

# LA SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL

GUIDE PRATIQUE



CICR



**CICR**

Comité international de la Croix-Rouge  
19, avenue de la Paix  
1202 Genève, Suisse  
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57  
E-mail: [shop@icrc.org](mailto:shop@icrc.org) [www.icrc.org](http://www.icrc.org)  
© CICR, janvier 2017

# **LA SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL**

**GUIDE PRATIQUE**

La première édition du présent guide, publiée en septembre 2004, était réservée aux collaborateurs du CICR.

Cette seconde édition, élaborée par le Dr Andrew Moscrop, le Dr Carole Dromer, le Dr Elena Leclerc et le Dr Ghirmai Yiehdego entre 2013 et 2014, est en revanche destinée au grand public. Elle a été mise à jour en 2016 pour prendre en compte les révisions substantielles des règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015.

Le Dr Raed Aburabi, coordinateur médical de l'équipe du CICR chargée des questions de santé en milieu carcéral, a supervisé sa rédaction. Plusieurs membres du personnel du CICR ont contribué à l'élaboration de ce guide: Manuel Duce, Isabel Marquez, Valérie Captier, Mary Murphy, Catherine Deman, Isabel Hight, Andres Casal, et le Dr Robert Paterson.

**Ce guide est dédié à l'ensemble des expatriés et membres des équipes nationales du CICR qui ont perdu la vie en tentant de sauver celle des autres.**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
1.1. Présentation du guide.....	5
1.2. Principes fondamentaux.....	6
1.3. Le rôle du professionnel de la santé lors des évaluations en milieu carcéral.....	9
1.4. Organiser les évaluations en milieu carcéral.....	10
1.5. Les discussions avec les détenus.....	11
1.6. Les normes de détention et d'emprisonnement.....	12
<b>2. L'HABITAT, L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE.....</b>	<b>17</b>
2.1. Habitat et surpopulation.....	17
2.2. L'eau : source, stockage, approvisionnement et accès.....	22
2.3. L'hygiène personnelle.....	25
2.4. Les toilettes.....	27
2.5. Les eaux usées et le système d'assainissement.....	29
2.6. La gestion des déchets et l'hygiène des lieux.....	31
2.7. Les vecteurs de maladies et les nuisibles.....	32
<b>3. L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION.....</b>	<b>35</b>
3.1. La chaîne alimentaire.....	37
3.2. L'approvisionnement alimentaire.....	38
3.3. La conservation des aliments.....	40
3.4. La préparation des aliments.....	42
3.5. L'accès à la nourriture.....	47
3.6. La nutrition.....	49
3.7. La malnutrition.....	52
3.8. Évaluer l'état nutritionnel des populations carcérales.....	55
<b>4. LES SERVICES DE SANTÉ.....</b>	<b>57</b>
4.1. Principes fondamentaux.....	57
4.2. Le personnel médical.....	58
4.3. Les installations et équipements médicaux.....	62
4.4. L'accès aux soins de santé AU SEIN de la prison.....	65
4.5. L'accès aux soins de santé HORS de la prison.....	72
4.6. Les dossiers individuels des patients.....	74
4.7. Les registres cliniques.....	75
4.8. Les médicaments et le budget de la santé.....	77
4.9. Les soins médicaux dispensés aux femmes incarcérées.....	79
4.10. Promouvoir la santé en milieu carcéral.....	81
<b>5. L'ÉTAT DE SANTÉ DES DÉTENUS.....</b>	<b>85</b>
5.1. Évaluer l'état de santé et relever des indicateurs mesurables.....	85
5.2. La mortalité.....	87
5.3. La morbidité.....	89
5.4. La torture et les autres formes de mauvais traitement.....	93
5.5. Les dossiers médicaux individuels.....	96
<b>6. RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES.....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE : NORMES RELATIVES À LA SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL.....</b>	<b>104</b>

## Légende

- Des listes de questions-types, présentées dans des encadrés tels que celui-ci, sont proposées pour chacun des thèmes abordés. Ces listes ne sont pas exhaustives : elles ne couvrent pas toutes les questions ni tous les lieux de détention. Toute évaluation effectuée en milieu carcéral doit être adaptée à la situation spécifique ainsi qu'aux réalités de la prison visitée.

## Abréviations

<b>CPT</b>	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
<b>TBM</b>	Taux brut de mortalité
<b>SMI</b>	Santé maternelle et infantile
<b>ERM</b>	Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus (« Règles Nelson Mandela »)
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>AMM</b>	Association médicale mondiale
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Présentation du guide

### À qui ce guide est-il destiné ?

Ce guide est destiné aux personnels ou organisations exerçant une activité liée à la santé en milieu carcéral. Il sera particulièrement utile aux professionnels de la santé (médecins et infirmiers) qui consultent ou travaillent dans un établissement pénitentiaire.

Nous espérons que le contenu de ce guide pourra être appliqué à de nombreux contextes. Par ailleurs, si ce guide se réfère principalement aux prisons, l'approche qui y est présentée pour évaluer la santé et les déterminants de la santé peut aussi être employée dans d'autres lieux de détention, tels que les postes de police ou les centres de rétention administrative<sup>1</sup>.

### Objectif

Le présent guide a pour vocation de faciliter le travail d'**évaluation** et de **documentation** des différents aspects de la vie carcérale pouvant avoir une incidence sur la santé des détenus. De telles informations peuvent en effet offrir un point de vue objectif sur les éventuelles difficultés ou lacunes au sein d'une prison, puis être utilisées pour aider l'administration pénitentiaire à garantir aux détenus le respect des normes de santé les plus strictes possible, conformément à la législation.

Le guide présente une approche logique et uniforme pour évaluer la santé et les déterminants de la santé dans un lieu de détention. Celle-ci doit permettre de :

- définir la situation initiale des détenus (état de santé et conditions de vie) ;
- évaluer la voie d'évolution possible de la situation au fil du temps ;
- recenser les principales difficultés pouvant nécessiter l'adoption de mesures spécifiques ou une évaluation plus approfondie.

Par ailleurs, dans la mesure où il suit une approche uniforme pour évaluer la situation et établir un rapport, le guide permettra d'effectuer des comparaisons *entre* les prisons.

### Comment utiliser ce guide ?

Chacun des chapitres du guide traite d'aspects spécifiques de la vie carcérale susceptibles d'influer sur la santé des détenus. Les chapitres sont divisés en sections, portant chacune sur un thème particulier. En règle générale, celles-ci contiennent des informations contextuelles sur le thème abordé, des références à des normes pertinentes, et des questions-types à utiliser lors des visites des prisons.

Ce guide ne couvre pas tous les aspects de la santé en prison, mais vous trouverez dans le dernier chapitre une liste de ressources offrant de plus amples informations.

<sup>1</sup> Pour faciliter la lecture du texte, le terme « prison » est utilisé pour désigner tout établissement dans lequel des individus sont détenus.

Le terme « détenu » est préféré au terme « prisonnier » pour deux raisons : tout d'abord parce qu'il tient compte de la diversité des individus auxquels le contenu du guide peut s'appliquer, tous n'ayant pas été condamnés et incarcérés en prison ; mais aussi parce que dans de nombreux contextes, le terme « prisonnier » est souvent négativement connoté.

## 1.2. Principes fondamentaux

### La « pyramide de la santé »

La « **pyramide de la santé** » est un outil précieux pour évaluer la santé dans les prisons (se reporter à la figure 1.1). D'après ce modèle, un environnement sain a pour fondements : **une alimentation et une nutrition** adéquates ; une **hygiène et un assainissement** adéquats ; et des **conditions de logement** appropriées. Pour consolider cette assise, il est impératif de prendre des mesures afin de **préserver et promouvoir la santé**. Au sommet de la pyramide de la santé, une **approche curative** est préconisée pour maintenir un bon état de santé global. Néanmoins, les soins curatifs ne peuvent être efficaces que s'ils viennent s'ajouter aux composants fondamentaux que sont la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'habitat, ou encore aux mesures mises en place pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

Des facteurs psychosociaux, détaillés ci-après, soutiennent chaque niveau de la pyramide de la santé.

