The background features a stylized map of Africa in shades of red and orange. The map is overlaid with decorative patterns: vertical red bars on the left and colorful geometric patterns (squares, circles, and lines) in green, blue, purple, and yellow in the corners, resembling traditional African art.

DES PRISONS EN AFRIQUE

**EXPÉRIENCES, MODÈLES
ET CIRCULATIONS**

**MARIE MORELLE
FRÉDÉRIC LE MARCIS
CHRISTINE DESLAURIER
YASMINE BOUAGGA**

**Sous la direction de
Marie Morelle et Frédéric Le Marcis**



Semaine 4

Frédéric Le Marcis

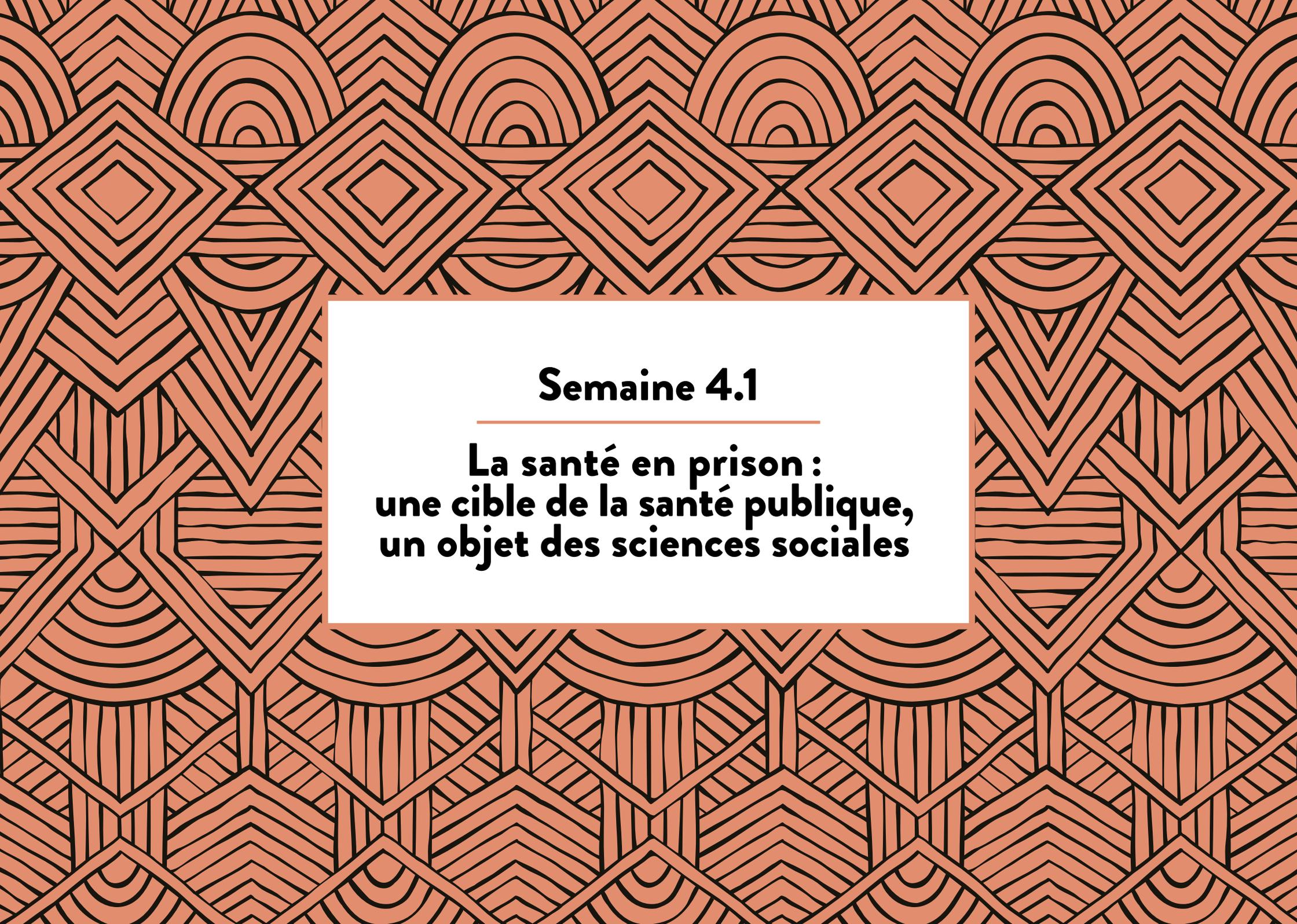


Comment penser la santé en milieu carcéral ?
Sommes-nous en présence de populations précaires ou de populations illégitimes ?
La prison est-elle un espace que l'on doit analyser comme un lieu
de parenthèse thérapeutique ou bien comme un lieu de facteur de risque ?

En fait, analyser les enjeux de la santé en détention
c'est comprendre les inégalités et les enjeux de pouvoir
qui structurent l'expérience des acteurs en détention.

Interroger la santé en milieu carcéral
c'est aussi reconnaître la responsabilité de la société envers les détenus.
En effet, s'ils sont condamnés, l'absence de soins ne fait pas partie de la peine.
Il est nécessaire de démêler les fils qui tissent la santé en détention.

Il faut comprendre les enjeux de pouvoir, de politique
et les valeurs qui structurent le soin en détention,
notamment à partir de témoignages
d'un ensemble d'acteurs qui interviennent dans la santé carcérale :
des détenus, des professionnels de santé,
des responsables politiques nationaux
et également des agents intervenant
auprès d'organisations internationales.



Semaine 4.1

**La santé en prison :
une cible de la santé publique,
un objet des sciences sociales**

La santé en prison : une cible de la santé publique, un objet des sciences sociales

Marie Morelle

Maitresse de Conférences HDR en géographie, université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Prodig, programme Ecoppaf

Frédéric Le Marcis

Professeur en anthropologie sociale, ENS de Lyon, Triangle, programme Ecoppaf

Dr Karim Traoré

Médecin, Directeur de la Santé et de l'Action Sociale auprès du Ministère de la Justice, Burkina Faso

Dr Marcel Bléhoué Angora

Médecin-chef, Service Médical de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan, Côte d'Ivoire

La prison et le risque sanitaire



Marie : Dans un article publié en 2016 dans la revue *The Lancet*, les auteurs discutent du VIH, de l'hépatite B, de la tuberculose en milieu carcéral et ils parlent d'un *perfect storm*, d'un « orage parfait en préparation ». Qu'est ce qu'ils veulent dire ?



Frédéric : Cette expression traduit à la fois une réalité épidémiologique et un regard sanitaire porté sur la prison. D'un point de vue épidémiologique, la prison rassemble une population particulièrement vulnérable. En général, cette population carcérale est issue majoritairement de milieux défavorisés, de quartiers où les individus sont peu touchés par les actions de prévention ou n'ont pas beaucoup accès à l'offre de soins. C'est le cas par exemple du quartier de Koumassi Campement à Abidjan. Bien souvent, pour les populations issues de ces quartiers, l'expérience de la prison constitue une expérience de précarité et d'exclusion qui renouvelle une expérience de précarité et d'exclusion déjà vécue à l'extérieur de la prison. D'ailleurs cela se traduit par des données épidémiologiques qui parlent d'elles-mêmes.

Ce tableau propose une comparaison des taux de séroprévalence du VIH en milieu ouvert et en milieu fermé dans le même pays. Trois exemples : en Tanzanie en 2012, le taux de séroprévalence en prison est de 6,7% alors qu'en milieu ouvert, d'après l'OMS, il est en 2016 de 4,7%. Au Burkina Faso en prison le taux de prévalence est de 5% alors qu'il est en milieu ouvert de 0,8%. en 2009 d'après l'OMS. Au Togo enfin, en 2013, les taux de prévalence sont de 4,6% en milieu fermé alors qu'en milieu ouvert ils sont de 2,4%. Et à cette distinction entre milieu ouvert et milieu fermé, s'ajoutent d'autres inégalités notamment les inégalités hommes-femmes. Par exemple, on sait que si les femmes sont moins enfermées que les hommes en prison, elles

Pays	Taux seroprévalence en Prison	Taux séroprévalence 15-49 ans, OMS 2016	Références
Tanzanie	6.7*	4.7	*TACAIDS/Ministry of Home Affairs, 2012, <i>HIV Prevalence and Related Risk Factors in Prison Settings in Mainland Tanzania Findings from a Rapid Situational Assessment</i>
Burkina Faso	5**	0.8	** Diendéré E.A, Tiéno H, Bognounou R, et al., 2011, « Prevalences and risk factors associated with infection by human Immunodeficiency virus, hepatitis B virus, syphilis and bacillary pulmonary tuberculosis in prisons in Burkina Faso ». <i>Med Trop (Mars)</i> , 71(5):464-7
Togo	4.6***	2.4	*** Ekouevi D.K; D'almeida S; Salou M; Kariyare BG; Coffie P.A; Dagnra A.C; Tchounga B; Becquet R; Prince-David M; Pitche V.P, 2013, « HIV seroprevalence among inmates in Togo (Séroprévalence du VIH chez les prisonniers au Togo) ». <i>Médecine et maladies infectieuses</i> (43): 279-285

sont par contre beaucoup plus infectées que les hommes. Un exemple, à l'échelle du continent, on estime que la prévalence du VIH chez les femmes incarcérées est environ le double de celle des hommes soit, d'après l'OMS, elle est de 13,1% pour les femmes tandis que les hommes ont un taux de séroprévalence de 7,1%.

Cette vulnérabilité et l'exposition aux risques des détenus varient bien sûr selon les pays, selon le genre, mais néanmoins une récente revue mondiale publiée par l'OMS sur la santé en prison, rappelle que globalement, les taux de séroprévalence sont toujours plus importants chez les détenus qu'en population générale. En outre, la même revue de littérature souligne le fait que même si les détenus n'étaient pas infectés en entrant, les pratiques qui ont lieu à l'intérieur les exposent à des infections.

Des pratiques à risque en prison



Marie: Quelles sont ces pratiques ?



Frédéric: On peut retenir parmi elles l'injection de drogues, l'usage des seringues dans le cadre de la consommation de drogues. Même si cette pratique n'est pas encore complètement répandue dans les prisons africaines, elle a tendance à être de plus en plus prévalente et elle est donc à suivre. Les rapports sexuels sont également une source de contamination. Ils sont d'autant plus importants que dans des contextes de ressources limitées, la sexualité est un moyen d'accéder à une ressource et à un soutien, et que cette sexualité, elle ne fait pas l'objet de pratiques de prévention notamment par la distribution de préservatifs puisque dans les prisons africaines, on ne reconnaît pas l'homosexualité. Enfin, d'autres pratiques telles que le tatouage, l'usage commun de lames peuvent également favoriser à la fois le VIH, mais aussi l'hépatite C.

