

La maladie dans les prisons ivoiriennes : la situation à la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (MACA)

Massandjé TRAORE, Docteure en droit, Maître-Assistante en Criminologie à l'UFR de Criminologie de l'Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan - Email : massandje.traore@free.fr

L'intérêt de l'Énap sur les questions (réalités) pénitentiaires africaines s'affirme au fil des ans. Que ce soit désormais dans le cadre du séminaire « Afrique et Prison » organisé par le Cirap, ou encore dans la perspective des 5^{èmes} journées internationales de la recherche en milieu pénitentiaire qui se tiendront en juin prochain sur le thème « des prisons au-delà des frontières », les objectifs sont multiples : créer un réseau francophone de chercheurs et de professionnels fédérés autour de la thématique de recherche Prisons et Afrique, permettre à des chercheurs francophones travaillant sur le champ pénitentiaire de se rencontrer et d'échanger, élaborer des projets de recherche communs, ou encore, le cas échéant, proposer aux personnels et aux élèves de l'Énap des journées de formation centrées sur la découverte d'autres systèmes pénitentiaires.

Le travail de recherche de Massandjé Traoré est présenté ici dans cette perspective. C'est un retour aussi, à sept ans d'intervalle, à la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan où la Chronique de Yebouet Boah Henry nous avait conduits alors¹.



La Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan, en février 2016.
© SIA-KAMBOU / AFP

Introduction

Partout dans le monde, l'Observatoire International de la Prison (OIP, 2012) ainsi que des observateurs d'autres origines institutionnelles se mobilisent pour décrire et dénoncer la réalité à l'intérieur des prisons (Bès, 2015)², et pour exiger l'humanisation des conditions de détention. Cette volonté d'humaniser les prisons s'accompagne d'un mouvement de reconnaissance des droits des personnes détenues, au travers notamment d'une tentative de formalisation des règles pénitentiaires. Une nouvelle conception de la

prison tend à prévaloir et fait des détenus des citoyens titulaires de droits humains - dont le droit à la santé.

En effet, l'OMS estime que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »³. Le droit à la santé est ainsi défini comme le bien-être, tant physique que mental et social, de la personne humaine et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmité. Il implique également la nécessité d'accéder aux soins et à une protection de la santé. Dans cet esprit, Jacquard (2008) pense que « la santé, cet état de bien-être que chacun souhaite, est trop dépendante des aléas imposés par la nature pour être présentée comme un droit. Du moins peut-on souhaiter que chacun ait accès aux soins permettant de la rétablir ou de l'améliorer ». Pour cet auteur, c'est donc la notion de « droit aux soins » qui est pertinente, et non celle de « droit à la santé ».

Qu'il s'agisse du droit à la santé et/ou aux soins, la référence au principe de dignité contribue à l'enracinement de ces droits en leur donnant un fondement moral et théorique qui renforce leur impérativité. Dans plusieurs pays, ce droit est même consacré comme droit fondamental. Les dispositions de l'article 9 alinéa 2 de la constitution ivoirienne stipulent que : « toute personne a droit à un accès aux services de santé ». Il s'agit par définition d'un droit universaliste et égalitaire. L'OMS ne promeut-il pas la santé pour tous? Le droit aux soins implique encore la solidarité au sein de la société. Cet aspect est clairement énoncé dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 (articles 22 et 25).

Cependant, ce droit humain, ce droit de tout être humain à recevoir les soins que nécessite son état de santé est lourd de conséquences. Il implique la nécessité d'accéder aux soins et à une protection de la santé, et nous savons qu'en bien des lieux dans le monde, cet accès n'est pas toujours possible. Pensons aux situations de précarité et de pauvreté qui freinent l'expression de ce droit, particulièrement en Afrique et surtout dans nos prisons.

En réalité, les textes prévoient que les soins prodigués aux prisonniers soient équivalents à ceux donnés à la population générale et que les soins en prison sont gratuits mais la réalité est tout autre, le « statut » de détenu étant en lui-même incompatible avec cette équivalence des soins.

¹ Yebouet Boah Henry, « La femme délinquante en milieu carcéral : le cas de maison d'arrêt et de correction d'Abidjan(MACA) », Les chroniques du Cirap, N° 14, août 2012.

² François BES est le coordinateur de l'OIP (Observatoire International des Prisons) pour l'Île-de-France et l'Outre-Mer.

³ Préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Comme le souligne Le Marcis (2016), le droit aux soins reste une préoccupation en Afrique, surtout dans les lieux d'enfermement tels que les prisons. Peut-on en déduire que l'enfermement constitue-t-il un frein au droit aux soins des personnes incarcérées? Peut-on parler de droit à la santé si l'on est privé de soins?

Selon Betteridge (2004), il n'existe aucun endroit où l'accès à la médecine et aux moyens de mener une vie saine est plus négligé que derrière les murs des prisons, où « la maladie est la forme de décès la plus commune ».

En effet, la réalité des conditions de détention dans certaines prisons rappelle quelquefois d'autres contextes de privation de libertés antérieurs à l'époque moderne, abordés par Michel Foucault (1973). Dans une approche explicative de la santé en prison, Mouquet, Dumont et Bonnevie (1999) indiquent que ceci relève d'un cumul de facteurs de risque. Concernant les prisons ivoiriennes, Khudr (2015)⁴ décrit un tableau non exhaustif de ces facteurs qui sont liés, aux conditions de détention inhumaines, la surpopulation carcérale, la rareté des soins médicaux et des médicaments disponibles. Selon lui, la promiscuité dans ce lieu de détention, la vétusté et le manque d'hygiène favorisent en quelque sorte des risques de transmission et de contamination pour tous les prisonniers mais aussi pour le personnel pénitentiaire, faisant ainsi de la prison un véritable lieu de maladie. D'ailleurs, Hazan⁵ citée par Vinégla (2015) s'émeut du sort réservé aux détenus et des conditions d'enfermement trop restrictives de leurs droits. Pour cet auteur, la surpopulation carcérale est le « terreau d'une forme de radicalisation des esprits au sens large » et ne permet ni le respect de la dignité des détenus, ni le respect de leur droit à la santé.