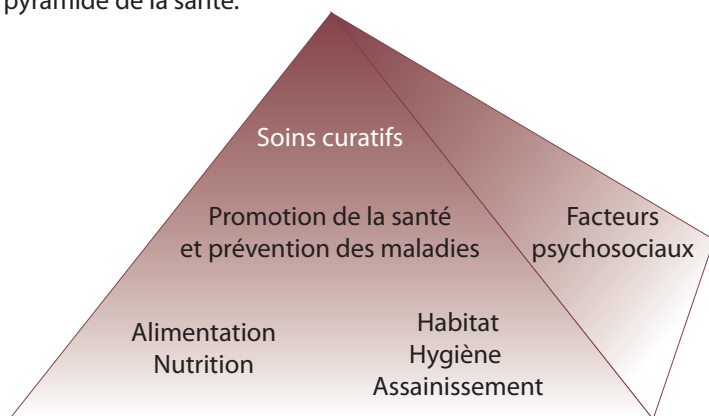


Figure 1.1 Une « pyramide de la santé » pour les prisons

### Les facteurs psychosociaux

La plupart des aspects de la vie carcérale ont des répercussions sur la santé. La pyramide de la santé décrit les facteurs fondamentaux et essentiels qui influent sur la santé dans les prisons (l'alimentation et la nutrition, l'hygiène et l'assainissement, l'hébergement, la protection et la promotion de la santé et, enfin, les soins curatifs). Cependant, lorsque l'on évalue la situation sanitaire en milieu carcéral, il est important de ne pas se cantonner à ces fondamentaux. D'autres facteurs moins tangibles, voire invisibles, peuvent également influencer de façon significative sur la santé. Parfois désignés sous le terme général de « **facteurs psychosociaux** », ils englobent les effets psychologiques de l'arrestation et de l'emprisonnement, la perte des structures de soutien, les hiérarchies internes entre détenus, la violence, y compris la violence sexuelle, la toxicomanie, la vie quotidienne en prison, le respect ou non des garanties de procédure et la promiscuité.

### Les effets psychologiques de l'arrestation et de l'emprisonnement

Au cours d'une arrestation ou d'un interrogatoire, la plupart des individus ressentent un niveau de stress important. Ils peuvent également subir des tortures ou des mauvais traitements, qui peuvent avoir des conséquences durables sur leur santé physique, mentale et sociale. Durant leur détention, ils éprouvent inévitablement des inquiétudes quant à leur avenir ; ils se demandent



notamment s'ils seront libérés au terme de l'interrogatoire, s'ils seront déférés devant la justice ou, s'ils sont condamnés, à quoi ressemblera la vie en prison et quels seront les impacts de leur incarcération pour leurs familles. Nombreux sont les détenus qui n'ont encore jamais connu un tel niveau de tension et de désarroi. Par ailleurs, pendant leur incarcération, de nombreux détenus sont gagnés par le désespoir, l'abattement et la dépression.

### **La perte des structures de soutien**

Les individus soudainement extraits de leur quotidien et placés en détention se retrouvent privés de leurs mécanismes d'adaptation et structures de soutien habituels (notamment la famille, les amis et, dans de nombreux cas, l'environnement professionnel), ce qui les rend psychologiquement plus vulnérables.

### **Les hiérarchies internes**

Dans tous les centres de détention du monde, il existe à un degré plus ou moins grand des hiérarchies internes et des « règles » officieuses entre détenus. Dans une prison, divers groupes criminels, politiques ou ethniques peuvent établir des règles auxquelles les détenus sont tenus de se conformer. La rivalité à laquelle se livrent ces groupes pour acquérir de l'influence, du pouvoir ou des biens matériels peut conduire à des extorsions, une coercition, des intimidations ou des violences physiques ou sexuelles. Diverses formes de discrimination peuvent également être observées, notamment des restrictions d'accès aux centres médicaux. Ces activités peuvent être sciemment tolérées par l'administration pénitentiaire, voire, dans certains cas, l'impliquer directement.

### **La toxicomanie**

Dans de nombreux contextes, une sous-culture de toxicomanie, étroitement liée aux hiérarchies entre détenus évoquées précédemment, existe souvent dans les lieux de détention. La consommation de drogues injectables accroît de façon considérable les risques pour la santé en milieu carcéral. Deux facteurs sont mis en cause : tout d'abord, la prévalence des maladies transmises par voie sanguine, généralement plus élevée dans la population carcérale que dans la population générale ; mais aussi la rareté des seringues stériles et la nécessité de dissimuler le matériel destiné à la consommation de drogue aux autorités, qui renforcent le partage des seringues et autres équipements. Certaines prisons ont mis en place des programmes d'échange de seringues afin de limiter ces risques.

### **Les comportements sexuels**

Les comportements sexuels en prison peuvent être consensuels ou non consensuels, et impliquer des violences sexuelles. Il existe souvent un risque d'exposition aux infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH, dû à la prévalence anormalement élevée de la maladie en prison, ainsi qu'à la rareté des préservatifs. Pour limiter ce risque, certaines prisons ont mis en œuvre des programmes de distribution de préservatifs.

### **L'environnement pénitentiaire et la vie quotidienne en prison**

De nombreux aspects de l'environnement pénitentiaire et du quotidien en milieu carcéral, réglementés par les autorités pénitentiaires compétentes, peuvent également avoir un impact significatif sur la santé, par exemple la fréquence des contacts entre les détenus et leur famille, que ce soit par e-mail

(et messages Croix-Rouge) ou lors des visites au parloir; l'accès au travail, ou le travail forcé; l'accès à l'air libre, l'activité physique ou le sport; les activités récréatives proposées, par exemple la lecture ou les jeux; la possibilité de pratiquer sa religion; l'accès à l'éducation (en particulier pour les enfants, mais aussi pour les adultes, sous la forme de formations complémentaires); et bien évidemment, l'accès aux soins.

Tous ces facteurs peuvent avoir un impact direct ou indirect sur la santé, mais aussi être influencés par les hiérarchies entre détenus ou encore les gardiens et l'administration pénitentiaire.

Il ressort clairement de ce qui précède que le terme «facteurs psychosociaux» peut être appliqué à la plupart des aspects de la vie carcérale. Si nombre de ces facteurs peuvent être difficiles à appréhender, gérer ou modifier, il est néanmoins important de connaître leur existence et de déterminer de quelle façon ils peuvent influencer sur l'état de santé de la population carcérale.

### La disponibilité, l'accessibilité et la qualité

Lors de l'évaluation de la santé en détention, il est fondamental de faire la distinction entre la *disponibilité* et l'*accessibilité*. Le terme DISPONIBILITÉ renvoie à l'existence d'infrastructures et de services au sein de la prison: infrastructures de soins, médicaments, installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, cuisines, denrées alimentaires, etc. Le terme ACCESSIBILITÉ, en revanche, décrit dans quelle mesure les détenus bénéficient d'une égalité d'accès à ces installations et services sans obstacle ni interférence.

Dans le milieu carcéral, les installations et services doivent être accessibles à tous, dans des conditions identiques, dans le respect du principe de non-discrimination; ils doivent par ailleurs tenir compte du fait que certains groupes vulnérables ou marginalisés peuvent avoir des besoins plus grands (par exemple les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes atteintes du VIH/SIDA et les minorités ethniques). La notion d'accessibilité peut encore être subdivisée, puisque l'on distingue en effet **l'accessibilité physique** (l'emplacement des installations, par exemple, entrave-t-il l'accès physique?), **l'accessibilité économique** (existe-t-il des obstacles financiers qui entravent l'accès aux installations, aux services, à l'alimentation, etc.?), et **l'accès aux informations** (par exemple, les détenus peuvent-ils demander et recevoir des informations sur la santé, l'assainissement et la nutrition, et ont-ils également la possibilité de donner des informations ou un avis?).

L'**accessibilité** et la **qualité** des services et infrastructures sont deux des principaux déterminants de la santé en prison.