La prison : une opportunité pour la santé publique



Marie: D'un point de vue de santé publique, la prison constitue donc un lieu vraiment stratégique ?



Frédéric: Oui, et pour au moins deux raisons ! D'abord, c'est un lieu d'opportunités pour les soins, pour des populations qui, on l'a vu, sont le plus souvent précaires et en marge du système de santé. On parle alors de la prison comme d'une parenthèse thérapeutique. D'ailleurs, cette question est aussi vraie pour les prisons en Europe et je te renvoie par exemple au livre de Gilles Chantraine, *Par-delà les murs*, qui raconte très bien comment un détenu va soigner ses dents en entrant en prison, puis retourne dehors, puis revient plus tard quelque temps après, et se refait prendre en charge. Enfin, c'est également un lieu de risque d'infection des détenus, de production d'épidémies qui peuvent ensuite se répandre en population générale.



Marie: Comment ça ?



Frédéric: Prenons un exemple dans un pays non africain : Paul Farmer dans son ouvrage *Pathologies of power*, rappelle comment en Russie, le système carcéral russe favorise le développement d'une épidémie de tuberculose multirésistante pour deux raisons : d'abord, le système de justice fonctionne mal, ce qui fait que les détenus vont être en préventive très longtemps, et quand ils sont en préventive très longtemps, ils sont dans des conditions d'incarcération qui sont très mauvaises et sont notamment exposés à cause de la surpopulation, à la tuberculose. On les met sous traitement. La prise de traitement n'est pas régulière, ils développent des résistances, ils finissent ensuite par sortir de prison ; et quand ils sortent, ils sont porteurs d'un virus de tuberculose résistant à la première ligne d'antibiotiques. Il se diffuse en population générale alors que les antibiotiques pour la tuberculose multirésistante ne sont pas disponibles dans le système de santé général.

La santé en prison comme enjeu international



Marie: Donc la prison constitue un enjeu de santé important tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale ?



Frédéric: Tout à fait ! Améliorer les soins répond à de multiples enjeux. Mais penser qualité des soins, ce n'est pas simplement faire de la santé, c'est aussi prendre acte de la déclaration de Ouagadougou qui a été publiée à l'issue de la conférence du même nom organisée en 2002 dans la capitale burkinabè. Dans cette déclaration de Ouagadougou, on rappelle l'engagement des États africains qui participaient à cette conférence (il y en avait plus de 33) à promouvoir le respect du droit des détenus dans le système carcéral et à améliorer leurs conditions de détention. Alors parler de respecter le droit des détenus ce n'est pas simplement parler de droit à la santé, c'est articuler le droit à la santé avec le droit à la justice. Les droits à la santé font partie comme le droit à la justice, des droits promus par la déclaration de Ouagadougou.



Marie: Il y a eu la déclaration de Ouagadougou, il y a eu également les règles Mandela. Finalement, est-ce que cela a changé quelque chose ?

Les contraintes au développement d'une politique sanitaire en milieu carcéral



Frédéric: Oui bien sûr, il y a eu une pléthore de déclarations, d'engagements politiques et malgré tout la réalisation des droits à la santé est rendue difficile par au moins six points. Je te propose de les lister.

- Le premier, c'est le manque de légitimité des détenus dans la société globale. Prendre soin des détenus dans une prison, aussi bien pour la population générale que pour les politiques, ce n'est vraiment pas une priorité. Et on considère assez facilement qu'il y a en population extérieure, en milieu ouvert, des enjeux à prendre en charge avant de s'occuper de ceux qui sont punis en prison.
- Deuxième point, c'est la contrainte exercée par le contexte carcéral qui rend aussi difficile l'accès aux soins et la production du soin, et notamment le recours, aux ressources sanitaires en dehors de la prison.
- Troisième point, c'est la question de la surpopulation carcérale. Évidemment c'est difficile, si on reprend l'exemple de la MACA: en juin 2018, elle abrite 7 000 détenus alors qu'il y a 1500 places. On imagine bien que c'est compliqué.
- Quatrième point, les conditions d'hygiène sont sommaires: manque d'accès à l'eau dans les prisons, absence de toilettes dans les cellules.
- Cinquième point, ce sont les dynamiques de pouvoir et les violences, dont les violences sexuelles qui agissent en interne dans la prison, aussi bien entre les détenus qu'entre les gardes et les détenus et qui compliquent évidemment la production équitable et homogène des soins dans la prison.
- Enfin le sixième point, c'est le fait que la mise en place d'un programme sanitaire en prison suppose à chaque fois de prendre en compte non seulement la population des détenus, mais aussi la population des gardiens qui viennent des mêmes quartiers, qui ont les mêmes caractéristiques socio-économiques et qui souffrent aussi du stigmate de la prison. On ne peut pas faire quelque chose pour l'un des groupes sans le faire pour l'autre.

Penser la santé carcérale au regard du gouvernement de la prison



Marie: D'accord, donc tout l'intérêt est de comprendre le fonctionnement de la prison pour mieux cerner les questions de santé qui s'y inscrivent ?



Frédéric: Oui absolument. Il est important de penser la santé non pas seulement à partir des données épidémiologiques comme on vient de le rappeler, mais aussi de penser la santé comme un objet légitime pour les sciences sociales et qu'on doit penser aussi dans le cadre des enjeux de pouvoir et de la politique de la prison si tu veux.

Alors dans cette perspective, on perçoit bien comment la santé fait l'objet de définitions, de pratiques qui dépendent en fait des relations de pouvoir en interne dans la prison; des relations de pouvoir qui sont caractéristiques de la vie carcérale. Il y a la question de l'accès à l'infirmerie qui n'est pas pour les détenus simplement une question sanitaire, mais qui est aussi un moyen d'accéder à des ressources, d'aller faire du trafic dans ce bâtiment ou de sortir dans la cour pour prendre l'air, pour acheter des biens et des services. L'infirmerie apparaît non plus donc comme un lieu de soins, mais comme un lieu d'échange, de circulation, de trafic. Concernant la reconnaissance des enjeux sanitaires, on doit aussi observer une forme de hiérarchisation de ce qui est légitime comme enjeu sanitaire et de ce qui l'est moins.

Définir les priorités sanitaires en milieu carcéral: enjeux épidémiologiques et priorités locales



Marie: Qu'est-ce que tu veux dire ?



Frédéric: Par exemple les maladies infectieuses sont certes, tout le monde en convient, un problème sérieux qui menace les détenus, les sociétés dans lesquelles s'inscrivent les prisons et plus largement le monde. Toutefois, lorsque l'on parle avec des détenus ou avec des professionnels de santé qui interviennent en prison, rapidement on découvre que, eux, ils mettent en avant d'autres problèmes en détention qui ne font pourtant pas l'objet de priorités dans les programmes internationaux sanitaires. Je te propose à ce propos d'écouter le Docteur Traoré, il est directeur de la santé et de l'action sociale auprès du ministère de la Justice du Burkina Faso.



Dr Traoré: Sur le plan épidémiologique, les pathologies les plus rencontrées au niveau des maisons d'arrêt des prisons, je veux parler du top 5: Il y a en premier lieu le paludisme, le paludisme simple et le

paludisme grave qui sévissent, ensuite il y a les affections respiratoires y compris la tuberculose, les affections respiratoires fortes et basses, on a eu récemment 27 cas de tuberculose, une épidémie de tuberculose à Bobo-Dioulasso. Il y a également les affections de la peau. Quand je parle d'affection de la peau, il s'agit ici le plus souvent de la période chaude au mois d'avril [...].



Frédéric: Alors au-delà des problèmes soulignés par le docteur Traoré, par ces pathologies un peu ignorées ou orphelines, on doit aussi ajouter les problèmes d'addiction qui sont rarement pris en compte alors même que la drogue circule en prison. Également les problèmes psychiatriques qui sont un autre parent pauvre de la santé en prison. Les détenus qui ont un problème psychiatrique, mais qui présentent un danger pour leurs codétenus, au mieux on va les mettre dans un *blindé* et ils vont être enfermés *ad vitam æternam* le temps de l'incarcération. Les consultations psychiatriques sont extrêmement rares et pas du tout systématiques en prison. Par exemple pour reparler de la Côte d'Ivoire et de la MACA, la MACA, rappelons-le, c'est 7000 détenus en 2018, un seul infirmier psychiatrique pour l'ensemble des détenus. Ces pathologies donc, que ce soit les addictions, les problèmes psychiatriques, font peu l'objet de financements des bailleurs ou des États. Et le fait que ces pathologies ne représentent pas un problème en termes d'épidémie n'est pas un hasard, en fait. On peut imaginer que si les problèmes psychiatriques étaient transmissibles par le crachat, tout le monde s'en occuperait pour lutter contre ces risques de contagion.

Soigner en prison



Marie: Finalement que font les soignants face à tout ce que tu décris ?



Frédéric: Tu as raison de parler des soignants. On pourrait parler d'une forme de solitude des soignants en prison qui sont souvent l'unique recours des détenus, des détenus qui n'ont pas d'autres moyens que de se confier à eux et qui souvent n'ont pas les moyens de payer les médicaments à l'extérieur. Écoute ce que dit à ce propos le Dr Angora, il est médecin de détention à la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan.



Dr Angora: On est obligé, médecins en prison, de pouvoir prendre en charge, toutes les pathologies possibles. On est les derniers recours. En étant en prison, le prisonnier ne voit que nous, comme étant les derniers recours. Et les pathologies qu'ils présentent sont multifformes.

Les valeurs de la santé



Marie: Et ces différences dans la pensée et la pratique de la santé en prison, elles coexistent ?