Les travaux de Le Marcis (2016) sur « l'impossible gouvernement de la santé en prison », relèvent d'autres facteurs liés aux règles contraignantes imposées aux détenus par l'administration pénitentiaire ainsi que par d'autres détenus. Selon l'auteur, l'univers carcéral se caractérise par la rupture avec les règles qui régissent la vie à l'extérieur puisque la MACA est en effet soumise à une hiérarchie interne très stricte qui se traduit par une profusion de titres entre détenus. Les interactions entre eux sont régies par des modalités définies et imposées par un gouvernement interne à la prison constitué uniquement par des détenus. Le Marcis conclut pour dire que ces contraintes impactent fortement l'accès des détenus aux soins.

Les travaux antérieurs, bien que pertinents ne traitent pas de la maladie dans les prisons ivoiriennes. L'étude tend à, décrire la maladie à la MACA en faisant le lien avec le profil démographique et social de cette population et en mettant en exergue le facteur pathogène de la MACA qui est une atteinte aux droits des détenus. Le détenu doit bénéficier de soins et doit également être protégé de la maladie des autres codétenus.

Ces travaux ne font pas le lien entre la situation de maladie en prison et le mode de vie et la trajectoire des détenus avant leur incarcération.

Quelle est la nature et le degré de ces contraintes qui entravent le droit fondamental des détenus aux soins ainsi que l'obligation qui incombe à l'autorité pénitentiaire d'offrir des soins aux détenus et d'assurer leur protection et leur sécurité?

Selon les dispositions de l'article 158 du décret n°69-189 du 14 mai 1969, portant réglementation des établissements pénitentiaires et fixant les modalités d'exécution des peines privatives de liberté, « les détenus malades bénéficient gratuitement des soins qui leur sont nécessaires, ainsi que la fourniture de médicaments utilisés habituellement dans les hôpitaux publics ». Mais qu'en est-il de l'application de ces textes au sein de la MACA?

Comment la maladie est-elle appréhendée dans les prisons ivoiriennes? Peut-on envisager une (ré)insertion de ces détenus si la prison est un lieu où la régression, l'absence de soins et la maladie sont la règle?

Un tel contexte incite à porter un regard sur la maladie et l'offre de soins à la population carcérale de la MACA. Parce que les questions juridiques et les problèmes éthiques liés à la santé ont toujours été au cœur de nos préoccupations, nous avons pensé utile, en tant que juriste criminologue, d'élargir notre réflexion à l'ensemble des questions soulevées par les liens entre le droit, la santé et la prison, et de mettre en lumière les responsabilités juridiques, éthiques et déontologiques concernant la maladie et sa prise en charge dans les prisons.

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé la théorie compréhensive de Weber (1997), une démarche scientifique permettant la compréhension d'un fait social. Cette théorie consiste à « comprendre par interprétation un comportement humain et d'expliquer causalement son déroulement et ses effets ». Il s'agit de comprendre les cas de maladie à la MACA et d'interpréter ce qui motive rationnellement le recours ou le non recours des détenus aux soins.

Pour ce faire, nous nous sommes mis dans la peau de l'acteur pour comprendre le sens subjectif que celui-ci donne à son action. Cette théorie a permis de comprendre, d'interpréter et d'expliquer le cas de la maladie au sein de la prison. Avec cette approche, les actions humaines véhiculées à la MACA, sont forcément guidées par des réflexes liés aux normes sociales. En nous inscrivant dans cette perspective théorique, les objectifs de l'étude sont :

1. Décrire la maladie à la MACA.
2. Mettre en exergue l'insuffisance de l'offre de soins à la MACA.
3. Proposer des recommandations issues de l'observation pour une réforme souhaitable du système de soins en prison en vue de permettre aux détenus un véritable accès aux soins et à la protection de la santé, identique à celui de la population générale.

Sur la base du questionnaire résumé dans notre introduction, une méthodologie d'étude, des résultats et une conclusion sont proposés afin de répondre aux problématiques qui y sont décrites.

⁴ Adèle Khudr, représentant de l'UNICEF en Côte d'Ivoire.

⁵ Adeline Hazan est le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) en France.

Méthodologie

L'étude est basée sur une enquête de terrain menée à l'intérieur de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA) de juillet à septembre 2017. Des observations ainsi que des entretiens formels et informels non enregistrés ont été menés, tantôt dans les cellules des détenus, tantôt dans la cour, tantôt dans un bureau de l'infirmerie de la prison. L'échantillon est composé de cinquante-six (56) personnes dont quarante (40) détenus, six (06) médecins, infirmiers, le directeur et le surveillant-chef de la MACA, six (06) représentants de familles de détenus ainsi que deux (02) responsables des associations de défense des droits de l'homme intervenant dans les prisons. Nous avons opté pour un échantillonnage à choix raisonné afin de permettre le respect des proportions de la population mère.

L'enquête a permis d'administrer à certains de nos enquêtés un questionnaire et d'effectuer avec d'autres des entretiens individuels (semi-directifs). Le questionnaire, composé d'une série de questions relatives à leur état de santé, à leur opinion et leurs attentes sur l'offre de soins à la MACA est administré aux détenus. L'entretien avec l'équipe soignante a porté sur leur degré de satisfaction concernant les soins administrés aux détenus. Le recours à une observation directe a consisté à nous rendre dans les locaux dédiés aux soins au sein de l'établissement.