### Comprendre le personnel pénitentiaire

Il est parfois tentant de blâmer l'administration pénitentiaire, notamment lorsque les détenus reçoivent de très mauvais traitements. Pourtant, dans la plupart des cas, on lui fait endosser à tort le mauvais rôle. Qui plus est, adopter une attitude d'opposition à l'égard du personnel pénitentiaire n'est généralement bénéfique pour personne, moins encore pour les détenus. Au cours de l'évaluation de la prison, il est important de ne pas se satisfaire d'une vision simpliste des autorités pénitentiaires.

Il est recommandé, dans la mesure du possible, d'évaluer les conditions d'hébergement et d'hygiène et les installations récréatives dont bénéficie le personnel, mais aussi la qualité de l'alimentation et des soins médicaux qu'il

reçoit. En effet, les installations et services offerts au personnel pénitentiaire ne sont parfois guère meilleurs que ceux mis à la disposition des détenus. Bien évidemment, cela ne saurait justifier les mauvaises conditions de détention; toutefois, il convient d'admettre que des conditions déplorables minent le moral et le bien-être du personnel pénitentiaire, et finissent par influencer sur son travail et son attitude à l'égard des détenus.

Évaluez la motivation du personnel pénitentiaire, et les difficultés auxquelles il est confronté. Informez-vous sur sa rémunération et les mesures incitatives dont il bénéficie. Demandez aux employés s'ils ont postulé pour leur poste et, le cas échéant, pour quelle raison. Enfin, demandez-leur s'ils aiment leur travail, et pourquoi (ou au contraire pourquoi leur travail leur déplaît). Ces conversations peuvent vous permettre de recueillir de précieuses informations, mais aussi vous aider à nouer des relations plus étroites.

### 1.3. Le rôle du professionnel de la santé lors des évaluations en milieu carcéral

Les professionnels de la santé (médecins ou infirmiers) adoptent généralement une approche de santé publique pour évaluer la santé dans les prisons, en procédant à une évaluation globale de la population carcérale plutôt qu'à une évaluation individuelle des détenus<sup>2</sup>. Le professionnel de la santé doit évaluer l'organisation de la prison et les conditions de vie dans son enceinte, ainsi que leurs effets sur la santé globale de la population carcérale. Par ailleurs, il doit recenser tous les facteurs inhérents aux conditions de vie ou au régime carcéral qui ont une incidence défavorable sur la santé des détenus. Enfin, des recommandations pratiques et des suggestions de solutions doivent être soumises aux autorités pénitentiaires. Ce guide a pour vocation de faciliter les évaluations menées en milieu carcéral. À ce titre, il met en exergue tous les aspects des conditions et du régime carcéraux susceptibles d'influer sur la santé des détenus, et fournit des questions-types qui devraient faciliter leur analyse. Il convient de souligner que les listes de questions proposées dans chaque section ne sont fournies *qu'à titre d'exemple*, et devront être adaptées à chaque lieu de détention. Par ailleurs, ce guide **ne constitue pas** une liste de vérification; il propose une approche générale et analytique de l'évaluation en prison. **Lorsque l'évaluation fait apparaître des défaillances concernant les conditions de vie ou le régime carcéral, le professionnel de la santé doit chercher à analyser les causes et évaluer leur impact sur la santé des détenus.**

Pour évaluer la santé en prison de façon rigoureuse, il convient d'analyser en profondeur le système de santé de l'établissement pénitentiaire, par le biais de l'observation, de discussions avec le personnel médical de la prison et d'entretiens privés avec des détenus malades et/ou en bonne santé. Ce processus prend du temps. Le professionnel de la santé peut également être amené à évaluer d'autres aspects, tels que l'hébergement, l'alimentation, l'hygiène, l'approvisionnement en eau et les conditions sanitaires générales, ainsi que les divers facteurs psychosociaux associés à la détention. Dans la mesure du possible, l'évaluation d'une prison doit inclure une visite de l'établissement de santé local, afin de déterminer le niveau de soins dispensés dans la communauté, et détecter les éventuels problèmes liés à l'orientation des détenus dans ledit établissement.

2 H. Reyes, « Le rôle du médecin dans les visites du CICR aux prisonniers », CICR, Genève, 1994.  
Voir : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzeua.htm>

Il est important de préciser ce que le professionnel de la santé **ne doit pas** faire au cours de l'évaluation de la santé dans une prison. En règle générale, il **ne doit pas** assumer les responsabilités du personnel pénitentiaire ni mettre en œuvre un système de santé parallèle en pratiquant des examens cliniques individuels et en soignant les détenus. Par ailleurs, les autorités pénitentiaires ou les membres de l'équipe chargée d'évaluer la prison ne doivent pas être encouragés à élaborer des listes de détenus qui « souhaitent consulter le médecin ».

Le professionnel de la santé doit toutefois rencontrer certains détenus individuellement, afin d'aborder des sujets liés au système de santé. Il peut utiliser des critères *généraux* ou *spécifiques* pour sélectionner ces détenus. Les *critères généraux* peuvent être les détenus arrêtés le plus récemment, les femmes détenues, ou encore les détenus au-dessus ou en dessous d'un certain âge. Quant aux *critères spécifiques*, il peut par exemple s'agir des détenus qui sont passés par des lieux d'interrogatoire spécifiques, qui présentent les symptômes d'une maladie particulière, ou qui montrent clairement des signes de pathologie mentale.

Dans les contextes où de mauvais traitements sont infligés, le professionnel de la santé peut choisir d'évaluer les détenus ayant subi de tels traitements afin de rédiger un rapport médical.

## 1.4. Organiser les évaluations en milieu carcéral

Les évaluations de la santé en prison effectuées par les professionnels de la santé se déroulent souvent lors des visites des équipes dans les prisons. Au CICR, ces équipes sont généralement composées de délégués de détention, de conseillers juridiques, d'ingénieurs spécialisés dans l'eau et l'assainissement, de nutritionnistes, etc. Au cours de ces visites, d'autres membres de l'équipe peuvent évaluer certains aspects spécifiques d'une prison, et s'entretenir avec des détenus. Il est fondamental d'instaurer une coordination et un travail d'équipe performants afin de veiller à ce qu'aucun point ne soit négligé au cours de l'évaluation, et d'éviter tout chevauchement des activités menées. L'attribution des responsabilités sur place (**qui** recueillera **quelles** informations?) doit avoir été précisée de façon claire à tous les membres de l'équipe. La répartition des tâches dépend de la taille de l'équipe et des difficultés et circonstances spécifiques à la prison. À titre d'exemple, une crise sanitaire aiguë dans une prison peut accaparer l'attention des professionnels de la santé en visite, et contraindre ces derniers à déléguer une partie importante de leur travail habituel.

Les membres de l'équipe qui n'appartiennent pas au corps médical peuvent évaluer les conditions de logement, l'alimentation, l'hygiène, l'eau et l'assainissement général, ainsi que nombre des facteurs psychosociaux associés à la détention. Un professionnel de la santé peut ensuite s'appuyer sur les résultats de cette évaluation pour évaluer les répercussions sur la santé dans l'établissement pénitentiaire, ou déterminer si des examens plus poussés sont nécessaires. Les membres de l'équipe chargée de l'évaluation de la prison n'appartenant pas au corps médical pourront donc trouver le contenu de ce guide pertinent. Néanmoins, celui-ci ne peut en aucun cas se substituer à l'expertise du professionnel de la santé faisant partie de l'équipe chargée de l'évaluation de la prison. Il est impératif d'avoir reçu une formation médicale pour comprendre un grand nombre de problématiques liées à la santé. Les

membres de l'équipe qui n'appartiennent pas au corps médical et sont chargés d'évaluer des aspects liés à la santé doivent discuter de leurs observations avec un professionnel de la santé.

Après la visite d'une prison, tous les membres de l'équipe, y compris le professionnel de la santé, doivent travailler en collaboration pour rédiger leur rapport et formuler des recommandations. Celles-ci peuvent être destinées à un usage interne (par exemple, des stratégies pour suivre l'évolution de la situation dans l'établissement) ou destinées à la direction de la prison (par exemple, des suggestions de changements à apporter à l'environnement ou au régime carcéral). Les mesures recommandées doivent être les plus globales possible, et tenir compte de l'ensemble des difficultés et parties prenantes. Le présent guide couvre exclusivement le processus d'évaluation de la santé en milieu carcéral; il ne fournit pas de conseils sur les mesures à prendre.