Frédéric: Oui tout à fait ! En fait ça suppose de toujours penser la santé en prison, en fonction d'un contexte d'interaction, selon qui on est, selon d'où on parle, tu sais c'est ce qu'on appelle en sciences sociales le contexte d'interaction ou le contexte d'énonciation c'est-à-dire le lieu à partir duquel un individu produit un discours et qui permet de saisir l'intentionnalité de son discours. Et bien, selon le contexte d'énonciation, le sens que l'on donne à la santé, les usages que l'on fait de la notion vont être différents et il ne s'agit pas de dire qu'il y en a un qui dit la vérité et l'autre non, mais il s'agit simplement, dans une démarche visant à comprendre la logique des fonctionnements, de saisir le sens profond des actions et des manières de penser et d'agir des individus. On peut ainsi penser la santé dans le cadre d'une économie de la valeur qui consisterait à reconnaître le sens et l'usage d'une notion comme la santé et de reconnaître que cette notion, elle n'est pas donnée comme telle, elle est toujours négociée, traduite, elle fait l'objet d'une transaction. Penser la santé en prison, c'est interroger la légitimité ou l'illégitimité de tel ou tel détenu comme récipiendaire du soin et dans un contexte de ressources limitées où l'offre n'est pas satisfaisante pour la population générale. Je te propose à ce propos d'écouter à nouveau le Dr Angora.



Dr Angora: J'étais en fonction à Adiaké, puis j'ai demandé à venir à Abidjan pour faire une spécialité. Généraliste que je suis, je veux faire une spécialité, je veux faire dermatologie. Et je demande, je n'arrive pas à avoir gain de cause. J'insiste, j'insiste et puis un matin, on me dit que je suis affecté à la MACA. J'informe mon aîné. Qu'est-ce qu'il trouve à me dire ? Il me dit, mais ça ne va pas ? Avec tous les centres de santé qui sont sur Abidjan, c'est à la MACA qu'on te met ? Dans une prison ? Je dis bon, je vais m'essayer, parce que si ce sont des hommes qui sont là-bas, c'est que je peux, j'ai de quoi faire. Alors, je viens m'essayer.

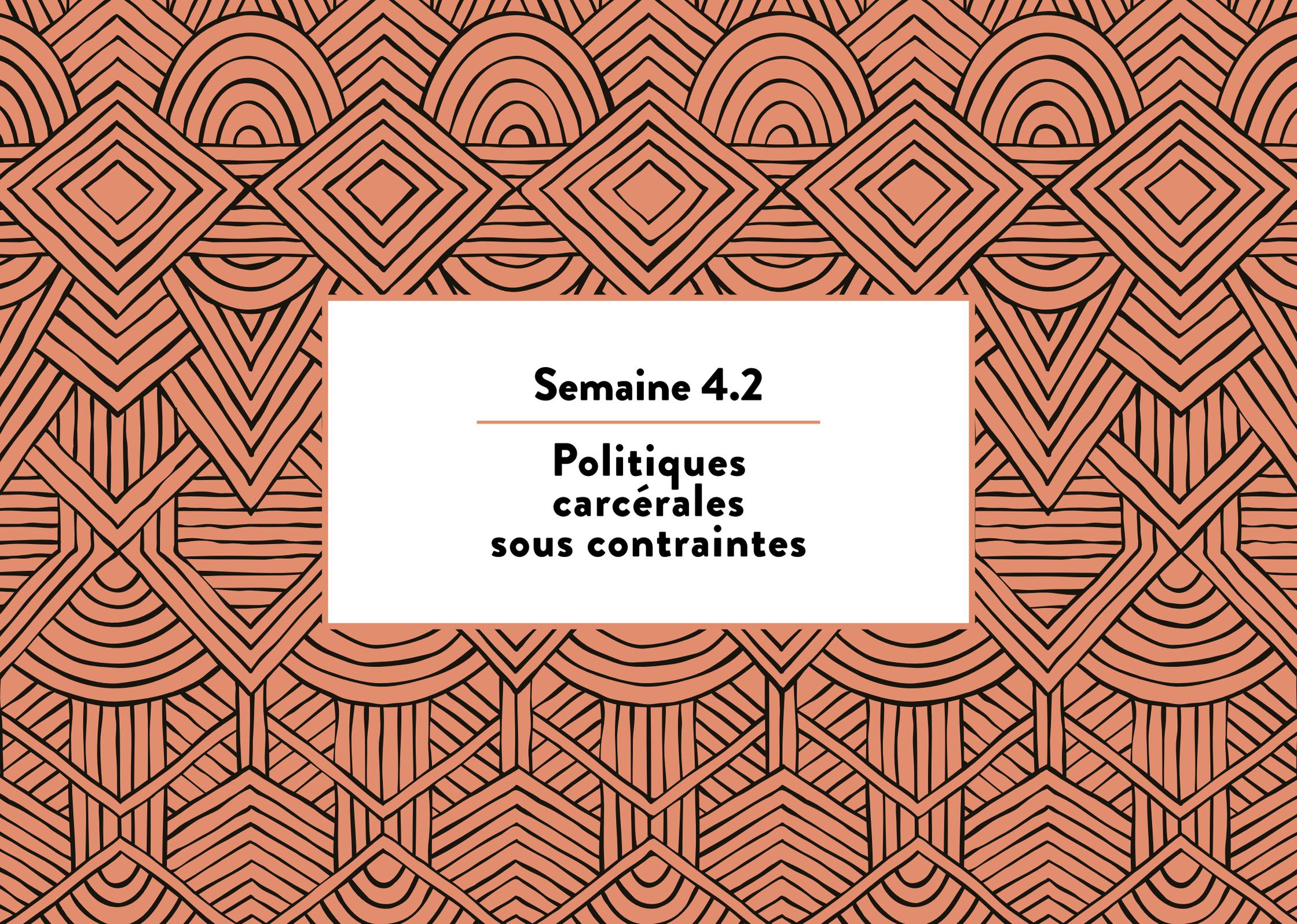
À retenir

Il faut comprendre la pluralité des significations et des logiques d'engagement des acteurs dans le domaine de la santé en prison, des logiques épidémiologiques de contrôle de la contagion aux usages locaux de la santé comme ressources. La réalisation des soins en milieu carcéral repose sur un équilibre précaire entre ces différents paramètres.

Bibliographie

- ALTICE F.L.; AZBEL L.; STONE J.; BROOKS-POLLOCK E.; SMYRNOV P.; DVORIAK S.; TAXMAN F.S.; EL-BASSEL N.; MARTIN N.K.; BOOTH R.; STÖRVER H.; DOLAN K.; VICKERMAN P., 2016, «The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia.» *Lancet*, (388): 1228-48
- CHANTRAINE Gilles, 2004, *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris: PUF / Le Monde
- Déclaration de Ouagadougou, Conférence Panafricaine sur la réforme pénale et pénitentiaire en Afrique, Ouagadougou. Burkina Faso, 18-20 septembre 2002
- DIENDERE EA, TIENO H, BOGNOUNOU R, et al., 2011, «Prevalences and risk factors associated with infection by human Immunodeficiency virus, hepatitis B virus, syphilis and bacillary pulmonary tuberculosis in prisons in Burkina Faso». *Med Trop*, 71(5): 464-7
- EKOUVEI D.K.; D'ALMEIDA S.; SALOU M.; KARIYIARE B.G.; COFFIE P.A.; DAGNRA A.C.; TCHOUNGA B.; BECQUET R.; PRINCE-DAVID M.; PITCHE V.P., 2013, «HIV seroprevalence among inmates in Togo (Séroprévalence du VIH chez les prisonniers au Togo).», *Médecine et maladies infectieuses*, (43): 279-285
- FARMER Paul, 2003, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the new war on the Poor*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press
- LE MARCIS Frédéric, 2016, «A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim)» [L'impossible gouvernement de la santé en prison? Réflexions à partir de la MACA (Côte d'Ivoire)]. *Ciência and Saúde Coletiva*, 21(7): 2011-2020 (version française accessible téléchargeable ici: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702011&lng=en&nrm=iso&tlng=fr)
- LE MARCIS Frédéric, 2019 «Life in a Space of Necropolitics. Toward an Economy of Value in Prisons» *Ethnos*, 84(1): 74-95. DOI: 10.1080/00141844.2018.1428207
- TACAIDS / Ministry of Home Affairs, 2012, *HIV Prevalence and Related Risk Factors in Prison Settings in Mainland Tanzania Findings from a Rapid Situational Assessment*





Semaine 4.2

Politiques carcérales sous contraintes

Politiques carcérales sous contraintes

Marie Morelle

Maîtresse de Conférences HDR en géographie, université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Prodig, programme Ecoppaf

Frédéric Le Marcis

Professeur en anthropologie sociale, ENS de Lyon, Triangle, programme Ecoppaf

Dr Karim Traoré

Médecin, Directeur de la Santé et de l'Action Sociale auprès du Ministère de la Justice, Burkina Faso

Volontarisme et réalisme des politiques sanitaires carcérales



Marie: Les politiques de santé en milieu carcéral s'exercent sous contrainte. C'est ce dont témoigne le docteur Karim Traoré. Ce médecin est impliqué de longue date dans le soin apporté aux détenus de la MACO, la Maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou au Burkina Faso. Récemment, il a été nommé directeur de la santé et de l'action sociale auprès du ministère de la Justice.



Frédéric: Oui il revient sur les conditions de sa nomination, sur le sens politique de cette nomination, mais également sur les conditions concrètes de mise en œuvre d'une politique progressiste envers une population socialement illégitime.



Dr Traoré: Ma nomination en tant que directeur de la santé et de l'action sociale auprès du ministère de la Justice témoigne d'une volonté politique du ministère à prendre en charge véritablement les questions de santé des populations carcérales. Le projet politique tel que écrit est très progressiste. En 2017, il y a eu la promulgation de la loi 10 portant sur le régime pénitentiaire qui accorde suffisamment de droits en matière de santé pour les personnes incarcérées, notamment la gratuité de tous les soins disponibles aussi bien à l'infirmerie que dans les CHU et dans les hôpitaux de districts. Cette loi consacre également l'exonération de tout ce qui est bilans paramédicaux pour ces détenus. Cette loi fait également obligation aux médecins de districts de venir en prison pour assurer des consultations médicales hebdomadaires. Elle prévoit aussi la construction d'unités hospitalières sécurisées dans les CHU et CHR. Donc le projet politique est très progressiste, mais le problème réside dans l'insuffisance des ressources pour pouvoir véritablement mettre en œuvre tout ce qui est prévu dans cette loi.

Autre problème, la question de la légitimité: comment défendre tout ce qui sera dépensé pour ces détenus, pour une population dont la légitimité pose problème au sein de la population générale. Les détenus sont rejetés et il y a véritablement un problème de reconnaissance quant à l'exécution des dépenses de gratuité des soins, de gratuité au niveau alimentaire pour des personnes qui sont jugées illégitimes.