L'analyse des données collectées a suscité le recours à une approche mixte combinant l'approche qualitative et l'approche quantitative. L'accent a été particulièrement mis sur la méthode phénoménologique, à savoir le vécu du phénomène par les enquêtés. C'est pourquoi les témoignages de certains enquêtés seront évoqués dans les résultats. L'analyse descriptive, elle nous a permis d'établir une représentation graphique en vue de dégager l'influence du profil des détenus sur l'offre de soins.

Résultats

Les résultats de l'étude portent sur la demande et les besoins de soins accrus des détenus d'une part et les insuffisances dans l'offre de soins d'autre part.

1. Demande et besoins de soins accrus des détenus

La prise en compte du profil démographique et social de la population carcérale ainsi que les cas de maladies déclarés permettent d'avoir un aperçu de la précarité et de l'état de santé des détenus.

1.1. Profil démographique et social de la population carcérale de la MACA

La population présente à la MACA se caractérise par un profil démographique et social qui semble très différent de celui de la population générale. Ceci s'explique par un cumul de plusieurs facteurs. Ce profil démographique et social de la population carcérale entraîne une précarité qui augmente fortement le risque de maladie et de contamination.

En effet, l'enquête a révélé l'existence d'une population masculine, relativement jeune, marginalisée, socialement, économiquement et culturellement « désinsérée ». La moitié des détenus interviewés avaient moins

de 35 ans à l'arrivée en détention. 10 détenus enquêtés sur 40 sont des hommes âgés de 18 à 35 ans. Cette population cumule des caractéristiques de vulnérabilité : en effet, sur un échantillon de 40 détenus interrogés, près de trois (3) personnes sur (5) cinq ont affirmé ne pas avoir d'emploi (ne pas avoir d'activité connue ou travaille dans un cadre informel), près d'une (1) personne sur cinq (5) mentionnait ne pas avoir de vie de famille stable et plus de la moitié des personnes n'avaient pas de protection sociale.

Par ailleurs, cette population carcérale est fortement touchée par différentes formes d'addiction. En 2017, le rapport du service médical révèle que sur cinq (05) personnes arrivant en prison, près de trois (03) fument. Sur un effectif de mille seize (1016) détenus entrants, un tiers (1/3) indiquent avoir une consommation excessive d'alcool. 21,50% ont déclaré une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant leur incarcération.

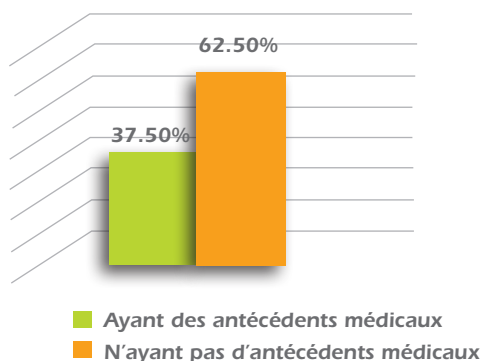
Selon les données propres à l'administration pénitentiaire, il s'agit de personnes qui, pour la plupart, sont en situation de « grande vulnérabilité » et qui ont besoin d'une prise en charge sanitaire.

1.2. Cas de maladie déclarés à la MACA

Conformément aux dispositions de l'article 154 du décret n°69-189 du 14 mai 1969 portant réglementation des établissements pénitentiaires et fixant les modalités d'exécution des peines privatives de liberté, dès son arrivée, le détenu est soumis à une visite médicale. Cette visite permet en principe de réaliser un premier bilan de l'état de santé, des risques somatiques et psychologiques potentiels, de « déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou l'organisation d'une prise en charge urgente ». Il est remis aux détenus une fiche individuelle médicale sur laquelle doivent être portées toutes les indications relatives à l'état de santé et aux traitements en cours (pour ceux qui sont déjà sous traitement). Cette fiche devrait être mise à jour à l'occasion de chaque visite à l'infirmerie.

Même si quelques-uns des détenus affirment ne pas avoir d'antécédents médicaux connus, ils sont pour la plupart, avant leur incarcération, en situation de précarité ou ne présentent pas un bon état de santé. Selon l'équipe soignante de la MACA, beaucoup de personnes incarcérées souffrent en réalité de multiples problèmes de santé avant leur incarcération. Certains de ces problèmes de santé peuvent trouver une explication par rapport au positionnement que ces individus occupent dans l'espace social et leurs trajectoires avant leur incarcération. D'autres traduisent les impacts négatifs de la détention sur la santé. En effet, nos résultats indiquent que 25 détenus sur 40 (62,50%) ont déclaré ne pas avoir d'antécédents médicaux connus contre 15 (37,50%) qui ont reconnu avoir une pathologie déclarée et qui ont des traitements médicamenteux en cours. Le graphique 1 ci-dessous, présente la répartition des détenus selon les antécédents médicaux à leur arrivée à la MACA.

Histogramme : Répartition (%) des détenus interrogés sur leurs antécédents médicaux à leur arrivée à la MACA



Source : notre enquête

Le rapport annuel des activités de prise en charge du service médical de la MACA relève que plus de 30 810 patients ont été reçus par leur service au cours de l'année 2017 (53,04% des détenus y ont été consultés au moins une fois).

Durant cette période, il a été répertorié plusieurs cas de maladies énumérées à travers le tableau 1 ci-après. Les pathologies les plus fréquentes concernent les cas de paludisme (2349), dermatose (2066) et de conjonctivite (269). Les maladies cardio-vasculaires (30 cas : 0,9%⁶), la tuberculose (35 cas : 0,29%), l'asthme (50 cas : 0,42%) et l'infection au VIH (89 cas : 0,75%) sont les pathologies les moins fréquentes selon les chiffres communiqués par les services médicaux de la MACA.