## 1.5. Les discussions avec les détenus

Les discussions avec les détenus sont une source précieuse d'informations sur la santé, les déterminants de la santé et les soins médicaux dans les établissements pénitentiaires. Quelques suggestions sont formulées ci-après pour que ces discussions soient les plus productives possible.

### Organiser les entretiens

Avant d'arriver à la prison, déterminez quels groupes de détenus vous souhaitez rencontrer. Tâchez de rencontrer des détenus appartenant aux groupes vulnérables, tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées ou les étrangers. Certains détenus peuvent également être vulnérables pour des raisons d'appartenance ethnique, religieuse ou politique. Dans ces groupes vulnérables, le risque de problèmes de santé est particulièrement élevé.

Ne laissez pas l'administration pénitentiaire sélectionner les détenus qui s'entreprendront avec vous.

Menez les entretiens dans un lieu calme, où vous ne pourrez être entendus des autres détenus ou de la direction de la prison.

Évitez autant que possible de créer une situation inégalitaire : tâchez par exemple d'utiliser des chaises de même hauteur, et veillez à ce que les détenus ne soient pas entravés pendant les discussions.

### Travailler avec les interprètes

Précisez au préalable aux interprètes quels thèmes vous prévoyez d'aborder avec les détenus, en particulier s'il s'agit de questions délicates. Ils auront ainsi le temps de se familiariser avec la terminologie adéquate, et ne seront pas pris au dépourvu.

Exprimez-vous lentement et distinctement, en formant des phrases succinctes. Il peut être extrêmement difficile de travailler avec des interprètes : tâchez de continuer à vous exprimer lentement et distinctement, même lorsque vous ressentez de la frustration.

## Présentations

Présentez-vous aux détenus en précisant votre nom et votre profession; expliquez-leur la raison de votre présence. Précisez-leur que, bien que vous allez discuter de sujets liés à la santé, vous ne serez pas en mesure de leur prodiguer des soins ni de leur donner des conseils cliniques. Il est important de ne pas donner aux détenus l'impression que vous allez intervenir personnellement en leur nom. Vous éviterez par ailleurs d'être priés de fournir des médicaments ou d'orienter les patients.

Garantissez aux détenus que vos entretiens resteront confidentiels. Expliquez-leur que vous ne révélez aucun aspect de la conversation à un tiers s'ils ne le souhaitent pas, et qu'ils doivent par ailleurs vous donner leur autorisation pour discuter de ces conversations avec d'autres. Les sources des éventuelles informations que vous transmettez resteront anonymes.

Expliquez aux détenus qu'ils ne sont nullement tenus de discuter avec vous.

## Pendant la discussion

Soyez polis et respectueux en toutes circonstances.

Les différents groupes qui composent une population carcérale peuvent donner des témoignages et points de vue extrêmement différents, qui peuvent refléter soit de réelles divergences en termes de vécu, soit des perceptions différentes. Dans la mesure où il n'y a pas de «vérité» unique, ne soyez pas surpris si vous entendez des récits contradictoires.

## Fin de l'entretien

Au terme de la discussion, demandez au détenu s'il a des questions ou souhaite compléter ses propos. Cela marquera la fin de l'entretien, et peut également vous permettre d'obtenir de précieuses informations; le détenu a désormais une idée plus précise du type d'information que vous recherchez, et peut vous donner des renseignements sur des points que vous n'avez pas soulevés.

## 1.6. Les normes de détention et d'emprisonnement

Le terme «normes» englobe les lois, recommandations et principes de bonnes pratiques. De telles normes régissent la plupart des aspects de la détention. Lorsqu'elles ne sont pas respectées, elles peuvent être employées pour définir la marche à suivre.

On recense trois principaux types de normes auxquelles se référer au cours de l'évaluation d'une prison :

- les normes **nationales**, qui peuvent être citées dans les lois nationales relatives à la détention, ou dans les publications des autorités sanitaires nationales (les associations de santé publique, par exemple) ;
- les normes **régionales** établies par les organismes régionaux, tels que le Conseil de l'Europe ou la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- les normes **universelles** sur les conditions de détention établies par l'Organisation des Nations Unies.

Ces trois types de normes seront détaillés ci-après.

Le CICR a également défini quelques valeurs de référence dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et du logement, en s'appuyant sur sa longue expérience auprès des détenus<sup>3</sup>.

Les normes ne définissent pas toujours des indicateurs ou chiffres clairs. En règle générale, il n'existe pas de valeurs de référence pour les indicateurs de santé fondamentaux (tels que les taux bruts de mortalité et les nombres de consultations médicales) pour les populations carcérales. Dans certains cas cependant, certaines valeurs de référence établies pour les personnes déplacées (y compris les réfugiés) sont employées à des fins d'approximation ou comme « meilleure estimation » pour les populations carcérales<sup>4</sup>.

En matière d'accessibilité des soins médicaux, la norme souvent invoquée est celle de l'*équivalence* avec la communauté: en d'autres termes, les détenus d'une prison doivent avoir accès à des soins médicaux *au moins équivalents à ceux dispensés aux habitants de la communauté*.

### Les normes nationales

De nombreux pays ont adopté des lois nationales relatives à la détention, souvent intitulées «loi sur les prisons». Ces lois ne définissent pas les conditions d'incarcération, mais précisent généralement le contenu des «règles pénitentiaires» ou «réglementations pénitentiaires», qui comportent des dispositions détaillées sur la gestion des prisons, y compris sur certains sujets liés à la santé. Lesdites réglementations définissent souvent les responsabilités des médecins ou infirmiers exerçant en milieu pénitentiaire, qui dépassent le simple cadre d'une prise en charge médicale curative et incluent le suivi de questions touchant à l'hygiène ou la nutrition, par exemple. Certaines dispositions de ces «règles pénitentiaires» nationales peuvent cependant être obsolètes et/ou contraires aux pratiques reconnues sur le plan international.

Les associations de professionnels de la santé, telles que les associations médicales nationales, peuvent avoir publié d'autres normes nationales<sup>5</sup> ou participé à des réunions intersectorielles sur la santé en milieu carcéral et en avoir adopté les conclusions. Celles-ci n'ont pas force de loi, mais peuvent constituer des points de référence utiles.

### Les normes régionales

Certains organismes régionaux de défense des droits de l'homme ont élaboré des normes relatives aux conditions de détention, qui couvrent également les aspects sanitaires de l'univers carcéral; c'est par exemple le cas des Règles pénitentiaires européennes adoptées par le Conseil de l'Europe<sup>6</sup>. L'un des principes fondamentaux sur lesquels reposent les Règles pénitentiaires européennes est le maintien en bonne santé des personnes en détention. Le Conseil de l'Europe a également créé le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT), qui a élaboré des normes juridiquement contraignantes relatives à la détention préventive et à l'incarcération, comportant notamment

3 P.G. Nembrini, *Eau, assainissement, hygiène et habitat dans les prisons*, 2<sup>e</sup> éd., CICR, Genève, 2013. Accessible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fr/resources/documents/publication/p0823.htm>

4 P. Perrin, H.E.L.P.: *Cours de santé publique pour la gestion de l'assistance humanitaire*, CICR, Genève, 2001 ; Le Projet Sphère, *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, 3<sup>e</sup> éd., Le Projet Sphère, Genève, 2011. Accessible à l'adresse : <http://www.sphereproject.org/sphere/fr/>

5 Voir, par exemple : American Public Health Association Task Force on Correctional Health Care Standards, *Standards for Health Services in Correctional Institutions*, 3<sup>e</sup> éd., APHA, Washington D.C., 2003.

