidemiological and therapeutic aspects of surgical diseases in patients in pre-trial detention at Camp 1 of Gendarmerie in Bamako (Mali) and to evaluate the medico-legal aspects of this management. **Method:** It was a descriptive retrospective study over a three year period (January 2014 to December 2016). Included were all detainees who had stayed at the Bamako Gendarmerie Camp 1 detention center and whose medical care had required a surgical procedure, performed or coordinated by the staff of the garrison. **Results:** Clinical records of 42 inmates-patients were collected. Their average age was 36.5 years varying between 24 years and 73 years and all of them were men. The average length of pre-trial detention was 17 months varying from 16 days to 39 months. On arrival, 35.7% of the detainees (15/42) benefited from an initial examination by a garrison infirmary health worker. Among them, 46.7% (7/15) required urgent surgical procedures. The average time to access care was 4 hours varying from to 6 days. Consent to care was obtained from 54.8% (23/42) of prisoners prior to any medical procedure. Traumatic conditions were the main etiologies of emergency care. Systematic screening for communicable diseases and exit visit at discharge were not performed. Over the 3 yearlong study period, no case of death was recorded. **Conclusion:** The medical and surgical management of these detainees has enabled the staff of the garrison infirmary at Camp 1 to acquire knowledge and skills in detention health. The impact of this acquisition is reflected as an improvement in the quality of care over the years. **Keywords:** Conditions, Surgery, Pre-trial detention, Gendarmerie

### INTRODUCTION

Conformément au code de procédure pénale, le juge à travers une ordonnance ou un mandat de dépôt peut décider de la nécessité d'une détention préventive.

Le détenu est soumis à cette mesure privative de liberté dans le cas de crimes ou de délits flagrants et toutes les fois que, en raison de l'existence de présomptions graves, la détention semble nécessaire comme une mesure de sureté pour éviter de nouvelles infractions, comme une garantie de l'exécution

de la peine ou comme un moyen d'assurer la sécurité de l'information [1,2].

Le milieu carcéral est un monde de privation non souhaité avec ses contraintes et ses exigences, responsable d'une morbidité dans un environnement de précarité. Le principe de présomption d'innocence doit être la règle jusqu'à preuve du contraire.

Le détenu prévenu doit bénéficier de garantie de sécurité conformément aux recommandations internationales des droits des prisonniers. Sa santé, son intégrité et sa dignité doivent être sauvegardées et ce,

indépendamment de sa culpabilité, de la gravité des faits [3]. Leur prise en charge médicale, au-delà du caractère éthique s'impose comme une nécessité. Selon l'observatoire international des prisons une fois leur peine expirée, les détenus mal ou non traités en prison font courir un risque de contagion au reste de la société [4].

Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, thérapeutiques des affections chirurgicales chez les patients en détention préventive au Camp 1 de gendarmerie de Bamako (Mali) et d'analyser les aspects médico-légaux de cette prise en charge.

## PATIENTS ET METHODE

L'étude était prospective descriptive sur une période de trois ans (janvier 2014 à décembre 2016), réalisée chez les patients au cours de leur détention préventive au Camp 1 de gendarmerie de Bamako.

Ont été inclus, tous les détenus ayant séjournés au centre de détention du Camp 1 de gendarmerie de Bamako et dont la prise en charge médicale avait nécessité un acte chirurgical, réalisé ou coordonné par l'équipe soignante de l'infirmerie de la dite garnison.

Il a été procédé à un recrutement par la méthode exhaustive portant sur le dossier médical de tous les détenus incarcérés pendant la période de l'étude et répondant aux critères de l'étude.

Les données ont été collectées à partir des registres d'admission au niveau du service d'investigations judiciaires (SIJ), les registres de consultations et de soins aux détenus de l'infirmerie de garnison, les certificats médicaux, les comptes rendus opératoires et les ordonnances de mise en liberté du juge d'instruction.

Le principe de l'anonymat des détenus patients a été respecté et le consentement aux soins était recherché pour certains détenus-patients.

**Le Camp 1 de gendarmerie de Bamako :** Le Camp 1 est une des garnisons de la gendarmerie de Bamako. Il est situé en Commune III du District de Bamako, au quartier Daresalam. Il abrite l'infirmerie centrale de la gendarmerie nationale.

Pour des impératifs de sécurité et aussi du fait de la particularité de certains détenus, il est devenu le lieu d'incarcération des détenus qui échappent au droit commun.