Tableau 1 : Typologie des maladies déclarées à la MACA

Maladies déclarées	Effectif en 2017	Pourcentages déclarés
Diarrhée aiguë	263	2,24%
Asthme	50	0,42%
Dermatose	2066	-
Tuberculose	35	0,29%
Infection VIH	89	0,75%
Paludisme	2349	-
Maladies cardio-vasculaire	30	0,9%
Conjonctivite	269	-

Source : Données fournies par le service médical

Au-delà des pathologies déclarées chez les arrivants et des maladies courantes telles que le paludisme, la diarrhée, les douleurs abdominales et dentaires, il faut noter que les lieux d'enfermement exposent les détenus à d'autres problèmes de santé qui nécessitent également d'être pris en charge.

1.3. MACA, lieu de maladie

L'offre de soins en prison pose un problème crucial car la prison est aussi un lieu d'enfermement, de régression et de désespoir. Effectivement, le médecin-chef de la MACA révèle l'existence de pathologies psychiatriques chez de nombreux détenus. La symptomatologie décrite par Mr ATTA G., l'adjoint de l'infirmier spécialisé en psychiatrie, est relativement variée, depuis les troubles

anxio-dépressifs et addictifs jusqu'aux troubles psychotiques chez bon nombre de sujets, ce qui représente une prévalence des troubles mentaux beaucoup plus importante pour cette population par rapport à la population générale⁷. M. Kouamé l'infirmier de la MACA affirme ceci « nous avons des cas de suicide ou d'auto-mutilations qui peuvent être liés au fait d'être incarcéré, mais aussi au malaise que peuvent ressentir des personnes qui n'ont plus d'action sur l'extérieur. Selon lui, ce malaise peut contribuer à augmenter la fréquence des maladies mentales dans les prisons ».

Le médecin-chef corrobore pour dire que la fréquence élevée de l'usage nocif et de la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illicites dans cette population est à relever : 56,35% des incarcérations et un tiers des détentions en maison d'arrêt sont en rapport avec une infraction à la législation sur les stupéfiants. A ce propos, il nous confie « cette population qui a déjà une addiction à l'alcool et aux stupéfiants pose un autre problème lié à leur sevrage et à leur prise en charge ».

Notons également que les personnes détenues sont particulièrement concernées par des risques infectieux (tuberculose favorisée par la promiscuité et la pauvreté ainsi que VIH, VHC et autres risques liés à l'usage de drogues). Cette situation est liée en partie à des facteurs sociodémographiques (précarité, origine géographique, etc...).

Les professionnels de santé exerçant en prison ne cessent aussi de dénoncer la vétusté des lieux de détention, l'exiguïté des cellules, les mauvaises conditions d'hygiène, qui sont, ainsi que la surpopulation constatée, autant de facteurs frénateurs à la mise en place d'une démarche de santé publique de qualité. Les conditions de vie en détention deviennent elles-mêmes pathogènes, pouvant favoriser la transmission de maladies du fait de la promiscuité entre détenus et du confinement.

La prison devient alors un milieu à risque, puisque c'est aussi un lieu de haute prévalence du VIH et des hépatites virales, principalement du fait de la forte proportion des usagers de drogues par voie intraveineuse. Il pèse alors sur l'État une obligation positive pour limiter le caractère pathogène des séjours en prison en protégeant ceux qui ne sont pas malades et soigner ceux qui le sont déjà.

Si les résultats des travaux mettent en évidence le besoin de soins dans ce lieu d'enfermement et de promiscuité, il faut relever que l'offre de soins ne satisfait pas cette demande. Si elle existe, elle est parfois en totale inadéquation avec la demande exprimée par les détenus qui dénoncent par ailleurs la qualité des soins, des infrastructures de santé le plus souvent sous-dimensionnées, une pénurie de médicaments et des personnels soignants en nombre insuffisant et sous-qualifiés. En l'absence de ressources suffisantes, sans protection sociale, sans médicaments, il devient difficile de parler d'une véritable offre de soins à la MACA. La réinsertion devient difficile dans un tel environnement.

⁶ Pour avoir le pourcentage en fonction de la pathologie, c'est le nombre de cas déclaré qu'on multiplie par 100 et le résultat obtenu est ensuite divisé par le nombre de consultant. Ici on entend par consultant, le détenu qui après sa consultation est régulièrement suivi par le service médical. En 2017, en ce qui concerne exclusivement les détenus, le total des consultants avoisine 11 721 personnes et les consultations 13 499.

⁷ Nous n'avons pas pu obtenir les données relatives à cette pathologie, l'infirmier spécialisé en psychiatrie étant absent au moment de notre enquête.

2. Insuffisances dans l'offre de soins

Depuis quelques années, la rareté des ressources et les coupes budgétaires étatiques successives augmentent les contraintes au niveau des établissements pénitentiaires qui accueillent de plus en plus de détenus. Une situation qui impacte profondément la qualité des soins offerts aux détenus et qui pose par ailleurs des problèmes éthiques majeurs restant sous silence. Selon les données recueillies auprès du service médical de la MACA, c'est environ 11 721 détenus qui y ont été pris en charge en 2017. De quelle prise en charge s'agit-il réellement ? Comment s'organise-t-elle ?

La prise en charge médicale des détenus à la MACA est assurée par une équipe qui dispose en réalité de peu de moyens. De fait, l'administration pénitentiaire n'est pas à même d'exercer pleinement ses prérogatives et ses missions de service public en matière d'obligations de soins.