6 Le CPT a été établi par la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, adoptée par les États membres du Conseil de l'Europe en 1987. Voir : CPT, *Normes du CPT: Chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond*, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011 (<http://www.cpt.coe.int/fr/docsnormes.htm>).



des dispositions ayant trait à la santé<sup>7</sup>. Enfin, le Conseil de l'Europe a formulé des recommandations relatives aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire<sup>8</sup>.

En 2002, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a adopté les lignes directrices de Robben Island<sup>9</sup>. Si leur objectif premier reste la prévention de la torture, elles comportent néanmoins des dispositions sur les conditions de détention. Le Comité pour la prévention de la torture en Afrique<sup>10</sup> a pour mission de faire connaître les lignes directrices de Robben Island et d'encourager leur mise en œuvre. La Déclaration de Kampala sur les conditions de détention dans les prisons en Afrique, adoptée par les Nations Unies en 1997, traite en particulier de la surpopulation. Les recommandations formulées par le Rapporteur spécial sur les prisons et les conditions de détention en Afrique, nommé par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, constituent un point de référence utile.

En Amérique latine, les constatations de la Commission interaméricaine des droits de l'homme et de la Cour interaméricaine des droits de l'homme constituent des références pertinentes.

## Les normes universelles

La principale source de recommandations concernant le traitement des détenus et la gestion des institutions pénales est l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus<sup>11</sup>. Les règles originales ont été approuvées par le Conseil économique et social des Nations Unies en 1957. Elles ont été revues de manière substantielle afin de refléter les évolutions significatives des normes et pratiques internationalement reconnues (droits humains, science pénitentiaire, services médicaux et déontologie médicale) : l'Ensemble de règles minima (également désigné « Règles Nelson Mandela ») a été adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015<sup>12</sup>. Néanmoins, elles ne constituent pas un traité juridiquement contraignant ; elles ne sont qu'un ensemble de recommandations ou lignes directrices<sup>13</sup>. Ces « règles » doivent être adaptées à chaque pays en raison des divergences sociales, économiques, juridiques, climatiques et géographiques entre les différentes nations<sup>14</sup>.

- 
- 7 Les Règles pénitentiaires européennes ont été adoptées par le Conseil de l'Europe en 1973, révisées en 1987 puis réécrites en 2006. Voir : Conseil de l'Europe. Recommandation <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747> du Comité des Ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes. Adoptée le 11 janvier 2006.
- 8 Conseil de l'Europe, Comité des ministres, Recommandation n°R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire. Adoptée le 8 avril 1998.
- 9 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Résolution sur les lignes directrices et mesures d'interdiction et de prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en Afrique, 32<sup>e</sup> session, tenue à Banjul, Gambie, du 17 au 23 octobre 2002.
- 10 Conseil économique et social des Nations Unies, Déclaration de Kampala sur les conditions de détention dans les prisons en Afrique, Résolution 1997/36, 36<sup>e</sup> séance plénière, 21 juillet 1997.
- 11 Organisation des Nations Unies. Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus ; adopté par le premier congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants en 1955, et approuvé par le Conseil économique et social aux termes de ses résolutions du 31 juillet 1957 et du 13 mai 1977.
- 12 Le processus de révision a été mené par un groupe d'experts nommés par la Commission des Nations Unies pour la prévention du crime et la justice pénale ; les divisions JUR, DET et ASSIST du CICR ont pris part au processus. L'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus (« Règles Nelson Mandela ») révisé a été adopté par la Commission des Nations Unies pour la prévention du crime et la justice pénale en mai 2015, approuvé par le Conseil économique et social des Nations Unies en juillet 2015, et adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 17 décembre 2015.
- 13 Ce type de document est considéré comme relevant du « droit souple », car il ne s'agit pas d'un traité signé par les États, mais d'un ensemble de normes et principes universellement reconnus considérés comme des conditions minima que les États doivent respecter.
- 14 Pour obtenir des explications sur l'Ensemble de règles minima, consulter : Penal Reform International, *Pratique de la prison : Du bon usage des règles pénitentiaires internationales*, 2<sup>e</sup> éd., 2001. Ce manuel offre une vue d'ensemble des règles des Nations Unies sur les conditions de détention et le traitement des détenus, et explique la valeur pratique et la signification des règles eu égard aux politiques et pratiques pénitentiaires. Largement accepté, il a été traduit dans de nombreuses langues. **Une lecture approfondie de cette analyse**



En 1988, les Nations Unies ont adopté l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement<sup>15</sup>. Les principes 24 à 26 soulignent la nécessité de garantir aux détenus : un examen médical approprié à l'arrivée dans le centre de détention, un libre accès aux soins médicaux, et la tenue d'un dossier médical approprié.

D'autres normes pertinentes peuvent être suivies, notamment les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté, adoptées en 1990, et les Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (les Règles de Bangkok adoptées en 2010).

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est un traité juridiquement contraignant entré en vigueur en 1976. L'article 12 de ce traité garantit « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Il est précisé dans cette déclaration que les États parties au Pacte doivent s'abstenir de « refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, les membres de minorités, les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs ».

S'agissant des normes universelles relatives à *l'éthique de la santé* en milieu carcéral, il peut être fait référence aux déclarations faites ainsi qu'aux principes définis par des organisations telles que l'Organisation des Nations Unies<sup>16</sup>, le Conseil international des infirmières<sup>17</sup>, et l'Association médicale mondiale (AMM)<sup>18</sup>. On citera en particulier la Déclaration de Tokyo, adoptée par l'AMM en 1975, qui fournit des directives à l'intention des médecins en ce qui concerne « la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », y compris l'alimentation forcée.

### **Les normes relatives à la détention lors des conflits armés (loi humanitaire internationale) et le rôle du CICR**

La Troisième Convention de Genève porte sur le traitement des prisonniers de guerre lors des conflits armés internationaux, tandis que le traitement des personnes civiles est couvert par la Quatrième Convention de Genève. Ces deux Conventions comportent des articles spécifiques relatifs à la prestation de soins de santé, ainsi qu'aux conditions de logement, à la nourriture, à l'eau, à l'exercice, etc. Veuillez consulter la Convention applicable avec la plus grande attention<sup>19</sup>. Les règles applicables aux conflits armés non internationaux sont énoncées à l'article 3, commun aux quatre Conventions de Genève, et dans le deuxième Protocole

---

**utile des règles minima est vivement recommandée.** (Elle peut être téléchargée sur le site Internet de Penal Reform International : [www.penalreform.org](http://www.penalreform.org))

- 15 Assemblée générale des Nations Unies, Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, (A/Rés. 43/173), 9 décembre 1988. Accessible à l'adresse : [http://www.un.org/french/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/43/173&Lang=F](http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/43/173&Lang=F)
- 16 Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1982 (résolution 37/194).
- 17 Par exemple, voir : Conseil international des infirmières, Le rôle des infirmières dans les soins aux prisonniers et aux détenus, 1998.
- 18 Par exemple, voir : Association médicale mondiale, Code international d'éthique médicale, adopté en 1949 et amendé en 1968, 1983 et 2006 (voir : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c8/>). Sur le thème de l'éthique pour les médecins exerçant en milieu carcéral, voir également : International Council of Prison Medical Services, The Oath of Athens, 1979.
- 19 Troisième Convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949 ; Quatrième Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, 12 août 1949.

additionnel aux Conventions de Genève du 8 juin 1977 (deuxième Protocole additionnel)<sup>20</sup>, ainsi que dans le droit international humanitaire coutumier<sup>21</sup>.

Le mandat du CICR consiste à protéger les prisonniers de guerre et les civils lors des conflits armés. Par ailleurs, en vertu de l'article 3 commun aux quatre Conventions, le CICR peut offrir ses services aux parties belligérantes dans les situations de conflit armé non international. Enfin, en vertu des Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le CICR jouit d'un droit d'initiative humanitaire dans les circonstances autres qu'un conflit armé<sup>22</sup>.

---

20 Voir en particulier les articles 4 (Garanties fondamentales) et 5 (Personnes privées de liberté) du deuxième Protocole additionnel.