**Le parcours du détenu :** Après la mise sous mandat de dépôt du procureur ou du juge d'instruction, le détenu est acheminé au SIJ. A ce niveau, les officiers de police judiciaire (OPJ) chargés de l'enquête procèdent aux formalités administratives, à l'identification judiciaire. Après notification des charges retenues et de ses droits, le détenu sera maintenu en garde à

vue pour nécessités d'enquête et transféré ultérieurement dans les locaux du GIGM dans le cadre de la détention préventive

**L'organisation des soins :** Au-delà de son traditionnel rôle de soutien sanitaire aux gendarmes et familles, l'infirmerie du camp 1 joue le rôle de structure de soins et intègre la prise en charge médicale des détenus dans ses activités.

L'accès aux détenus patients se faisait de deux manières :

- ) Le personnel de santé pouvait se rendre directement en zone de détention en accord avec l'officier de permanence après autorisation du commandant SIJ,
- ) Le patient détenu ayant besoin de soins était conduit à l'infirmerie sous surveillance sécuritaire.

## RESULTATS

Durant la période de l'étude, 240 détenus-patients ont été soignés sur un total de 629 enregistrés. Les dossiers cliniques de 42 patients (17,5%) répondants aux critères de l'étude ont été colligés. L'âge moyen était de 36,5 ans (les extrêmes ont été de 24 ans et 73 ans). Tous étaient de sexe masculin, mariés dans 73,8%, non lettrés dans 30,9%. Les détenus étaient de nationalité malienne dans 83,3%(N=35) les autres nationalités étaient essentiellement burkinabé, mauritanienne, algérienne et nigérienne dans respectivement 7,1%, 4,8%, 2,4% et 2,4%.

Les interpellations ont été enregistrées dans les régions du nord Mali (Gao, Kidal, Tombouctou et Ménaka) dans 62%. Les interpellations et arrestations ont été réalisées par les éléments des forces armées et de sécurité maliennes dans 73,8%, par les éléments de la MINUSMA dans 15% et dans 11,2 % par les forces alliées Françaises (Serval ou Barkhane).

Les motifs de détention étaient essentiellement des crimes dont le terrorisme et association de malfaiteurs dans 69%, (N=29), assassinat et complicité d'assassinat dans 9,5%, (N=4), tentative d'attentat et complot contre le gouvernement dans 2,3%(N=1). Une moyenne de 4 détenus par cellule avec des extrêmes de 1 et 12 pour environ 12 m<sup>2</sup>.

La durée moyenne de la détention préventive était de 17 mois avec des extrêmes de 16 jours et 36 mois. Le séjour au cours de cette détention préventive était inférieur à 6 mois dans 40,4 %. Les détenus militaires ont représenté 16,6% (N=7). A leur arrivée 35,7% des détenus (N=15/42) ont été vus par un agent de santé contre 64,3% de non consultés, parmi lesquels 16,6% (N=7) avaient besoin de gestes chirurgicaux en urgence.

**Le tableau I** résume les données de cette visite d'accueil. Le délai moyen d'accès aux soins était de 4 heures avec des extrêmes de 6 jours. Certaines demandes de consultations étaient exprimées à plusieurs reprises sans succès pour des raisons qui incombaient au commandement.

En détention, 19% (N=8) disposaient d'une assurance maladie avec un taux de couverture à 70%. La douleur a été le motif de consultation dans 85,7% (N=36). Des antécédents pathologiques étaient retrouvés en consultation dans 40,4% (N=17). Les examens complémentaires ont été réalisés en externe, essentiellement des examens standards accessibles à type de radiographie, d'échographie et de bilans biologiques. Le **tableau II** décrit la nature des pathologies chirurgicales prises en charge. Pour les 20 patients pris en charge en urgence, 7 avaient été diagnostiqués à la visite d'accueil. Les étiologies des actes chirurgicaux réalisés en urgence sont décrites dans le **tableau III**.

Le consentement aux soins pour l'ensemble des patients était de 36,2% (N=87/240). En cas de chirurgie lorsque ce consentement était demandé, avait été obtenu dans 54,8% (N=23/42), demandé et non obtenu dans 14,3% (N=6/42), non demandé dans 21,4% (N=9/42) et non documenté dans 9,5% (N=4/42). Les traitements chirurgicaux sont consignés dans le **tableau IV**.