2.1 - Accès aux soins : un parcours parsemé d'embûches

La réalité de l'offre de soins à la MACA interpelle à plusieurs niveaux. En matière d'infrastructures, il faut indiquer que la MACA dispose d'une seule infirmerie avec une faible capacité d'accueil, où sont reçus tous les détenus et même si besoin les familles du personnel pénitentiaire. La quasi-totalité des soins médicaux donnés à la MACA s'effectuent dans cette infirmerie qui ne peut recevoir que 10 malades par jour. Certains détenus (15%) sont contraints d'aller se faire soigner à l'extérieur tandis que d'autres sont suivis et reçoivent leur traitement médical dans leurs cellules.

Notons que l'infirmerie a des horaires d'ouverture limités aux heures ouvrables, et il n'existe pas de permanence médicale à la MACA. Un témoignage vient corroborer ces propos, avec l'exemple d'un détenu frappant à la porte de sa cellule poussé par la douleur jusqu'à quatre heures du matin en réclamant des soins, devant néanmoins attendre jusqu'au lendemain matin l'ouverture de l'infirmerie et obtenir une autorisation pour s'y rendre, autorisation qui lui sera délivrée par des « chefs » qui sont en réalité des détenus qui imposent leurs règles à d'autres détenus. Bien entendu, cette autorisation est soumise à des passe-droits que doivent verser les détenus malades pour avoir accès à l'infirmerie. Quelles sont les dispositions prises par l'administration pénitentiaire pour lutter contre ces pratiques ?

Les éléments qui précèdent laissent penser que la MACA dispose de ces propres règles. L'accès des détenus aux soins n'est ni libre ni gratuit contrairement au principe de la liberté et de gratuité des soins stipulés par les dispositions de l'article 158 du décret n°69-189 du 14 mai 1969, portant réglementation des établissements pénitentiaires et fixant les modalités d'exécution des peines privatives de liberté. Dans les faits, l'accès à l'unité de soins obéit à des règles fixées aussi bien par l'administration que par des détenus à l'intérieur de l'établissement. En effet, lorsque qu'un détenu souhaite voir un médecin, il doit s'adresser au surveillant pénitentiaire. Cette procédure passe en général par une demande écrite (hors urgence). On ne peut donc



Côte d'Ivoire. Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (MACA). Cellule au centre médical de la prison où les détenus atteints de tuberculose sont soignés. Publié dans : Fonds mondial

pas dire de façon absolue que les détenus ont un accès libre aux soins, du fait de cette médiation obligatoire.

Il existe des contraintes relatives aux frais de santé qui ne sont pris en charge par l'administration pénitentiaire que si les pathologies à traiter relèvent de la « bonne classification administrative ⁸ » de la prison dans la hiérarchie sanitaire. 14% des détenus malades de la MACA sont soignés à l'extérieur de la prison aux frais de leurs parents. Encore faudrait-il qu'ils reçoivent le bon de sortie du régisseur. Madame T.K l'épouse d'un détenu, dénonce « je continue de payer les ordonnances et mon mari va de plus en plus mal. Il est mal soigné ici et je n'ai pas d'argent pour le transférer au CHU ».

Les détenus de la MACA sont également préoccupés par leur santé parce qu'ils sont souvent pris en charge par des non professionnels, ce qui conduit à s'interroger sur la qualité des soins délivrés au sein de la MACA. C'est le lieu de relever le faible taux d'interventions médicales en détention et un manque cruel de spécialistes dans les prisons.

2.2 Personnel médical insuffisant en nombre et en qualité

Pour toute la population carcérale, la MACA compte trois (3) médecins, une (1) sage-femme et sept (7) infirmiers dont l'un spécialisé en psychiatrie. Un effectif jugé insuffisant tant par les professionnels de la santé que par les détenus, puisqu'on dénote environ 1 médecin pour 1 667 détenus (3/5000) et en moyenne 1 infirmier pour 714 détenus (7/5000). Pour combler le manque d'effectif et comme une solution efficace au sous-financement chronique de l'administration pénitentiaire, l'équipe médicale de la MACA est renforcée par du personnel de surveillance et des détenus corvéables qui dispensent des soins aux détenus en méconnaissance de toute règle éthique et déontologique, ce qui peut constituer un réel danger pour la santé des détenus malgré leur supervision par les soignants de l'établissement.

Z. B., surveillant à la MACA, affirme : « je suis affecté à l'infirmerie de la prison, au « bureau des fiches ». C'est-à-dire que je reçois les nouveaux arrivants à la prison pour la visite médicale. Ceux qui sont malades, en état de déshydratation ou blessés, sont envoyés chez le médecin ». C. K, détenu à la MACA depuis 3 ans, a été utilisé

⁸ Les établissements de santé sont classés administrativement de A à D selon le type de médicaments qu'ils reçoivent de la Pharmacie nationale de santé (PNS). Sur 34 maisons d'arrêt, 32 sont classées D ; la MACA et le camp de Bouaké, classés C, ne peuvent avoir des neuroleptiques.

à l'infirmierie : « moi, j'ai appris un peu un peu à côté du docteur. J'ai appris à pratiquer des injections, à soigner des plaies, et aujourd'hui, quand un camarade est malade, je sais comment le soigner ». Cette situation nuit grandement à la qualité des soins et explique que de nombreuses personnes détenues renoncent à se faire soigner à l'intérieur de la prison en raison de leur méfiance vis-à-vis du service médical tant en ce qui concerne la qualité des soins que de leur sécurité.

Face à un personnel médical en sous-effectif, obligé de solliciter l'appui de surveillants et de détenus pour assurer la prise en charge de leurs codétenus, nous nous interrogeons sur la qualité des soins délivrés aux prisonniers, surtout en raison de l'insuffisance de traitements médicamenteux.