21 J-M Henckaerts, « Étude sur le droit international humanitaire coutumier : une contribution à la compréhension et au respect du droit des conflits armés », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, Vol. 87, n° 857, mars 2005, p. 175-212. Accessible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p0860.htm>

22 Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Article 5(3).

## 2. L'HABITAT, L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE

### 2.1. Habitat et surpopulation

**L'administration pénitentiaire doit veiller à ce que les détenus disposent : d'un logement adéquat abrité des éléments ; d'un accès à des installations sanitaires et de toilette ; d'un espace suffisant pour dormir et pratiquer des activités physiques et récréatives ; et d'une protection contre la violence. Des mesures doivent par ailleurs être prises pour éviter la propagation des maladies infectieuses.** Différents facteurs, détaillés ci-après, doivent être réunis pour offrir des conditions d'accueil adéquates aux détenus ; ils ne doivent en aucun cas être régis par les exigences de sécurité et de privation de liberté inhérentes à un lieu de détention.

#### Capacité d'accueil

Les lieux de détention et les prisons ont une **capacité d'accueil officielle**, définie comme le nombre de personnes que l'établissement peut accueillir tout en répondant, d'une part, à leurs besoins fondamentaux en termes d'espace, de lumière, de ventilation, d'hygiène, d'installations sanitaires, d'eau, d'alimentation (capacité de restauration) et de services de santé, et d'autre part aux exigences de sûreté et de sécurité. La capacité d'accueil officielle d'une prison est déterminée lors de sa construction : celle-ci comporte un nombre spécifique de cellules, pouvant chacune accueillir un nombre précis de détenus. Le terme **occupation** renvoie au nombre effectif de personnes détenues dans la prison. Le **taux d'occupation** est l'indicateur habituellement employé.

$$\text{Taux d'occupation}(\%) = \frac{\text{effectif de détenus}}{\text{capacité d'accueil}} \times 100$$

Un taux d'occupation de 100% signifie que la prison accueille le nombre de détenus prévu. Lorsqu'il est supérieur à 100% (et en particulier lorsqu'il excède 150%), les besoins fondamentaux peuvent ne plus être satisfaits de façon adéquate (se reporter ci-après à la section intitulée « Surpopulation »).

#### Espace

Le terme « espace » renvoie non seulement à la **superficie de l'établissement**, mais aussi à la **surface d'habitation** dont dispose chaque occupant. Lors de l'évaluation de ce paramètre, il convient également de tenir compte du temps que les détenus passent enfermés dans leurs cellules. L'ensemble de règles minima spécifie, dans la règle 13 :

« Les locaux de détention et, en particulier, ceux qui sont destinés au logement des détenus pendant la nuit, doivent répondre aux exigences de l'hygiène, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, la surface minimum, l'éclairage, le chauffage et la ventilation. »

L'imprécision de cette formulation montre qu'il est impossible de définir l'espace dont a besoin chaque individu compte tenu de la grande variabilité des lieux de détention à travers le monde.

Les réglementations relatives à l'espace dans les prisons varient de façon significative à l'échelle internationale. En Europe, la norme générale est de 6 m<sup>2</sup> par personne dans les cellules, mais une surface comprise entre 3,0 et 3,5 m<sup>2</sup> est jugée acceptable pour les logements de type dortoir. La Fédération de Russie a fixé un seuil plancher de 2,5 m<sup>2</sup> par homme adulte dans ses prisons. Lors d'une réunion interministérielle sur les prisons tenue en Guinée-Conakry en 2002, la surface minimale a été fixée à 2 m<sup>2</sup>.

Le CICR recommande de respecter un minimum de 20 à 30 m<sup>2</sup> par occupant dans l'enceinte de la prison. *Cette valeur est donnée à titre purement indicatif, et ne doit pas être considérée comme une règle absolue.* Dans les espaces de couchage, la superficie minimale recommandée est de 3,4 m<sup>2</sup> par personne dans les cellules accueillant plusieurs occupants, et de 5,4 m<sup>2</sup> dans les cellules occupées par un seul détenu<sup>23</sup>.

## Lumière

L'Ensemble de règles minima spécifie, dans la règle 14: « Dans tout local où les détenus doivent vivre ou travailler,

a) les fenêtres doivent être suffisamment grandes pour que le détenu puisse lire et travailler à la lumière naturelle ; l'agencement de ces fenêtres doit permettre l'entrée d'air frais, et ceci qu'il y ait ou non une ventilation artificielle ;

b) la lumière artificielle doit être suffisante pour permettre au détenu de lire ou de travailler sans altérer sa vue ».

## Température et ventilation

La température dans la prison et les exigences associées dépendent du climat du pays : un chauffage adéquat doit être assuré dans les pays froids, tandis qu'une forme de climatisation doit être prévue dans les pays chauds. La ventilation des cellules est importante pour garantir la circulation d'air frais et prévenir la propagation d'infections à transmission aérienne, telles que la tuberculose et la grippe.

D'après les recommandations du CICR, l'ouverture de la cellule doit être d'au moins 1/10<sup>e</sup> de la surface au sol de la cellule, afin de permettre le renouvellement de l'air et un éclairage adéquat.

## Literie

La literie fournie dans les prisons doit être adaptée au climat ; en règle générale, les détenus doivent disposer d'une forme de matelas ou couchage, de draps et/ou de couvertures. Les exigences en matière d'hygiène personnelle s'appliquent également à la literie. Les matelas doivent être bien entretenus, aérés et exposés

23 P.G. Nembrini, *Eau, assainissement, hygiène et habitat dans les prisons*, 2<sup>e</sup> éd., CICR, Genève, 2013. Accessible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p0823.htm>

de façon régulière aux rayons du soleil. Par ailleurs, les détenus doivent recevoir des draps propres, ou disposer du matériel et des installations nécessaires pour laver leurs draps.

### Accès à l'air libre

Pour leur bien-être physique et mental, les détenus doivent bénéficier d'un accès régulier à l'air libre. Ils doivent également avoir accès à des installations sportives ou à un espace adéquat pour pratiquer une activité physique. Il est généralement admis, tel que stipulé dans l'Ensemble de règles minima, que toutes les catégories de détenus doivent au minimum bénéficier d'un accès à l'air libre pendant **une heure chaque jour**. Durant ces périodes, les détenus doivent pouvoir se protéger des intempéries, dans des zones couvertes ou avec des vêtements adéquats (des manteaux chauds doivent par exemple être mis à leur disposition l'hiver). Dans l'idéal, les détenus doivent passer le plus de temps possible hors de leurs cellules.

#### Surfaces minimales recommandées pour l'hébergement des détenus

Espace global disponible dans l'enceinte de la prison	20–30 m <sup>2</sup> /personne	(CICR)
Surface au sol minimale dans les cellules occupées par un seul détenu	5,4 m <sup>2</sup> /personne	(CICR)
Surface au sol minimale dans les cellules occupées par plusieurs détenus	3,4 m <sup>2</sup> /personne	(CICR)

Mémorisez l'agencement des lieux afin d'élaborer un plan après la visite.

### Surpopulation

Dans les établissements pénitentiaires, la surpopulation ne pose pas simplement un problème d'espace ; elle génère également des problèmes de santé, qui découlent d'une utilisation excessive des ressources et de la concurrence que se livrent les détenus pour accéder à ces ressources. La surpopulation nuit à la santé mentale et physique des détenus en raison de la pression qu'elle exerce sur chacun des aspects de leur quotidien (l'alimentation et l'eau, les installations sanitaires, le travail, les services médicaux, le repos et les loisirs), et se traduit même par une concurrence accrue pour les visites des proches.

Cette rivalité pour l'accès aux ressources peut contribuer à une mauvaise alimentation, voire à une malnutrition. Elle peut compromettre le maintien d'une bonne hygiène dans la population carcérale, et entraîner la propagation des maladies (à transmission vectorielle, oro-fécale, etc.). Enfin, elle peut provoquer des tensions entre les détenus ainsi qu'entre les membres du personnel pénitentiaire, et ainsi donner lieu à des situations de harcèlement et de coercition et à des violences physiques et sexuelles. La surpopulation carcérale peut par ailleurs entraîner une augmentation de la consommation de drogues, et ainsi accroître le risque de maladies transmises par voie sanguine. Tous ces facteurs peuvent aussi, à des degrés divers, avoir des répercussions sur la santé mentale des détenus.