Les suites opératoires ont été simples dans 85,7%, la morbidité post-opératoire a été de 14,3% (N=6) dont 4 cas de suppuration pariétale, 1 cas de gangrène du membre ayant nécessité une amputation et 1 cas d'altération de l'état général sur terrain de déficit immunitaire.

La durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire dans une structure sanitaire a été de 8,4 jours ±4,6. Cette hospitalisation était réalisée dans 61,9% au niveau de l'infirmierie du camp 1. La mortalité a été nulle pour ces détenus patients prises en charge chirurgicalement. Quatre patients ont été remis en liberté pour état de santé après chirurgie, jugé incompatible avec les conditions de détention. Les conditions matérielles de la détention et les aspects médico-légaux dans la prise en charge chirurgicale ont été décrits dans le **tableau V**.

**Tableau I : Caractéristiques de la visite d'accueil**

Constatacion à l'arrivée	Effectifs	(%)
Visite d'accueil réalisée	82/240	34,2
État de santé altéré	70/82	85,4
Besoins de soins en urgence	18/82	22,0
Affection chirurgicale détectée à l'arrivée	15/82	18,3
Besoins de soins chirurgicaux en urgence	7/82	8,5
Affections traumatiques	21/82	25,6
Pathologies cardio-vasculaires	14/82	17,1
Troubles psychiatriques	9/82	11,0
Pathologies infectieuses et parasitaires	17/82	20,7

**Tableau II : Pathologies chirurgicales prises en charge**

Pathologies	Effectifs	(%)
-------------	-----------	-----

Crise hémorroïdaire	2	4,8
Abcès du périnée	1	2,4
Péritonite aigue	2	4,8
Hémopéritoine traumatique	2	4,8
Corps étrangers	6	14,2
Appendicite aigue	1	2,4
Hernie de l'aîne	2	4,8
Lésion pariétale traumatique	7	16,6
Rétention aigue d'urine	2	4,8
Traumatisme ostéo-articulaire	11	26,1
Affection bucco-dentaire	4	9,5
Lésion par brûlure thermique	2	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

**Tableau III : Etiologies des soins chirurgicaux en urgence**

Etiologies	Effectifs	(%)
Appendicite	1	5
Péritonite	2	10
Hémopéritoine	2	10
corps étranger	3	15
Hernie étranglée	1	5
Amputation traumatique	1	5
Fracture ouverte	3	15
Thrombose hémorroïdaire	2	10
Abcès du périnée	1	10
Lésion hémorragique	3	15
Corps étranger intra oculaire	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IV : Gestes réalisés en chirurgie**

Gestes	Effectifs	(%)
Extractions dentaires	3	7,1
Suture de plaie buccale	1	2,4
Cystolithotomie	1	2,4
Adénomectomie Trans vésicale	1	2,4
appendicectomie classique	1	2,4
Laparotomie médiane et traitement de la cause	4	9,5
Hémostase chirurgicale de lésion externe	7	16,6
Extraction corps étrangers	6	14,3
Parage - Fixateur externe - ostéosynthèse	11	26,1
Hemorroidectomie	2	4,8
Herniorraphie classique	2	4,8
Incision abcès du périnée	1	2,4
Aponévrotomie de décharge	2	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

**Tableau V: Aspects médico-légaux de la prise en charge**

Aspects médico-légaux	Effectifs	(%)
-----------------------	-----------	-----

Visite d'accueil réalisée	82/240	34,1
Dépistage systématique d'affections contagieuses	0/240	0
Accessibilité générale aux soins	33/240	13,7
Accessibilité aux soins en urgence	70/240	29,1
Conditions d'hygiène en détention jugées acceptables	21/240	8,7
Dignité et de l'intégrité physique jugées respectables	46/240	19,1
Environnement carcéral jugé satisfaisant	11/240	4,5
Caractéristiques ergonométriques jugées satisfaisantes	14/240	5,8
Confidentialité dans les soins	9/240	3,7
Consentement aux soins	87/240	36,2
Confiance au personnel soignant	20/240	8,3
Continuité des soins après sortie	-	-

## COMMENTAIRES

Le centre de détention du camp 1 de la gendarmerie nationale non conventionnelle dans l'organisation pénitentiaire nationale, était conçu au départ pour recevoir les détenus militaires et politiques. Il est devenu de nos jours une véritable structure pénitentiaire au regard du nombre et de l'affluence des détenus.