Les conséquences sanitaires de l'illégitimité des détenu·e·s



Marie: Le Docteur Traoré parle d'illégitimité des détenus. Cela signifie quoi concrètement ?



Frédéric: Pour les familles, la détention équivaut bien souvent à une forme de bannissement. Nombre de détenus sont désaffiliés socialement. Ils ne reçoivent pas de visites, pas de soutiens financiers, pas de colis alimentaires. Cela a des conséquences graves sur leur santé: un détenu dans ces conditions, s'il a besoin de payer des frais, payer des médicaments, financer une consultation à l'extérieur, ne sera pas en mesure de le faire. Il va dépendre de l'intervention d'ONG ou d'acteurs confessionnels qui interviennent ponctuellement dans la prison, ou éventuellement, il peut s'adresser à l'administration. Il existe normalement des lignes budgétaires pour financer les soins de ce type de détenus, mais soit les fonds ne sont pas sollicités par les régisseurs ou soit ils sont simplement insuffisants. En outre, la ration pénale, cette ration alimentaire qui est donnée journalièrement aux détenus pour qu'ils s'alimentent, est de qualité vraiment faible. En conséquence, les détenus qui ne reposent que sur cette alimentation pour se nourrir s'exposent très largement à des carences alimentaires et à des pathologies carenciales. Le Docteur Traoré nous explique ce que sont ces pathologies.



Dr Traoré : Les pathologies carenciales, ce sont essentiellement du béribéri qui est la carence en thiamine, en vitamine B, liée bien sûr à l'alimentation des détenus qui est carencée en vitamine B1. Il existe aussi les pathologies cutanées. Elles ne bénéficient pas d'un appui d'un programme spécifique alors qu'elles sont assez nombreuses dans nos établissements pénitentiaires. Elles ne bénéficient malheureusement pas d'un programme d'accompagnement comme le VIH sida, ou la tuberculose par exemple.



Frédéric : En fait, d'un point de vue politique, l'illégitimité des détenus se traduit par un coût politique trop élevé de l'investissement dans la santé des détenus. Un ministre de la santé d'un pays ouest-africain m'expliquait qu'il ne pouvait pas justifier d'investir dans la santé des détenus tant que l'ensemble de la population en milieu ouvert n'avait pas accès aux mêmes types de services. C'est un problème.

La tension entre logiques sanitaires populationnelles et logiques sanitaires individuelles



Marie : Dans ce contexte de ressources limitées, est-ce qu'on ne peut pas imaginer l'intervention de partenaires internationaux ?



Frédéric : Pas vraiment ! En fait, l'agenda de l'aide internationale ne rencontre pas forcément les besoins ressentis par les acteurs sur le terrain. Du point de vue épidémiologique, à l'échelle nationale voire internationale, il est bien sûr tout à fait légitime et pertinent de vouloir prendre en charge des pathologies contagieuses comme le VIH, la tuberculose ou les hépatites car le système carcéral est un lieu de production et de reproduction de ce type d'épidémie. Cependant, cette réflexion à l'échelle de la population ignore les besoins individuels tels qu'ils s'expriment dans la bouche des détenus ou des acteurs du soin à l'échelle locale. Le Docteur Traoré revient encore sur cette question et nous aide à mieux comprendre cette tension entre logique individuelle et populationnelle.



Dr Traoré : Nous avons des partenaires internationaux qui nous appuient dans la prise en charge de nos préoccupations de santé des détenus. Parmi les logiques de l'intervention de l'aide internationale, il y a celle de la visibilité, des thèmes déjà prédéfinis mais qui

ne sont pas forcément nos priorités. Nos priorités, c'est la question de la surpopulation carcérale. Nos priorités, c'est aussi la question des autres pathologies qui sont assez importantes en prison et qui ne bénéficient pas d'un programme spécifique. Je veux parler des dermatoses par exemple. Alors la situation c'est celle-là, donc nous avons des partenaires qui nous appuient, mais malheureusement ils ont des thèmes déjà prédéfinis et nous faisons avec ce que le partenaire dit. Alors qu'à côté, nous avons des priorités qui sont aussi importantes. On dira bien sûr que les questions de surpopulation, c'est au gouvernement de prendre cela en charge ; les questions d'alimentation, c'est au gouvernement de prendre cela en charge, bien sûr, mais il n'empêche que nos priorités ne sont pas forcément celles des partenaires internationaux. Voilà un peu les contraintes que nous avons dans la collaboration.



Marie : Oui c'est très clair. En fait, il y a une logique populationnelle, la gestion des épidémies et une logique individuelle, la santé personnelle. Mais alors, le maître mot de la prise en charge sanitaire en prison, ce serait quoi ?

À retenir

Pour résumer, on peut dire que la prison est une rupture. Cependant, la rupture biographique, la rupture des liens sociaux et la rupture familiale que constitue l'incarcération ne doivent pas être doublées par une rupture dans la chaîne des soins. Autrement dit, l'administration de la peine que constitue l'incarcération ne doit pas se traduire par un retrait du soin. Cela veut dire quoi ? Cela veut dire que les agents de santé dans le milieu carcéral doivent absolument s'assurer de la continuité des soins.

Cette continuité des soins s'exprime dans deux sens : d'abord pour les détenus qui entrent dans la prison, il convient qu'un détenu qui vient avec une pathologie et un traitement ne soit pas empêché de poursuivre son traitement une fois incarcéré. Il convient également qu'un détenu qui développe une pathologie en prison ou pour lequel on découvre sa pathologie en prison puisse, une fois sorti de prison, poursuivre son traitement. Le Docteur Traoré en rappelant les contraintes de la mise en place de cette continuité des soins dans le cadre des services de santé carcéraux du Burkina Faso, nous donne un exemple tout à fait éclairant sur cette question.



Dr Traoré: Nos contraintes sont nombreuses : ce sont des contraintes à type d'insuffisance des ressources, ressources matérielles, des ressources logistiques, des ressources humaines. Ce sont aussi des contraintes au niveau de la sortie de prison. Comment assurer la continuité des soins pour certains patients à la sortie de prison ? Cela nous pose d'énormes difficultés. Quand je prends l'exemple de Bobo-Dioulasso en novembre-décembre passés où nous avons pu dépisté 27 malades tuberculeux, aujourd'hui véritablement la question qui se pose c'est la continuité des soins parce que sur ces 27 malades tuberculeux-là, il y a cinq qui ont été libérés dont nous n'avons pas la certitude de la continuité de leurs soins à l'extérieur. Notre vision, c'est de pouvoir permettre de faire de la prise en charge du détenu, une question centrale et globale. Que depuis l'entrée, les soins puissent être systématisés à travers un certain nombre de soins, de visites, d'examen physiques, d'examen paramédical, du bilan biologique et radiologique complet pour que le détenu qui vient en prison ne puisse pas apporter une maladie pour contaminer les autres. Et qu'à la sortie, ces soins puissent être aussi systématisés pour que la famille d'accueil, les familles ou la population générale ne puissent être contaminées par des pathologies prises en prison.

Cette proposition, très sensée, reste tributaire de deux facteurs principaux : d'abord celui de la volonté de l'État et de sa capacité à intervenir dans le domaine de la santé carcérale. Évidemment cela implique une transformation radicale de la façon dont on pense ces populations et notamment une transformation du regard sur leur illégitimité. Deuxièmement cela suppose également une véritable transformation des conditions concrètes de la production du soin en milieu carcéral.

Bibliographie

BEYRER Chris; **KAMARULZAMAN Adeeba;** **MCKEE Martin**, 2016, « Prisoners, prisons, and HIV: time for reform. » *The Lancet, HIV in Prisoners Group*, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30829-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30829-7)
JEFFERSON Andrew M.; **GABORIT Live S.**, 2015, *Human Rights in Prisons. Comparing Institutional Encounters in Kosovo, Sierra Leone and the Philippines*, Palgrave Macmillan
TOPP S.M.; **MOONGA C.N.;** **LUO N.;** **KAINGU M.;** **CHILESHE C.;** **MAGWENDE G.;** **HEYMANN S.J.;** **HENOSTROZA G.**, 2016, « Exploring the drivers of health and healthcare access in Zambian prisons: a health systems approach », *Health Policy and Planning*, <https://doi.org/10.1093/heapol/czw059>





Semaine 4.3

La santé déléguée

La santé déléguée

Frédéric Le Marcis

Professeur en anthropologie sociale, ENS de Lyon, Triangle, programme Ecoppaf

Marie Morelle

Maîtresse de Conférences HDR en géographie, université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Prodig, programme Ecoppaf

Pacôme (pseudonyme)

Ancien détenu chef bâtiment à l'infirmerie de la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan, Côte d'Ivoire

La délégation des tâches : une réalité largement partagée dans le service public



Frédéric: Nous allons évoquer la question de la délégation de la santé en milieu carcéral. Avant d'entrer au cœur du sujet, il n'est pas inutile de rappeler que la question de la délégation est consubstantielle de la prison sur le continent. Dès l'époque coloniale, on observe une délégation de l'autorité des gardiens aux détenus pour gérer l'ordinaire du quotidien de la prison. Bien sûr la délégation est variable selon les pays et même à l'intérieur des pays, selon les prisons. Néanmoins, il n'en reste pas moins que cette question est caractéristique de la prison en milieu carcéral en Afrique.