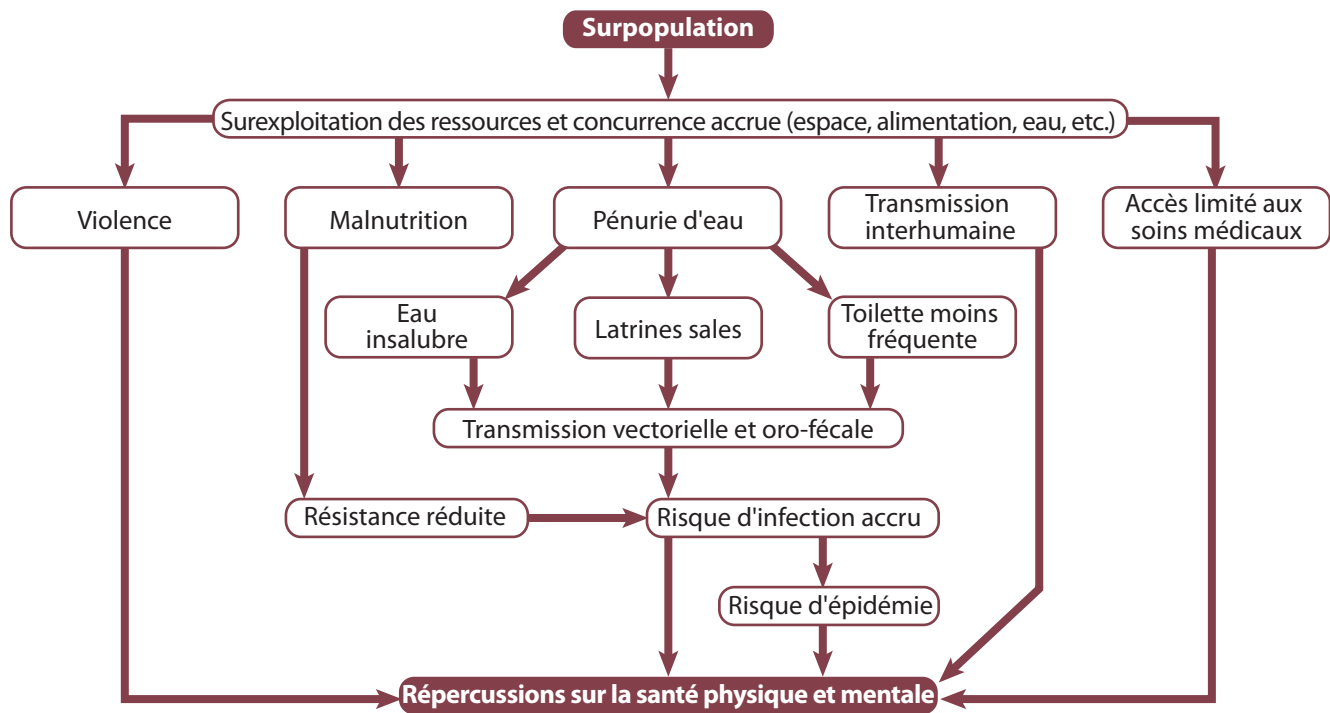


Figure 2.1 La surpopulation carcérale et ses répercussions sur la santé

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'HABITAT

### Espace

- Quelle est la capacité d'accueil officielle de la prison ?
- Quels sont les effectifs *réels* de la prison (occupation) ?
- Calculez l'espace disponible par occupant : la surface totale en m<sup>2</sup>/le nombre total de détenus. Ce chiffre peut varier d'une cellule à l'autre ; il doit souvent être calculé pour les différentes zones de la prison.
- Veuillez noter que l'espace dont dispose chaque individu est un point important lorsque les détenus passent la plupart du temps à l'intérieur de leur cellule, moins lorsqu'ils bénéficient d'un accès illimité aux espaces extérieurs pendant la journée. Renseignez-vous sur les heures auxquelles les détenus sont enfermés et libres de leurs mouvements tout au long de la journée.

### Bâtiments

- Quel est l'état général des bâtiments ? Le toit fuit-il ? Y a-t-il des signes de moisissure ou d'humidité (prolifération fongique apparente, odeurs de moisi, condensation excessive sur les fenêtres) ? Y a-t-il des signes d'infestations de rongeurs ou d'insectes (excrétions ou déjections, trous ou galeries dans les murs ou matériaux, insectes vivants ou cadavres) ?
- Quelles mesures de protection contre les éléments (vent, pluie, chaleur, froid) ont été mises en place ? Quelles mesures sont prises pour contrôler la température dans les cellules ou quartiers de la prison ? Y a-t-il des fenêtres ou d'autres ouvertures ? Les fenêtres sont-elles vitrées et/ou dotées de volets qui peuvent être ouverts ? Laissent-elles entrer la lumière naturelle, et permettent-elles une ventilation adéquate ? Y a-t-il un éclairage artificiel dans les cellules ? Comment est-il contrôlé ? Quand les lumières sont-elles éteintes et allumées ?

### Conditions de vie et programme quotidien

- Les détenus ont-ils accès à l'air libre à l'extérieur ? Dans quelles circonstances ? Quelles sont les contraintes qui s'appliquent ? Combien de temps et à quelle fréquence les détenus sont-ils autorisés à rester à l'extérieur ? Les espaces extérieurs sont-ils abrités (couverts ou ombragés) ?
- La literie est-elle adaptée au climat ? Quelles dispositions sont prises pour le nettoyage et l'aération de la literie ? Est-elle parfois remplacée ? Un budget est-il alloué à cet effet ?
- Que peut-on dire de l'hébergement et des locaux des détenus par rapport à ceux du personnel pénitentiaire, et en particulier des gardiens ?

### Surpopulation

- Quelles mesures les autorités ont-elles prises pour améliorer la situation ? Des détenus ont-ils été transférés dans d'autres lieux de détention ? De nouveaux bâtiments ont-ils été construits ? Les détenus dorment-ils à tour de rôle ? Y a-t-il un planning de rotation ?
- Comment les détenus vivent-ils la surpopulation ? Décrivez les effets de la surpopulation sur les conditions de vie générales ainsi que sur la santé des détenus (à l'aide de l'organigramme ci-dessus).

## 2.2. L'eau : source, stockage, approvisionnement et accès

Lorsque l'on évalue la situation relative à l'eau en milieu carcéral, il est utile de s'intéresser à **L'EAU QUI ENTRE** dans la prison, mais aussi à **L'EAU QUI SORT**, à savoir les eaux usées générées (par la cuisine, le lavage et le nettoyage) et qui *doivent* être évacuées. La question des eaux usées est abordée ci-après dans la section 2.5.

L'évaluation de l'eau QUI ENTRE doit suivre les différentes étapes du circuit d'approvisionnement en eau; cela permet en effet de repérer la source des problèmes potentiels (se reporter à la Figure 2.2 ci-dessous). L'évaluation de l'eau QUI ENTRE doit tenir compte des paramètres suivants :

- **la source de l'eau** : l'eau peut provenir du réseau d'approvisionnement municipal, de puits de forage, d'une rivière, ou être approvisionnée par citernes;
- **l'approvisionnement** : les moyens employés pour acheminer l'eau dans la prison;
- les traitements utilisés pour rendre l'eau potable (buvable);
- **le principal mode de stockage de l'eau** : la réserve principale de la prison, pour parer aux éventuelles coupures d'eau; la quantité stockée doit être d'au moins 15 à 20 litres par personne;
- **la distribution** de l'eau dans la prison : par canalisations, seaux, etc.;
- **les points de stockage secondaires** : les réserves d'eau moins importantes dans chaque bloc ou secteur;
- **les points d'eau** et les robinets : leur nombre et leurs emplacements;
- **l'accès à l'eau** : le niveau d'accès à l'eau par les détenus est un paramètre crucial; l'eau peut ne pas être distribuée équitablement entre les différents secteurs ou différents groupes de population de la prison, en raison de différents facteurs, tels que la catégorie des détenus, le lieu où ils se trouvent dans les locaux, la corruption et le temps que les détenus passent enfermés sans eau dans leurs cellules;
- enfin, la **quantité** et la **qualité** de l'eau disponible doivent être évaluées.