La santé en milieu carcéral au Mali est sous tutelle du Ministre de la justice et régi à travers un règlement intérieur [5]. Des difficultés existent dans la prise en charge des détenus liées à l'insuffisance de ligne budgétaire allouée.

Sur un total de 240 détenus pris en charge à l'infirmerie de garnison, 17,5% répondaient aux critères de l'étude. En détention, la gestion des affections chirurgicales dans notre contexte de travail pose un problème de coordination entre nécessité de soins et impératifs de sécurité. Les exigences sécuritaires prenant le dessus sur les contraintes de soins au regard du caractère potentiellement dangereux de certains détenus mais aussi des antécédents de tentatives d'évasion pour d'autres. Le déficit de confidentialité dans les soins altère la confiance au personnel soignant obligé de se conformer aux interdictions imposées à toutes les personnes accomplissant des fonctions ou un service quelconques dans l'établissement de détention [5].

Les détenus étaient majoritairement des maliens engagés dans une rébellion pour l'autonomisation du nord du mali mais aussi des présumés terroristes et autres narcotrafiquants œuvrant dans cette partie du pays. Les non maliens étaient des ressortissants de pays limitrophes.

L'âge moyen était de 36,5 ans (extrêmes : 24 ans et 73 ans) tous de sexe masculin. L'âge moyen des détenus en Guinée selon l'étude de Bah et coll. [6], était de 23 ans. Le constat que la jeunesse et le sexe masculin soient majoritaires dans la population carcérale, semble relever d'une règle de Benezech et coll. «*quel que soient le milieu carcéral et le milieu socio-politique, il est établi qu'il existe une dépendance étroite entre comportement criminel, sexe et âge*».

Aucun détenu de sexe féminin ne répondait aux critères de l'étude, cela était lié à la sous représentativité des femmes dans la population carcérale et à l'existence de structure spécialisée dans la détention pour femmes (Bollé). Les délais anormalement prolongés de la détention préventive étaient liés à la complexité de certains dossiers pour raison d'état. La majorité des détenus relevait du pôle judiciaire spécialisé de la brigade des investigations spécialisée dans la lutte contre le terrorisme et la criminalité trans nationale.

Le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son entrée et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement. Ce qui permettra de déceler d'éventuelle maladie physique ou mentale et de prendre toutes les mesures nécessaires, d'assurer la séparation des détenus suspects de maladies infectieuses ou contagieuses, de révéler les déficiences physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement et de déterminer la capacité physique de travail de chaque détenu [5].

Chez l'ensemble des 240 détenus pris en charge, 34,2% avaient été consultés à l'arrivée (N=82/240). L'absence de systématisation de la visite à l'arrivée des détenus était liée à un déficit d'information sur les droits et aussi un manque de coordination entre les différents acteurs impliqués. Aucun dépistage d'affection contagieuse n'avait été réalisé pendant cette période.

Sur 82 détenus visités à l'arrivée, 18 avaient besoin de soins en urgence, parmi lesquels 7 nécessitaient des actes chirurgicaux en urgence. Il s'agissait essentiellement de lésions traumatiques suite aux sévices corporels survenus au moment des interpellations ou au cours du transport ce qui traduit le contexte de violence perpétrée au cours de ces interpellations-arrestations. Les violences étaient les principales causes de traumatismes selon Lacambre M. [7]. Les agressions entre personnes incarcérées ont représenté 40 % des étiologies de traumatismes selon Ludwig A et al. [8]. Le délai moyen entre la demande et l'accès aux soins était de 4 heures pour l'ensemble des détenus avec des extrêmes de 6 jours voire des sollicitations sans suite par manque de coordination ou pour des motifs dépendants de l'autorité militaire. Ce délai

était écourté en cas de nécessité de soins en urgence exception faite des situations où les exigences de sécurité primaient.

Quel que soit l'organe ou l'appareil concerné le motif de consultation était la douleur dans 85,7% (n=36). Compte tenu du caractère subjectif, la douleur était évoquée par les détenus pour souvent se soustraire de leur environnement carcéral car l'accès à l'infirmerie distante de leur lieu d'incarcération était considéré comme un moment de détente qu'ils jugeaient bénéfique pour leur mental.

Les urgences chirurgicales non traumatiques ont concernées les affections pariétales, proctologiques, urologiques et les pathologies infectieuses intra péritonéales. La prise en charge de ces différentes pathologies se faisait dans un contexte de nécessité.