2.3 Rareté et difficultés d'accès aux médicaments

En principe, les médicaments sont gratuits à la MACA - lorsqu'ils sont disponibles... Mais en réalité, la pharmacie de la MACA n'existe que dans la forme puisque les médicaments y sont rares. En effet, force est de constater qu'hormis le paracétamol, quelques trousseaux de secours pour les premiers soins ; tout manque dans cette officine. La MACA, classée « C » dans la hiérarchie sanitaire (catégorie d'une formation sanitaire urbaine), ne dispose que d'une liste limitée de médicaments. L'adjoint de l'infirmier psychiatrique nous confie que : « conformément à la catégorie administrative, la MACA ne reçoit pas d'antidépresseurs pour les patients souffrant de dépression, ni de neuroleptiques pour les détenus souffrant de troubles psychotiques ». Cette situation entraîne des conséquences comme il le souligne « c'est remarquable que ces médicaments ne soient pas disponibles à la MACA. Ceci transforme la MACA en un lieu d'enfermement et de désespoir pour les détenus ». Il n'existe que du Valium pour soigner les affections psychiatriques ». Les propos de cet adjoint de l'infirmier psychiatrique sont édifiés par un autre infirmier : « nous avons dénombré des cas de tuberculose, alors que nous ne disposons de traitement que pour soigner le paludisme et la diarrhée ».

Après les consultations, les infirmiers délivrent donc des ordonnances aux détenus pour que ceux qui en ont les moyens se fassent délivrer des médicaments de l'extérieur. Il existe ici une véritable contradiction entre une prison où l'enfermement et les conditions sanitaires peuvent favoriser l'émergence ou la diffusion de multiples pathologies, et l'idéal d'une médecine confrontée à une exigence de soins et de moyens. La classification administrative évoquée, inadaptée, rend encore plus difficile la disponibilité des médicaments dans les prisons et conduit surtout au développement de trafics de médicaments. Des détenus qui vivent dans la précarité, sans ressources pour la plupart et sans protection sociale, en sont réduits à « payer » pour avoir accès aux soins. C'est cette réalité que nous décrit A.N., détenu à la MACA depuis 3 ans : « si tu n'as pas l'argent pour payer des médicaments, personne ne paiera pour toi. Moi je n'ai rien, depuis l'ordonnance que le Docteur m'a donné là, c'est toujours là, dans mon sac ». Adama S., détenu depuis 6 mois, mentionne que : « pour vivre longtemps ici il faut avoir les moyens car à la MACA tout s'achète rien n'est gratuit ».

Ainsi, dans un environnement propice à l'éclosion et/ou à la propagation de certaines pathologies, où l'on constate une grande inégalité pour l'accès aux soins dont on a montré combien ils étaient limités au sein de l'établissement malgré la bonne volonté du personnel soignant, comment poser les bases d'une véritable « réinsertion » ?

Discussion et conclusion

L'objectif de cette étude consistait à comprendre la situation de la maladie et sa prise en charge dans le milieu carcéral. Les résultats indiquent que les besoins de soins exprimés par les détenus de la MACA sont accrus ; beaucoup de cas de maladies y sont déclarés et d'autres affections y sont contractées parce que le monde carcéral représente un environnement pathogène. Par ailleurs, cette étude a permis de dénoncer les insuffisances du dispositif de prise en charge de la maladie en milieu carcéral. La MACA dispose de peu de moyens pour prendre ces pathologies en charge alors que pèse sur l'État une obligation de soins aux détenus.

Les résultats de l'étude confirment la thèse de Bette-ridge (2004), qui soutient que derrière les murs des prisons, « la maladie est la forme de décès la plus commune ». De nombreux détenus arrivant à la MACA ont déjà un état de santé précaire. L'univers carcéral constitue aussi un environnement pathogène qui fragilise l'état de santé des détenus qui expriment de plus en plus de besoins en soins médicaux. L'analyse de Khudr (2015), qui met en exergue le fait que l'augmentation de la population carcérale, la vétusté des prisons et les conditions de détention affaiblissent encore la santé des détenus est également confirmée.

Nos résultats corroborent les conclusions de Le Marcis (2015) selon lesquelles les contraintes et les difficultés liées aux règles fixées par des chefs dans les prisons, sont des facteurs impactant l'accès des détenus aux soins. Ainsi, les dysfonctionnements observés dans l'offre de soins à la MACA sont accentués par toutes ces embûches qui mettent à mal les droits des détenus aux soins.

Le constat de Hazan (2015) à propos des prisons en France, est le même à la MACA où il y a une insuffisance notable de spécialistes et de médicaments. Faute d'un nombre suffisant de spécialistes au sein des établissements pénitentiaires, le recours à des consultations médicales dans des établissements de santé de proximité s'avère indispensable, nécessitant alors des extractions médicales. Pour ce faire, les procédures pour obtenir les bons de sortie et les extractions doivent être facilitées et accompagnées de moyens.

En Côte d'Ivoire, la loi sur la législation pénitentiaire a permis d'assurer des soins aux détenus malades, sans toutefois atteindre la situation idéale d'une prise en charge globale et d'un suivi attentif dont a particulièrement besoin cette population fragile. Cependant, même si la loi prévoit que les soins prodigués aux prisonniers soient équivalents à ceux donnés à la population générale et que les soins en prison sont gratuits, il semble évident que la pratique vient démentir cette volonté, le « statut » de détenu étant en lui-même incompatible avec cette équivalence des soins. Aussi, le

droit aux soins en prison, qui se voudrait similaire à celui dont bénéficie l'ensemble de la population, se heurte surtout à une forme d'immobilisme de l'administration qui conduit à une sorte de laisser-faire et un manque drastique de moyens, en lien avec le déficit « abyssal » des budgets sociaux.