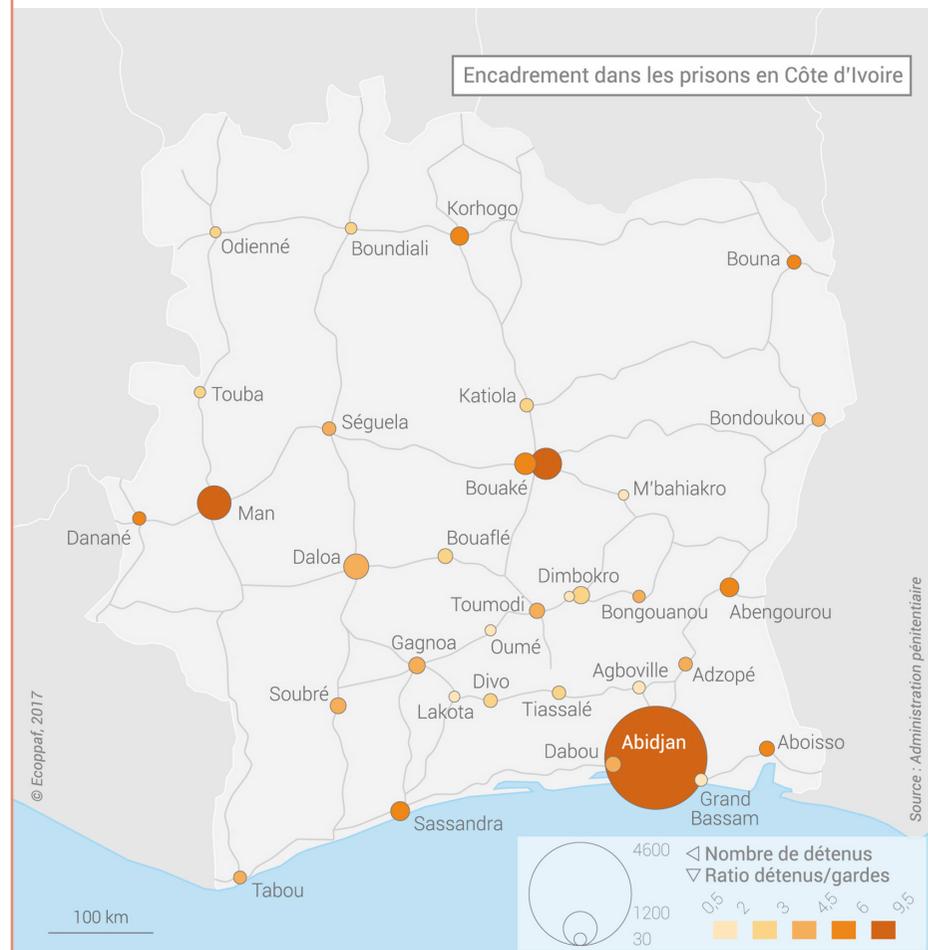


Marie: Tout à fait ! Cette modalité spécifique de gouvernance a d'ailleurs fait l'objet d'un numéro spécial de la revue britannique *Prison service Journal*, intitulé « la gouvernance quotidienne de la prison en Afrique ».



Frédéric: De ce point de vue la santé ne fait vraiment pas exception. À côté des acteurs officiels du soin dans les prisons, on trouve également (comme dans les centres de santé en milieu ouvert), un ensemble d'acteurs qui ne sont pas officiellement enregistrés comme agents professionnels de la santé, mais qui font « fonction de » dans les organisations. En prison, ce sont des « corvéables », ils s'occupent par exemple de faire des pansements, parfois des injections, également d'assurer la prise des constantes ou de veiller sur les malades pendant la nuit puisque les professionnels rentrent chez eux. Même s'ils sont de garde, ces derniers ne restent pas dans l'établissement. Prenons un exemple à la MACA, la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan. Il s'agit de la plus grande prison

d'Abidjan. En juin 2018 elle abrite sept mille détenus, soit plus de la moitié de la population totale carcérale de Côte d'Ivoire. Cette carte présente le ratio gardiens et détenus :





Frédéric : Dans une prison avec un tel ratio, comme celle de la MACA, il est évidemment vital que des détenus jouent un rôle important dans la gestion ordinaire de la prison. À la MACA, ces détenus sont donc appelés des « corvéables » : ceux qui interviennent dans la santé, dans l'infirmérie, sont plus généralement des personnes qui ont une expérience de la santé en milieu ouvert, mais pas seulement. On va trouver aussi des personnes qui jouent un rôle d'aide-soignant, ou éventuellement en quelque sorte d'infirmier, et qui sont des détenus. Ils sont simplement là parce qu'ils connaissent parmi les professionnels de l'infirmérie quelqu'un qui est originaire du même quartier, qui connaît un de leur parent ou un ami et qui va faire en sorte d'aider ce détenu à « faire sa prison » dans de meilleures conditions. Parce qu'en travaillant l'infirmérie, on peut se déplacer librement dans la prison, on mange mieux, on peut se déplacer, avoir une entrée vers l'extérieur puisqu'on est quotidiennement en contact avec des professionnels qui sont comme un « *go between* », un point de médiation entre l'intérieur et l'extérieur.



Marie : Peux-tu donner un exemple concret ?

Les corvées de soin en prison : accession, répartition, bénéfiques



Frédéric : Pacôme a été chef bâtiment infirmérie à la MACA pendant plusieurs années. Nous avons échangé à Abidjan et il m'a décrit comment se passait concrètement l'activité de chef bâtiment infirmérie à la MACA.



Pacôme : Je suis devenu corvéable au bâtiment infirmérie parce que dans la vie civile, la santé était mon métier. J'étais un aide-soignant avant d'entrer en prison. J'étais condamné, ce qui fait que je remplissais les conditions vis-à-vis de l'administration, et j'étais de la santé, ce qui m'a permis d'être à l'infirmérie pour organiser mes codétenus et moi, pour aider le corps médical à soigner les malades.



Frédéric : Est-ce que tu peux nous préciser quelles sont les conditions nécessaires pour devenir corvéable à l'infirmérie et quels sont les avantages de la fonction dans la prison ?



Pacôme : Les avantages à l'infirmérie ? Je circulais entre l'administration et dans la prison sans menace, sans peur, j'étais un peu comme libre.



Frédéric : Un peu intouchable ? Respecté par...



Pacôme : Respecté par tout le monde, par l'administration pénitentiaire, par mes codétenus et par la santé. Au bâtiment, j'avais mon chef commis qui avait des commis sous sa tutelle. Il y a deux éléments qui étaient au bureau fiche, il y a des agents qui sont chargés de s'occuper des salles de malades et des malades qui ne peuvent pas se mouvoir, il y a des porte-clefs qui sont chargés de faire la sécurité au sein de l'infirmérie, il y a des agents de la morgue qui étaient des détenus aussi, qui s'occupaient de la morgue et il y a des détenus qui étaient au centre antituberculeux qui s'occupaient aussi des malades de la tuberculose et qui aidaient le personnel soignant de la tuberculose.



Frédéric : Toi en tant que chef bâtiment tu logeais à l'infirmérie, tu avais ta propre cellule individuelle à l'infirmérie. Les autres corvéables habitaient dans les bâtiments d'incarcération, mais étaient « décalés » c'est comme cela qu'on disait, pour sortir de leur cellule tôt le matin pour venir à l'infirmérie.



Pacôme : Je dormais à l'infirmérie et les autres habitaient dans les bâtiments A ou B. Le matin, ils venaient faire leur corvée et le soir à partir de 18 heures, chacun rentrait dans son bâtiment.

Un accès inégal aux soins tributaire des inégalités dans la prison



Frédéric : Est-ce que tu pourrais nous expliquer comment faisaient les détenus dans les bâtiments pour accéder à l'infirmerie, et particulièrement nous expliquer ce qu'était le rôle du *cahier-malade* ?



Pacôme : Dans les autres bâtiments, il y a des gens qui sont chargés d'écrire tous ceux qui sont malades, d'inscrire tous ceux qui sont malades dans leur *cahier-malade* pour les amener à l'hôpital. Ça, c'est ce qui ressort de différentes concertations qu'on a eues avec les différents responsables des bâtiments. Mais les choses ne se passent pas comme on le souhaitait puisse que ceux-là mêmes qui sont chargés d'écrire les noms, réclamaient de l'argent aux détenus pour pouvoir les faire sortir, les décaler pour venir à l'infirmerie.



Marie : Mais dans ce système, l'offre de soins est forcément inégalitaire, elle va dépendre des revenus financiers ou des réseaux sociaux des détenus ?



Frédéric : Oui tout à fait ! Pacôme m'a également expliqué comment des détenus accèdent aux soins à l'extérieur de la prison. Pacôme, dans ce contexte, qui sont ceux qui parviennent par exemple à aller à l'hôpital ou à avoir des médicaments de spécialité ou à avoir une consultation comme une radio, en dehors de la prison ?



Pacôme : Bon là ça dépend en réalité de la tête du détenu. Parce que la majorité, ceux qui sortent réellement pour aller dans les CHU en dehors de la prison, ce sont ceux-là qui viennent des assimilés. Les assimilés, c'est un bâtiment où se sont les gros bonnets, les ministres, les PDG de sociétés, les fonctionnaires, les hauts fonctionnaires qui viennent en prison, ceux-là ont accès facilement dans les hôpitaux.

Les logiques internes et externes de l'absence de soins en prison



Marie : Mais est-ce que la prison, c'est la mort systématique des détenus les plus pauvres ?



Frédéric : Pas nécessairement. En fait, les représentations sociales de la maladie, la manière de percevoir le mal et sa gravité à l'extérieur dans la société globale jouent aussi un rôle sur la façon dont on pense le mal dans la prison. Parfois la prison peut être un espace de soins, mais dans le même temps elle peut être aussi un espace de mort où les questions de sécurité vont être mises en avant pour justifier le fait que l'on ne va pas prendre en charge un patient et que l'on va éventuellement le laisser dépérir. Pacôme m'a rapporté à ce sujet une expérience qu'il a lui-même vécue. Pacôme, est-ce que tu peux nous dire au regard de ton expérience à la prison, peut-être le moment où tu as été le plus satisfait de ton travail dans le secteur de la santé en prison et peut-être le moment où tu as été le plus déçu de ton incapacité à faire quelque chose ?



Pacôme : J'ai été témoin un jour d'un fait. Un nouveau mandat de dépôt qui est arrivé nouvellement dans la prison, qui a eu un malheur dans sa cellule, qui est venu à l'infirmerie. On l'a hospitalisé et vu son état de santé qui était très critique, le médecin a fait un billet d'évacuation. L'administration pénitentiaire a trouvé que c'est un nouveau venu qui n'a pas de statut. Ils ont retardé, ils ont retardé deux jours après, trois jours, au moment de le faire sortir le monsieur, malheureusement il a succombé. Mais, quand même, on a fermé les yeux pour le mettre dans l'ambulance, ils sont sortis et le CHU a fait le constat de son décès.



Frédéric : Est-ce que tu as le souvenir d'une action plutôt favorable ?



Pacôme : De l'autre côté, il y a eu un cas de suicide. Un détenu qui est monté jusqu'à la dalle au 5^e étage. Il s'est laissé tomber et a eu de multiples fractures. J'étais seul comme un agent de la santé, puisque c'était un samedi, tout le monde était parti. Alors tout de suite, j'ai fait sortir mon téléphone, qui était interdit en prison. Devant mes surveillants, j'ai appelé l'infirmier de garde qui tout de suite, est venu voir et dans les heures qui ont suivi, il y a eu toute une chaîne de solidarité. Ils sont venus, ils ont fait évacuer le monsieur. Quelque trois à quatre mois après, il est revenu bien portant. Vraiment, j'étais soulagé et j'étais vraiment content de ce monsieur.