Les détenus doivent recevoir une information "loyale, claire et appropriée" sur leur état, les investigations ou les soins proposés. Elle est un préalable au consentement qui mérite d'être recueilli avec encore plus d'attention que de la part de personnes libres (art.35 du CDM) [9].

Le consentement était demandé dans 36,2% chez les 240 patients. En cas de nécessité d'un acte chirurgical plus d'un patient sur quatre recevait des soins chirurgicaux sans son consentement, ce qui est lié au départ à une méconnaissance du droit fondamental des détenus-patients par le personnel soignant.

Les actes ayant nécessité une anesthésie générale ou loco-régionale ont été pratiqués dans les structures hospitalières, faute de plateau technique. En l'absence de service médicalisé sécurisés, les patients étaient ramenés à l'infirmerie pour la suite des soins. Les quatre patients détenus remis en liberté pour état de santé après chirurgie, jugé incompatible avec les conditions de détention étaient porteurs de comorbidités pouvant mettre en jeu le pronostic vital ultérieur. Dans le respect du secret médical, une correspondance était adressée pour chaque cas au juge avec mention "détenu dont l'état de santé présente un risque évolutif létal du fait des conditions et exigences de la détention". Cette approche a contribué à l'absence de mortalité au cours de cette prise en charge.

L'absence de traçabilité dans la continuité des soins après la mise en liberté était surtout liée à une absence de visite de sortie et un manque d'information du médecin par l'autorité militaire, qui du fait du secret médical ne dispose pas d'élément sur l'état de santé et la nécessité d'un suivi après détention.

## CONCLUSION

Les affections chirurgicales ne sont pas rares en détention au camp1 de gendarmerie de Bamako. Le déficit de prise en compte des aspects médico-légaux influence sur la qualité des soins aux détenus.

## REFERENCES

1. **Le code de procédure pénale du Mali**, régi par la loi n° 01-080 AN-RM du 20 Août 2001.
2. **Le code pénal du Mali**, régi par la loi N°61-99 AN-RM du 03 Août 1961.
3. **Bosle B., Bouvier J.C., Dino S.** Le nouveau guide des prisonniers. Paris édition de l'atelier/éditions ouvrières : 2000, 232-271
4. **Tiendrebeogo S., Meda N., Bakyono A., Ouangré A., Van De Pierre P., Tarnagda Z.** Milieu carcéral et risque sanitaire : Identification des priorités de santé chez les détenus de la prison centrale de Bobo Dioulasso au Burkina Faso O.C.C.G.E. Centre MURAZ. Mars 2000. 38p
5. **Règlement intérieur des Etablissements Pénitentiaires et de l'Education Surveillée au Mali.** Régi par l'arrêté n°2016-4748 MJDH-SG du 29 décembre 2010.
6. **Bah H., Diaby A.K., Soumah M.** Profil épidémiologique de la pathologie carcérale à la maison centrale de Conakry (Guinée) Journal de Méd. Leg. Droit Méd 2006 ; vol 49, N7-8. 309-314.
7. **Lacambre M., Courtet P.** Violence et prison. La Lettre du Psychiatre : 2012 ; Vol. VIII - n°5
8. **Ludwig A, Cohen L, Parson A, Venters H.** Injury surveillance in New York City jails. Am J Public Health 2012; 102(6):1108-11.
9. **Le Code de déontologie médicale du Mali** portant institution de l'ordre national des médecins régi par la loi n°86-35 AN-RM du 12 avril 1986.
10. **Hennette-Vauchez S.** « Le principe de dignité de la personne humaine, socle des droits fondamentaux de la personne détenue ? », in **Boussard S.** (dir.), Les droits de la personne détenue, Dalloz, coll. "Thèmes et Commentaires", 2013, p. 45.
11. **BYK C.** La nouvelle recommandation du conseil de l'Europe sur les aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire. Journal de Médecine Légale, Droit médical 1999 ; vol42, N 4 : 281-286.
12. **Banda H T, Gausi F, Harries AD, Salaniponi FM.** Prevalence of smear-positive pulmonary tuberculosis among prisoners in Malawi: A national survey. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2009, 13 : 1557-9
13. **Koffi N., Ngom A K., AK-Danguy E.** Tuberculose pulmonaire bacillifère en milieu carcéral : Notre expérience au camp pénal de Bouake, Côte d'Ivoire. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 1997, 1 (3): 250-253.