Aux termes des développements précédents, force est de constater que les besoins spécifiques de santé des personnes incarcérées restent encore « sous-estimés et sous-évalués » par l'opinion publique ainsi que par les politiques de santé publiques.

Le manque de données épidémiologiques nationales ne permet pas d'évaluer de façon précise l'état de santé des personnes incarcérées. Pourtant, les problèmes de santé sont multiples en milieu carcéral et nécessitent d'être davantage investigués afin d'adapter la prise en charge sanitaire au plus près des besoins à couvrir.

Il est impératif que, soit menées des études au plan national sur la situation de maladie et sa prise en charge dans les prisons ivoiriennes et soit mise en place en milieu carcéral, une politique de santé publique susceptible d'apporter des réponses à la hauteur des problèmes rencontrés. Le dysfonctionnement est tel désormais qu'une réforme est inéluctable et urgente. Cette réforme est un vrai défi : elle nécessite de tenir compte de la situation de santé particulière des détenus et de remédier à des pathologies parfois aggravées par la vie en établissement pénitentiaire.

Des dispositions devraient amener à profondément modifier le paysage de la prise en charge sanitaire des personnes « sous-main de justice » en les intégrant au système de santé de droit commun, en leur offrant un droit aux soins minimum. L'extension de la Couverture Maladie Universelle (CMU) aux détenus devrait contribuer aussi à améliorer leur prise en charge à l'extérieur de la prison notamment dans les cliniques et les Centres Hospitaliers Universitaires. Ainsi, une collaboration entre le ministère de la Justice et le ministère en charge de la Santé doit renforcer la réflexion visant à améliorer l'accès aux soins des détenus et à améliorer les modalités d'intervention et de suivi des acteurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Cette collaboration devrait permettre de mieux organiser les soins conformément aux textes en vigueur et surtout d'atténuer les pressions et les règles fixées par les « chefs » à l'intérieur des prisons.

L'accès du détenu aux soins devrait contribuer à sa réintégration, car un détenu en bonne santé peut avoir des projets de vie à sa sortie de prison. Après son incarcération, le détenu qui aura toujours accès aux soins, ne sera pas un danger sanitaire ni pour lui ni pour la population générale.

Bibliographie

- Bergoignian-Esper, C.** (2009). La santé en prison : quelle législation ? », RDSS, p. 497.
- Bès, F.** (2015). http://www.cgjpl.fr/wp-content/uploads/2015/07/joe_20150716_0162_0148.pdf. Consulté en septembre 2017
- Betteridge, A.** (2004). La santé en prison : Réalisation du droit à la santé. Penal Reform International. Fiche pratique sur la réforme pénale No 2. 2007 (2).
- Boussard, S.** (2013). Les droits de la personne détenue. Paris : Dalloz.
- Chevallier, J.** (2013). Les droits de la personne détenue. Paris : Dalloz.
- Code de la Santé Publique Français.**
- Constitution ivoirienne** 2016.
- Colin, M, Jean J.-P.** (1997). Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables. Revue française des affaires sociales, 1 ; 17-29.
- Debet, A.** (2013). Accès aux soins et droits du détenu malade. In BOUSSARD S. (dir.), Les droits de la personne détenue, (p. 181), Paris : Dalloz.
- Déclaration universelle des droits de l'homme** adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948 à Paris. http://www.unesco.org/.../droits_homme.htm-France. Consulté en Août 2017.
- Décret n°69-189 du 14 mai 1969.** J.O Côte d'Ivoire.
- Farge, E.** (2013). Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises: les tentatives de spécialisation de la "médecine pénitentiaire" 1970-1994. Thèse soutenue à l'Université de Lyon 2.
- Jacquard, A.** (2008). Mon utopie, Paris 2008, Stock, Livre de Poche. http://www.editions-harmattan.fr/auteurs/article_pap.asp?no=10100&no_arliste=16398. Consulté en Septembre 2017.
- Kanouï-Mebazaa, V. et Valantin, M.A.** (2007). La santé en prison. Les Tribunes de la santé n° 17 Pages : 132 Affiliation Revue co-éditée par les Éditions de Santé. DOI : 10.3917/seve.017.0097. Éditeur : Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)
- Khudr, A.** (2015). Les prisons ignorent les droits des jeunes ivoiriens. <http://www.irinnews.org/fr/report/101528/les-prisons-ignorent-les-droits-des-jeunes-ivoiriens>. Consulté en Septembre 2017.
- Korsia, H.** (2006). Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n° 94, la santé et la médecine en prison, Paris.
- Laude A., Mathieu, B., Tabuteau, D.** (2012). Droit de la santé, Paris : PUF.
- Marcis, F.-L.** (2016) « L'impossible gouvernement de la santé en prison? Réflexions à partir de la MACA (Côte d'Ivoire) ». Ciência & Saúde Coletiva, 21(7):2011-2019, 2016. Disponible sur : www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/fr_1413-8123-csc-21-07-2011.pdf.
- Mouquet, M.-C., Dumont, M., Bonnevie, M.-C.** (1999). La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque. Paris : Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des statistiques.
- OIP** (2012). Les conditions de détention en France, La Découverte. PRADEL (Jean) (dir.).
- OMS** (2003). Mise à jour sur la santé carcérale, Office régional de l'OMS pour l'Europe, Lettre d'information n°1.
- ONU CI** (2006). Rapport sur la situation des établissements pénitentiaires en Côte d'Ivoire. Disponible sur <http://rulesrapport>. Consulté le 20 Juillet 2017.
- Vinégla, A.** (2015). Santé en prison : les droits fondamentaux des détenus ne sont pas respectés. <https://www.humanite.fr/sante-en-prison-les-droits-fondamentaux-des-detenus-ne-sont-pas-respectes-579603>. Consulté le 10 décembre 2017.
- Weber, M.** (1997). Economie et Société. Le pouvoir, la domination, la légitimité et la violence. Disponible sur www.pimido.com/.../maxweber. Publié le 23/03/2010. Consulté le 09 juillet 2017. Voir également Max Weber, «De la sociologie compréhensive», Les cahiers psychologie politique [En ligne], numéro 19, Août 2011. URL: <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1950>



Communications, colloques, journées d'études, séminaires, publications, rapports ...