Frédéric: Et à ton avis qu'est-ce qui a fait la différence entre celui qui a été évacué et celui dont tu nous as parlé qui n'a pas pu être évacué à temps. Pourquoi l'un est parti et pas l'autre ?



Pacôme: On a évacué l'autre parce que c'était visible. Tout le monde a vu son pied qui était rentré. Il avait des fractures, tous les détenus, tous les gardes pénitentiaires, cela a été un véritable spectacle. Il avait cassé sa mâchoire, ses mains, il y avait du sang un peu partout, donc cela militait en à sa faveur et on l'a évacué même sans faire un bulletin de radiographie, d'évacuation. Tandis que celui-là, il était bien gros. Celui qui est décédé, il était bien en forme, bien gros, mais il souffrait dans son corps et le médecin voyant son tableau a préconisé l'évacuation, malheureusement l'administration pénitentiaire n'a pas reconnu.

À retenir

Il ne faut quand même pas considérer à partir de ces témoignages que la question de la santé en prison se limite à ce qui se passe dans la prison. Lorsque des détenus initient un traitement en prison, ils deviennent perdus pour les soins à leur sortie de prison. Pour deux raisons principales: d'abord quand ils retournent dans leur quartier, ils n'accèdent pas aux services de santé parce que ces quartiers, populaires, manquent de services; ensuite, le stigmate de la prison les poursuit et ils n'osent pas se présenter dans les centres de santé en témoignant de leur origine carcérale et abandonnent les soins.

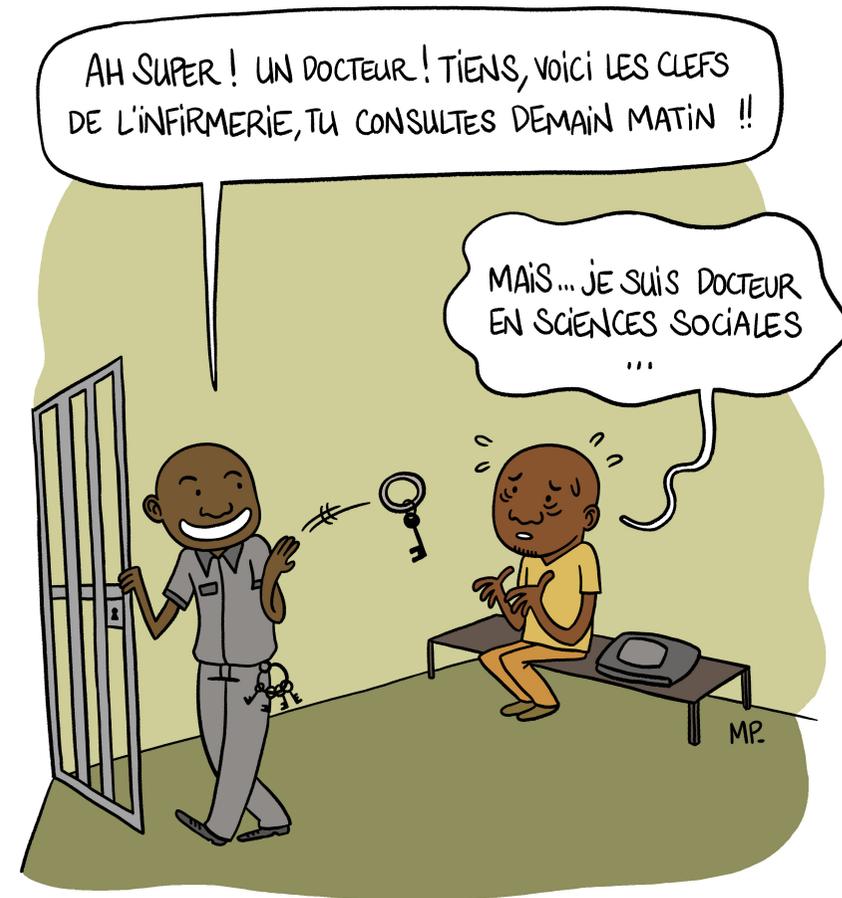
Pacôme nous a rappelé lors de notre entretien mené à Abidjan, qu'il aurait souhaité, une fois sortie de prison, jouer un rôle plus important dans la production du soin auprès de ces détenus perdus de vue en allant les retrouver dans leur quartier au titre et au nom de la confiance qu'il avait tissée avec eux en prison. Cela n'a pas été possible et il le regrette.

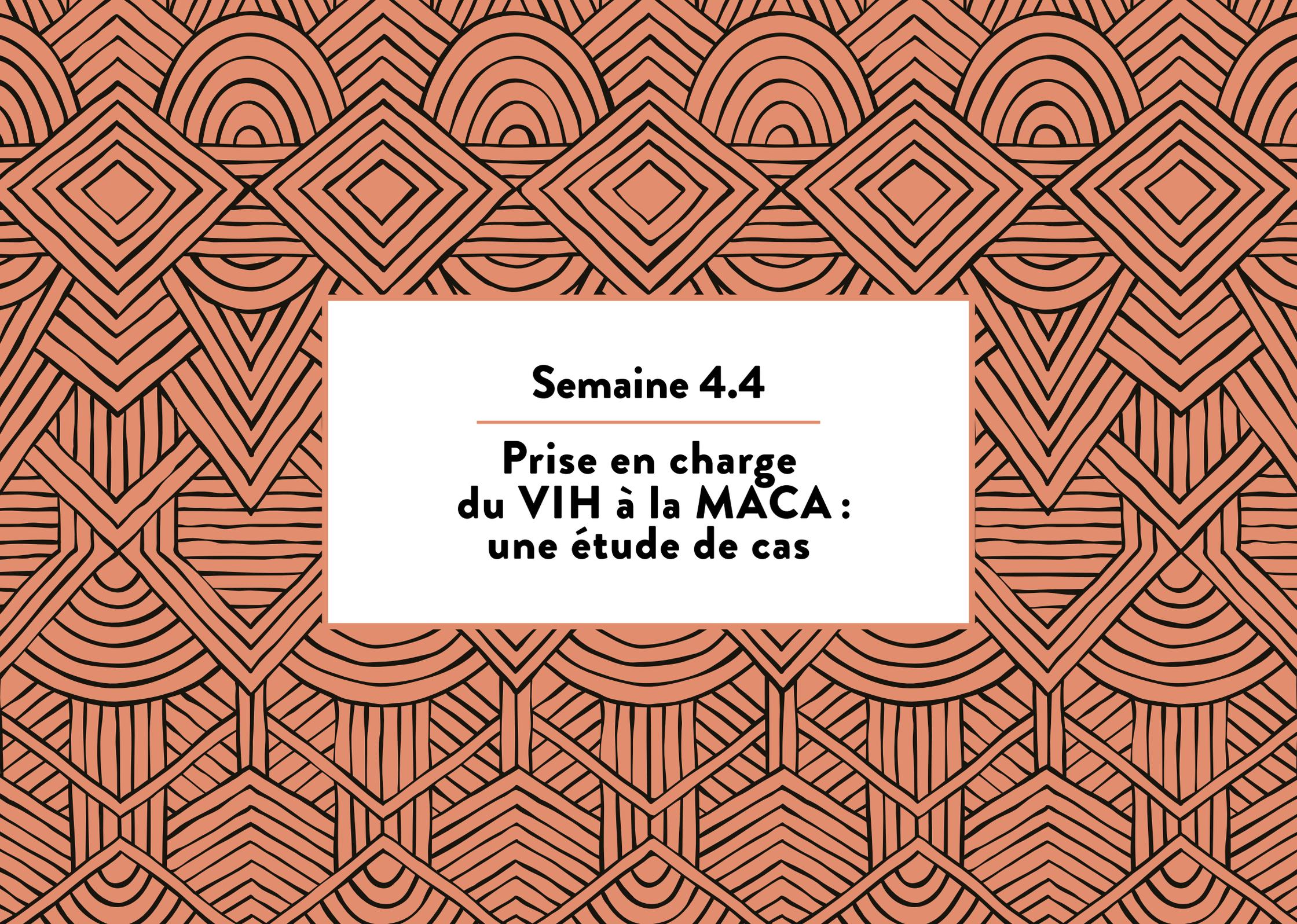
Bibliographie

BERNAULT Florence, 1999, *Enfermement, prison et châtiments en Afrique. Du XIX^e siècle à nos jours*, Paris, Karthala

JAFFRÉ Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala

LE MARCIS Frédéric, 2014, « Everyday Prison Governance in Africa », *Prison Service Journal*, N°212, <https://www.crimeandjustice.org.uk/publications/psj/prison-service-journal-212>





Semaine 4.4

**Prise en charge
du VIH à la MACA :
une étude de cas**

Prise en charge du VIH à la MACA : une étude de cas

Frédéric Le Marcis

Professeur en anthropologie sociale, ENS de Lyon, Triangle, programme Ecoppaf

Dr. Jeanne D'Arc Assemien-Ouattara

Médecin, Coordinatrice santé Expertise France, Côte d'Ivoire

Un constat épidémiologique à l'origine du programme



Frédéric : Aujourd'hui, on voudrait revenir sur la réalisation du programme VIH tuberculose initié en 2008 en Côte d'Ivoire par Expertise France sur un financement du Fonds mondial. Pour en parler avec nous, la docteur Jeanne d'Arc Assemien. Jeanne d'Arc, tu es la responsable de la partie santé d'expertise en Côte d'Ivoire, avant d'entrer dans le détail du programme, peut-être on peut juste rappeler une information qui est que la Côte d'Ivoire est un pays fortement touché par le VIH avec une séoprévalence de 3,7% en population générale. À titre de comparaison, pour les femmes, on estime à 7% le taux de séoprévalence des femmes incarcérées à la prison. La prise en charge du VIH en milieu carcéral avant votre intervention en 2008 n'existait pas en Côte d'Ivoire de manière systématique. Dans ce contexte Jeanne d'Arc, quel a été le moteur de l'intervention de l'expertise française à la MACA ?



Dr Assemien : L'intervention d'Expertise France reposait sur le principe de l'égalité des droits d'accès aux soins entre les populations en milieu carcéral et celle du milieu libre.



Frédéric : Quel était l'objectif de votre programme ?



Dr Assemien : L'objectif, c'était justement de faire la prévention, la prise en charge et le suivi psychosocial de ces patients.



Frédéric : Comment vous avez opéré et comment avez-vous fait pour trouver des relais locaux à votre projet ?

Associer et coordonner les différents acteurs de la santé carcérale



Dr Assemien : Les relais ce sont les politiques que nous avons intéressés, mais également les acteurs de terrain. Nous nous sommes basés justement sur le jumelage qui a eu lieu entre l'infirmerie de la prison de Bordeaux Gradignan et l'infirmerie de la Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan. Nous avons envoyé justement en stage ou du moins en mission d'étude les directions du ministère de la Santé et de la Justice, cela comprenait le DGS, le directeur général de la santé, le directeur des affaires pénitentiaires, le régisseur de la prison d'Abidjan, le médecin-chef de la prison. Ils se sont rendus sur place et ils se sont rendus compte que là-bas le niveau était tel qu'ils ne connaissaient même pas les réalités à Abidjan au niveau de la Côte d'Ivoire. À leur retour ils ont fait une analyse situationnelle dans neuf prisons qui étaient fonctionnelles et en mai 2009, il y a eu un atelier de restitution de ces deux missions qui a regroupé l'ensemble des directions au niveau du ministère de la Santé, qui avaient justement en vision des pathologies dans le milieu carcéral et ceux du ministère de la Justice avec le DAP et du ministère de l'Économie et des Finances.



Frédéric : Vous avez donc mis en place un travail de réseaux avec des partenaires nationaux et internationaux ?



Dr Assemien : Tout à fait. Le CICR et bien entendu l'ONUSI étaient également impliqués.



Frédéric : Dans le cadre de ce programme quels points de blocage avez-vous rencontrés ?

Les contraintes à la promotion de la santé en prison



Dr Assemien : Le premier point de blocage, c'était l'alimentation. L'alimentation, parce que c'était 150 francs par jour et par détenu. Il y avait aussi le problème de référencement c'est-à-dire la prise en charge à l'hôpital de référence. Il n'y avait pas de médicaments essentiels au sein des prisons. Il y avait aussi le personnel soignant qui n'était pas disponible partout dans les infirmeries de prisons. C'était cela nos grosses difficultés.



Frédéric : Sur le terrain vous avez formé des pairs éducateurs. Ces pairs éducateurs, vous avez rencontré des difficultés de quel ordre avec eux ?



Dr Assemien : Nous n'avons pas formé seulement des pairs éducateurs, mais aussi des conseillers communautaires de la prise en charge psychosociale des patients. Nous avons formé les infirmiers à des diplômes interuniversitaires, de Ouaga notamment ; nous avons financé des stages à l'étranger notamment aussi à Bordeaux pour pouvoir échanger toutes les connaissances. Mais bien entendu, les pairs éducateurs, la grosse difficulté c'était le flux c'est-à-dire qu'ils entraient et sortaient. Donc, nous formions des gens qui au bout de deux, trois mois ou d'une année sortaient, donc nous nous retrouvions en sous-effectif.



Frédéric : Ils sortaient dans le cadre des grâces présidentielles qui sont un des moyens de gérer la surpopulation carcérale dans nos prisons.

Dr Assemien : Tout à fait, c'était un des moyens de gérer cette crise.



Frédéric : Vous perdiez donc le capital formation que vous aviez investi auprès de ces pairs éducateurs détenus ; il était perdu puisqu'ils sortaient.



Du programme aux politiques carcérales



Dr Assemien : Absolument. Donc cet atelier a permis de mettre en place un comité paritaire de santé en milieu carcéral qui regroupait l'ensemble des directions du ministère de la Santé : le programme national de lutte contre le sida, le programme national de lutte contre la tuberculose, le paludisme, la nutrition, et également la direction des établissements et professions sanitaires pour faire le suivi de tout cela ; cela a permis de créer le comité paritaire et d'écrire un document de politique de santé en milieu carcéral puis les normes et les directives de santé. C'est un document qui n'existait pas du tout auparavant, donc ça a été vraiment un des résultats du projet.



Frédéric : Ce document de politique nationale a été présenté en Conseil des ministres. Pour autant, il n'a pas été suivi de la publication de décrets d'application. Comment tu expliques cette situation ?



Dr Assemien : Je pense que c'est dû à un arbitrage budgétaire auquel l'État est confronté. En outre, il concerne une population dont la taille est difficile à saisir puisqu'il y a beaucoup d'entrées et de sorties en même temps. Donc la budgétisation est un peu périlleuse ; enfin, il y a le fait que par manque de financement, on est parfois obligé de prioriser les choses, et donc pour une population qui n'est pas forcément légitime, on fait des priorités. La ministre a tendance à vouloir soigner toute la population de la Côte d'Ivoire, mais avec des priorités.



Frédéric : Avant de nous séparer, est-ce que tu pourrais nous donner quelques chiffres sur les résultats concrets de votre programme en termes de dépistage de patients ?

À retenir



Dr Assemien : Oui ! Nous avons dépisté environ 66 000 détenus de 2008 à 2017. Nous avons diagnostiqué avec les tests rapides 1900 à peu près de détenus qui sont séropositifs et nous avons mis sous traitement selon les directives nationales, à peu près 680 personnes vivant avec le VIH. Il faut dire aussi que nous avons pu améliorer l'environnement de travail du personnel soignant avec la réhabilitation des hôpitaux. Nous avons mis des équipements à leur disposition; nous avons pu également faire en sorte que ces personnels soignants puissent vraiment bénéficier de tout ce qui est formation, congrès, etc. Les infirmiers ont été formés par exemple à la délégation des tâches parce que ce sont les médecins qui le faisaient jusqu'alors, mais comme ce sont les infirmiers en permanence, ça a été fait.



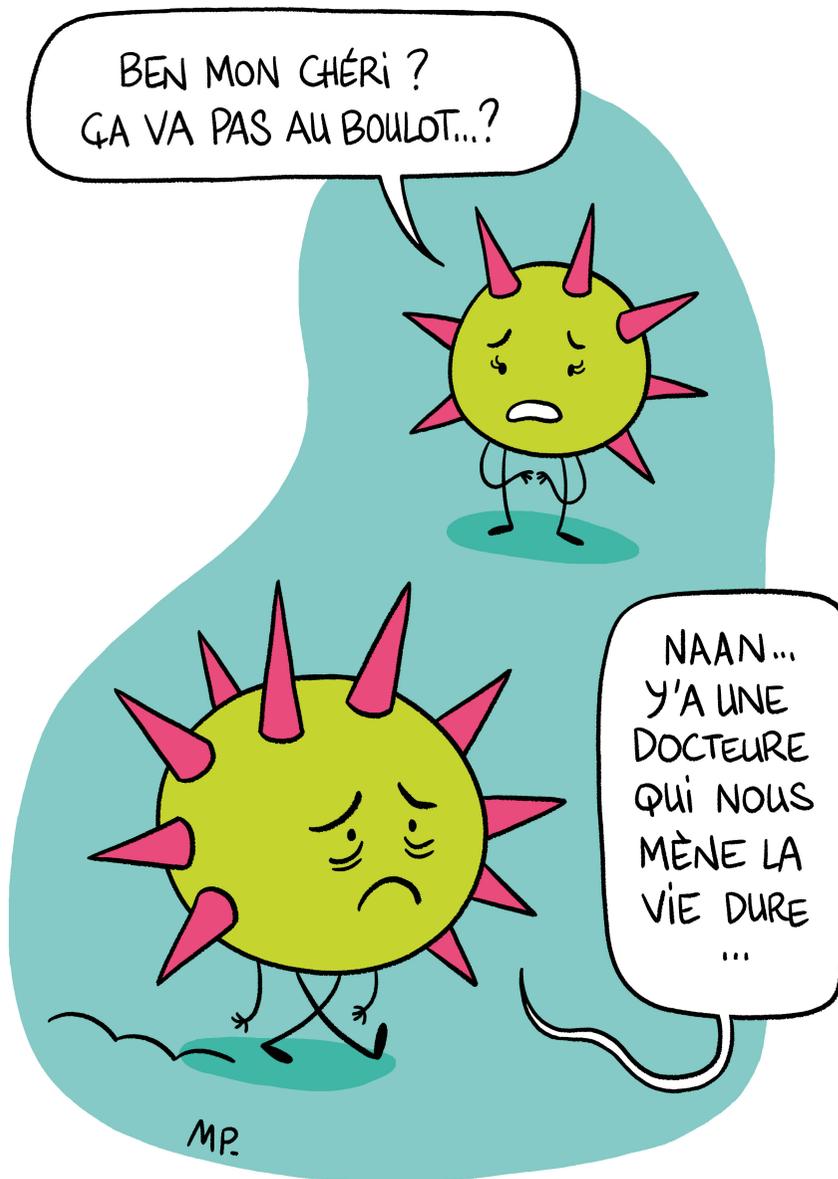
Frédéric : Les infirmiers ont donc appris par exemple à délivrer des antirétroviraux ?