Informations

Guillaume BRIE est nommé chef d'Unité du CIRAP à compter du 1^{er} novembre 2018.

Le CIRAP a organisé le 29 novembre 2018 sa première journée doctorale, avec la participation de quatre doctorants associés : Florence Assalé (Université de Bordeaux), Elliot Louan (Université de Pau et cotutelle avec l'École de criminologie de Montréal), Hamza Garrush (Université Paris Nanterre) et Adélaïde Vervaeke (Université de Rennes 2).

Paul Mbanzoulou

Communications

Le concept de désistance, Intervention au colloque « *La désistance ? C'est-à-dire !!! Comment sortir de la délinquance ?* ENPJJ, Bordeaux 21-22 novembre 2018

Synthèse des travaux, colloque « *La souffrance en prison*, UCLY, Lyon, 2-4 octobre 2018

De la sécurité à la sûreté, quelles réponses en matière de dangerosité ?, 1^{ère} Journée Nationale de Psychiatrie Légale, Montpellier, 26 septembre 2018

Publications

Le droit aux visites des personnes incarcérées, Préface, S. Jacopin et J.M. Larralde (dir.), l'Harmattan, 2018

Pour une politique pénitentiaire au Mali, PAJM, 2018

Lucie Hernandez

Communications

La préparation à la sortie des personnes détenues en France : quand les représentations et les attentes divergent. *XVI^e colloque de l'Association Internationale des Criminologues de Langue Française*, Lausanne, 3, 4, 5 Juin 2018.

La question du sens et du rapport au savoir au cœur du processus d'apprentissage. *Ce que la formation fait aux individus*, Énap, 22 et 23 Mars 2018.

Paradoxes et limites dans les nouvelles formes de prises en charge des condamnés : l'exemple d'un programme de « préparation à la sortie » en France. *38^e congrès de la Société de criminologie du Québec*, Québec, 8-10 Novembre 2017.

Rapport de recherche

L. Hernandez, Un programme de préparation à la sortie en Maison d'Arrêt : Analyser et comprendre les processus en jeu pouvant faire obstacles à sa mise en place et à son fonctionnement. Rapport de Recherche, Juin 2018, Énap, CIRAP

Guillaume Brie

Rapports de recherche

« Nouvelles problématiques de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel », *Dossiers thématiques*, Cirap/Énap, Ministère de la Justice, 2018.

Colloques, journées...

G. Brie, C. Rambourg, « *La radicalisation comme symptôme* » Journées scientifiques du CRESAM, *Santé mentale et radicalisation*, 27-28 septembre 2018.

G. Brie, C. Rambourg, « *La radicalisation en question* » Table ronde sous la direction scientifique de Farah Safi, Institut de criminologie et de droit pénal de Paris, Université Panthéon-Assas (Paris II), mardi 20 mars 2018.

Fabienne Huard-Hardy

Communications

« S'approprier l'album de famille ou comment appréhender l'histoire de l'institution en formation initiale », *Ce que la formation fait aux individus*, les 28 et 29 mars 2018, CIRAP, Énap.

Colloque international Uclly, Lyon, « *La souffrance en prison* », les 2 et 4 octobre 2018. Installation et visite guidée de l'exposition « *Le « Manuel » des prisons, regards d'un photographe sur les prisons des années 30* »

Cécile Rambourg

Colloque

« Croisements entre les différents types de souffrances », Colloque international Uclly, Lyon, *La souffrance en prison*, les 2 et 4 octobre 2018.

Les chroniques du  CIRAP
Centre Interdisciplinaire de Recherche
Appliquée au champ Pénitentiaire

Directeur de publication : *Sophie Bleuet* - Rédacteur en chef : *Paul Mbanzoulou*
Rédaction : *Massandjé TRAORE*, Docteure en droit, Maître-Assistante en Criminologie à l'UFR de Criminologie de l'Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan
Maquette, Impression : Énap - DRD - Unité édition (O. Baix, L. Eleaume, reprographie (E. Dall'Ava, X. Dabadie))
Contact : *aurelie.doliveira@justice.fr*
ISSN : 2266-6796 - Dépôt légal : juin 2017
Pour vous abonner à la version électronique : www.énap.justice.fr

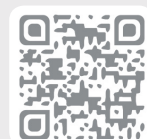
Énap - 440 av. Michel Serres - CS 100 28 47916 AGEN
cedex 9 - FRANCE -
☎ +33 (0)5 53 98 98 98 - fax : +33 (0)5 53 98 98 99
Site Internet : www.énap.justice.fr -
Site Intranet : <http://intranet.justice.gouv.fr/site/énap/>

 Les PRESSES de l'Énap

Sous le pilotage de la direction de la recherche et de la documentation de l'Énap, les Presses de l'Énap proposent 3 collections d'ouvrages à destination de toutes les personnes s'intéressant au champ pénitentiaire.



Flashez-moi pour
accéder à la
BOUTIQUE EN LIGNE



<http://presses.énap.justice.fr/fr-la+boutique.html>