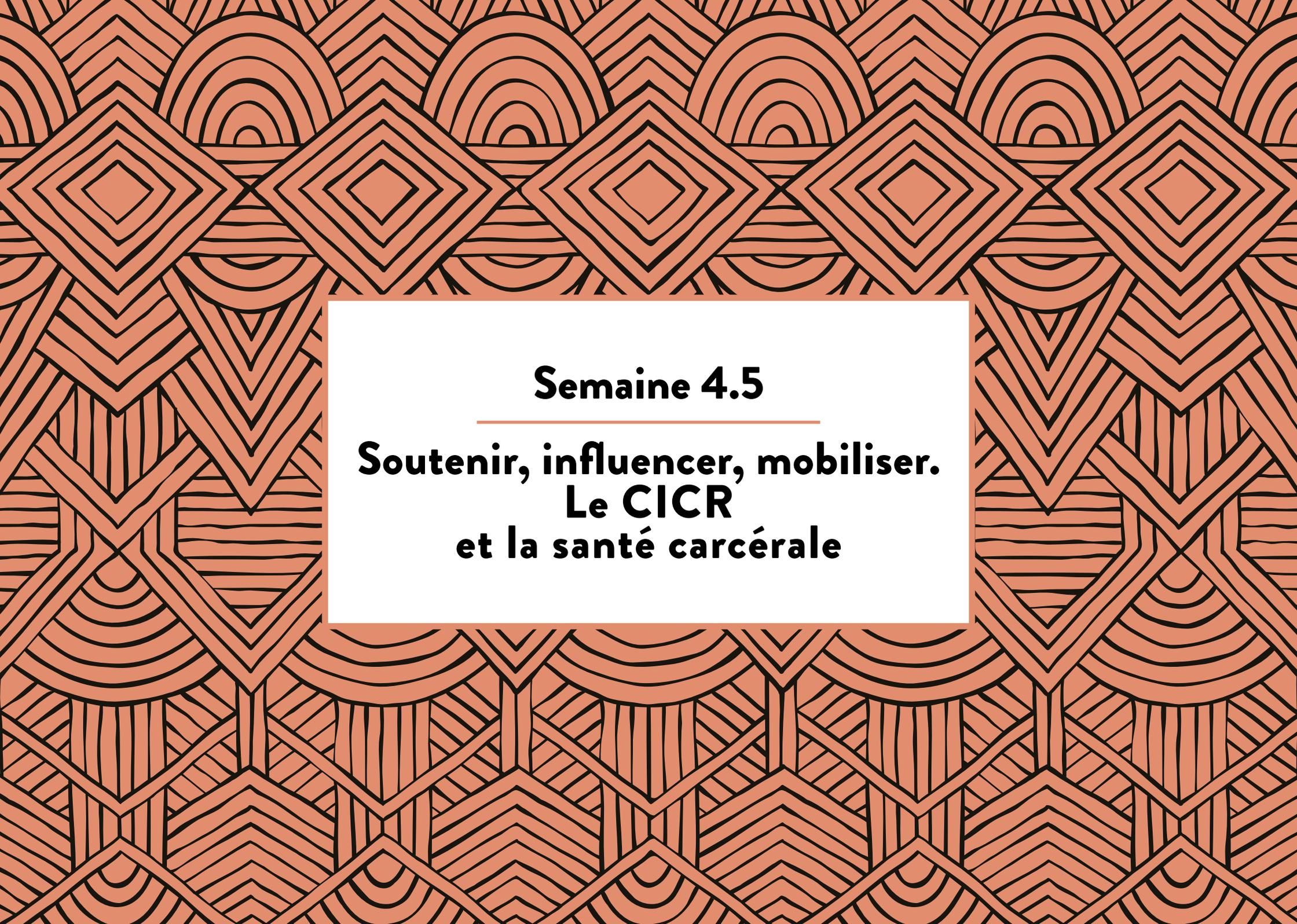


Dr Assemien : Tout à fait ! Mais de premières lignes, en lien avec un médecin, justement, qui n'est pas forcément à la prison. Au jour d'aujourd'hui, nous avons des médecins ou des infirmiers dans la majorité des prisons de la Côte d'Ivoire.

Bibliographie

- ASSEMIEN J.; FEBRO V.; COULIBALY M.; LAURENT A.; RAGUIN G.; LACOSTE D.; et al.,** 2010, « Access to HIV prevention and care in prisons of Cote d'Ivoire ». XVIII International AIDS Conference, Vienna, Australia, <http://vih.org/sites/default/files/Poster-%20IAS-MACA.pdf>
- HOLZBAUER Christine,** 2016, « La prison d'Abidjan, laboratoire de la lutte contre le VIH-sida », *Le Monde diplomatique*, supplément Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, p.1-III, <https://www.monde-diplomatique.fr/2016/04/HOLZBAUER/55239>
- SÉRI B.; KOFFI A.; DANEL C.; OUASSA T.; BLEHOUÉ M.A.; OUATTARA E.; et al.,** 2017, « Prevalence of pulmonary tuberculosis among prison inmates: A cross-sectional survey at the Correctional and Detention Facility of Abidjan, Côte d'Ivoire. » *PLoS ONE* 12(7), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181995>.





Semaine 4.5

**Soutenir, influencer, mobiliser.
Le CICR
et la santé carcérale**

Soutenir, influencer, mobiliser. Le CICR et la santé carcérale

Frédéric Le Marcis

Professeur en anthropologie sociale, ENS de Lyon, Triangle, programme Ecoppaf

Dr. Carole Dromer

Médecin, Coordinatrice santé en détention Comité de la Croix Rouge Internationale (CICR) santé en détention

L'action du CICR dans le domaine de la santé carcérale



Frédéric: Carole Dromer, tu es médecin et coordinatrice des programmes de santé en détention du CICR, le Comité international de la Croix-Rouge. Pourrais-tu nous préciser quelle est la nature de l'action du CICR en prison ?



Dr Dromer: La nature de l'action du CICR en prison ou ailleurs est humanitaire. Je dirais même, humanitaire durable quand cela est possible et pertinent. Nous travaillons sur les conflits armés et sur les autres situations de violence; et nous avons des grands principes d'action qui sont suivis déjà depuis des années, depuis que le CICR existe. Il s'agit de la neutralité, de l'indépendance, de l'impartialité. Neutralité, cela veut dire que le CICR ne prend pas parti pour les uns ou pour les autres. Indépendance, c'est dire que le CICR décide de ses actions. Et impartialité, cela veut dire que le CICR ne fait pas de discrimination entre des populations ou des individus. De plus en plus, se sont ajoutées de nouvelles notions à ses modes d'action que sont le partenariat, la prise en compte de la volonté des personnes vers qui et avec qui se fait l'action, mais aussi la redevabilité envers ces personnes. Et à la fin, la valeur première reste la dignité de tout homme et femme.



Frédéric: Du point de vue de la santé, comment ces principes se traduisent-ils ?



Dr Dromer: Du point de vue de la santé justement, c'est là où l'on pense d'emblée à humanitaire durable en prison. C'est-à-dire que, dès l'urgence, on va penser durabilité de l'action et au sein d'une action durable, on va penser : et quoi s'il y a une urgence ? Ainsi notre objectif devient, en détention, d'améliorer durablement la condition de vie des détenus. Et pour cela, le CICR a la chance non seulement

de travailler avec les autorités, mais aussi d'avoir des équipes multidisciplinaires. Ce qui nous permet de travailler sur les déterminants de la santé et pas seulement sur l'accès aux soins. Donc nous allons travailler sur l'eau, sur l'habitat, sur l'alimentation, sur l'éducation, sur les liens familiaux, sur les activités récréatives, sur les garanties judiciaires. Tout cela est important parce que tout élément de la santé, tout élément de la détention a un impact sur la santé des personnes voire même sur les sociétés puisque les personnes seront un jour ou l'autre relâchées dans leur société.



Frédéric: Vous n'intervenez que dans des situations de crise ou de situation de post-conflit. Sur l'ensemble du continent, cela représente combien de pays ?

L'étendue et la durée des interventions du CICR dans les prisons du continent



Dr Dromer: En matière de soins de santé en détention, c'est 20 pays, c'est un peu plus si on parle du CICR en général, mais santé en détention, c'est 20 pays. Et cela fait à peu près 200 000 détenus couverts et 250 lieux de détention.



Frédéric: Quelle est la durée moyenne de vos interventions ?



Dr Dromer: Il n'y a pas vraiment de durée moyenne, mais le CICR de toute façon s'inscrit dans la durée. Nous restons des années et des années. Il y a quelques exceptions, mais nous restons des années. Comme les conflits armés et les situations de violence, elles-mêmes durent, et bien l'action du CICR dure aussi.

Faible recours à l'isolement individuel : une seconde caractéristique des prisons au sud du Sahara



Frédéric : Est-ce que tu pourrais nous donner un autre exemple d'un point commun des prisons africaines ?



Dr Dromer : Il y a un autre point commun qui est quant à lui un peu plus positif, c'est le peu de recours à l'isolement cellulaire. Ce n'est pas vrai dans le nord de l'Afrique, mais c'est vrai dans l'autre partie de l'Afrique. Et je dirais que c'est positif, parce que l'isolement cellulaire est quelque chose de très délétère pour la santé des personnes ; très délétère à la fois pour leur famille, pour leur société, parce que cela entraîne des dégâts importants sur la santé.

Absence de prise en charge des problèmes de santé mentale : une troisième caractéristique des prisons au sud du Sahara



Frédéric : Un dernier point commun aussi je crois, c'est le traitement des problèmes de santé mentale ?



Dr Dromer : Oui ! C'est une similitude qu'on trouve dans tous les pays du monde. Mais en Afrique cela prend des proportions importantes parce qu'en fait, même la population libre a très peu d'accès aux soins de santé mentale. Et les populations détenues encore moins. Ce qui se passe dans certains pays, c'est que comme la société n'arrive pas à prendre en compte ce problème, on ne sait pas quoi faire de ces personnes souffrant de désordres mentaux graves et on les incarcère. En conséquence, ces personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent incarcérés, enfermés sans traitement.

Bibliographie

Forsythé David, 2005, *The Humanitarians. The International Committee of the Red Cross*, Cambridge, Cambridge University Press, <http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/mia/shared/mia/cours/IA023/Week%203/Forsythe,%20the%20Humanitarians,%20ICRC%20.pdf>

International Review of the Red Cross, 2016, « Detention: addressing the human cost », 98(3), 725-735, <https://www.icrc.org/en/international-review/detention-addressing-human-cost>

À retenir



Frédéric : En fait on est face aussi à un problème de manque de moyens ?



Dr Dromer : Oui c'est une autre similitude qui prend des proportions énormes. C'est effectivement le manque de moyens. Beaucoup d'États en Afrique n'ont pas les moyens d'assurer même le minimum vital pour les personnes détenues. Je ne parle même pas de l'accès aux soins, je parle de l'eau potable en quantité suffisante, une alimentation équilibrée et saine, un habitat salubre. Même cela, cela pose problème.



Frédéric : C'est un enjeu politique qui a aussi à voir avec la question de la légitimité des détenus auprès des populations générales.



Dr Dromer : En effet, parce que les États ne sont quand même que le reflet en grande partie de leur propre société. Donc si leurs sociétés perçoivent les détenus comme des gens qu'on peut laisser tomber ou négliger, les États vont faire de même.



Nous remercions l'équipe de réalisation du MOOC,
William Perez, Catherine Heyvaerts, Philippe « Clint » Crave, Hugo Mathey, Corentin Masson,
Benoit Roques du Service des Usages Numériques de l'université Paris 1 Panthéon Sorbonne,
ainsi que les intervenants publics et anonymes qui y ont contribué.



Graphisme et illustration : Morgane Parisi, www.StudioBrou.com | Illustration couverture : Corentin Masson
Imprimé en octobre 2019 en 500 exemplaires par Magenta, 25 rue des Écoles, 75005 Paris