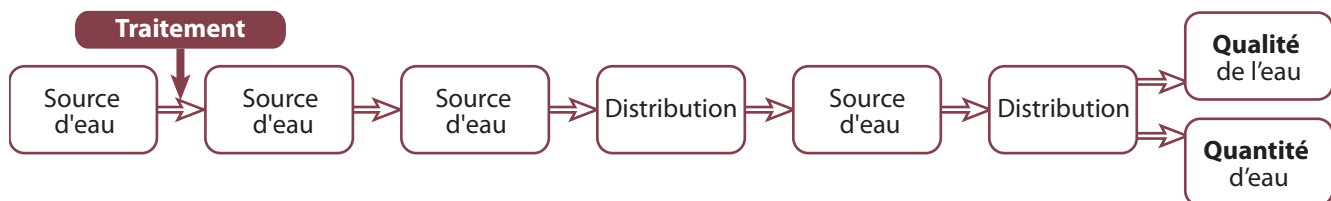


Figure 2.2 Eau qui ENTRE (exemple) : Le circuit d'approvisionnement en eau dans un établissement pénitentiaire

### Quantité et qualité de l'eau

Pour ce qui est de l'eau, les problèmes de **quantité** doivent primer sur les problèmes de **qualité**. Les données relatives aux maladies d'origine hydrique montrent en effet qu'il est préférable de disposer d'une *quantité adéquate d'eau de qualité moyenne* plutôt que de petites quantités d'eau de grande qualité. Par ailleurs, il existe des moyens simples de rendre l'eau potable (l'ébullition pendant 20 minutes, la chloration, la filtration, etc.).

La **quantité** d'eau est définie comme le nombre de litres disponibles par personne et par jour. La quantité d'eau utilisée par les détenus varie d'un



pays à l'autre, en fonction de la disponibilité, du climat, et des préférences et pratiques culturelles. Le CICR estime que **10 à 15 litres par personne et par jour** correspondent au minimum nécessaire pour toutes les utilisations.

Cela comprend l'eau destinée à la consommation, à la cuisine et à l'hygiène personnelle (pour laver les vêtements, utiliser le système d'assainissement, nettoyer les locaux). Les cellules étant souvent verrouillées du coucher au lever du soleil, au moins 2 litres d'eau doivent être mis à la disposition de chaque détenu la nuit. Néanmoins, ce volume dépend également du climat et de la disponibilité de l'eau. Les femmes détenues doivent bénéficier d'un traitement particulier, car la grossesse, la menstruation et l'allaitement des nourrissons augmentent leurs besoins en eau. Les services hospitaliers et les cliniques viennent aussi accroître les besoins en eau des établissements pénitentiaires.

La prévalence de l'insalubrité dans les prisons, du manque d'hygiène personnelle et des maladies associées (principalement les affections cutanées), peut indiquer que la prison a besoin de davantage d'eau.

La **qualité** de l'eau est définie par le niveau de contaminants microbiologiques et chimiques qu'elle contient; dans la pratique toutefois, divers paramètres tels que la couleur, le goût et l'odeur doivent également être pris en considération dans la mesure où l'eau est consommée et utilisée en cuisine. Il convient de noter que la simple présence d'agents microbiologiques ou de substances chimiques ne rend pas l'eau impropre: ce n'est que lorsque des seuils spécifiques sont dépassés que les problèmes peuvent survenir. Les taux acceptables d'agents microbiologiques et de substances chimiques sont généralement définis par chaque pays (par les conseils de l'eau ou les ministères de la Santé publique, par exemple); lorsque ce n'est pas le cas, les normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) peuvent servir de référence.

L'eau provenant des puits de forage est généralement propre à la consommation. Néanmoins, toutes les sources d'eau et les réservoirs de stockage secondaires (seaux, fûts, jerrycans) peuvent en principe constituer des sources de contamination.

La prévalence de maladies d'origine hydrique chez les détenus peut être un signe simple d'une mauvaise qualité de l'eau.

Lorsque l'on évalue la quantité et la qualité de l'eau en milieu pénitentiaire, il est également important d'analyser et comprendre les contraintes liées à l'accès à l'eau que peut subir la population civile voisine.

### Normes relatives à l'approvisionnement en eau\*

Approvisionnement minimum par personne pour tous les besoins	10-15 litres/personne/jour	(CICR)
Nombre de points d'eau	1-2 robinets/100 personnes (minimum absolu)	(CICR)
Débit des robinets	10 litres/minute (minimum absolu: 3-5 litres/minute)	(CICR)

### Normes relatives aux réserves d'eau

Capacité de réserve pour l'ensemble du site	15-20 litres/personne
Réserves minimales pour la nuit dans les cellules	2 litres/personne/nuit

\* Il convient de souligner que ces normes ne sont que des recommandations; les besoins réels en eau dépendent de facteurs tels que le climat, les habitudes en matière de lavage et l'existence de toilettes avec chasse d'eau.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'EAU

### Source d'eau

- Quelle est la principale source d'eau de la prison (réseau municipal, puits de forage, source, rivière) ? Où est-elle située ? L'approvisionnement est-il fiable ? La source est-elle protégée (puits couverts, par exemple) ?
- Y a-t-il des sources d'eau supplémentaires, telles que des systèmes de récupération des eaux de pluie ?
- De quelle façon l'eau est-elle acheminée vers la prison (canalisations, pompes, citernes, seaux) ? Quelle est la fréquence de livraison et la quantité livrée ? L'approvisionnement est-il continu (24 heures) ou interrompu ?
- Comment l'eau est-elle traitée pour être rendue potable (filtration, chloration, ébullition) ? Qui est chargé du traitement de l'eau ? D'où proviennent les produits/substances chimiques utilisés pour traiter l'eau ? L'approvisionnement est-il fiable ?
- Quelle est la source d'eau des populations voisines, et quelles contraintes éventuelles les riverains subissent-ils en matière d'accès à l'eau ? Ces contraintes sont-elles comparables à celles observées dans la prison ?

### Principal mode de stockage de l'eau

- Quel est le principal système de stockage de l'eau dans l'enceinte de la prison (réservoir en béton, cuves en plastique) ? Où est-il situé ? Quelle est sa capacité (en litres) et dans quel état est-il ? Y a-t-il un réservoir d'eau surélevé ? Quelle est sa capacité de stockage ? Fonctionne-t-il correctement ? Comment est-il rempli (la nuit, à l'aide d'un système de pompage) ?
- À combien de litres par personne la capacité de stockage équivaut-elle ?

### Distribution

- Comment l'eau est-elle acheminée du système de stockage principal aux lieux où elle est utilisée (par canalisations, seaux, tuyaux) ?
- Quels types de points d'eau sont utilisés (pompes à main, robinets, cuvettes, seaux) ? Dans quel état sont-ils, et où sont-ils situés (dans les parties communes ou à l'intérieur des cellules) ?
- En cas de problème lié à la quantité d'eau disponible, il est possible d'estimer le débit d'eau en remplissant un contenant dont on connaît le volume (par ex. 5 litres) à un point d'eau et en notant le temps nécessaire pour le remplir (applicable uniquement dans les prisons de petite taille).

### Stockage secondaire de l'eau

- De l'eau est-elle stockée à proximité ou à l'intérieur des cellules/blocs, des toilettes, des zones réservées à la toilette et des blanchisseries ? Quels types de dispositifs de stockage secondaires sont utilisés ? Quels sont leur nombre et leur capacité ? L'utilisation d'un grand nombre de dispositifs pour stocker l'eau peut être un signe d'approvisionnement irrégulier ou insuffisant.
- Les dispositifs de stockage secondaires sont-ils suffisants dans les cellules quand les détenus y sont enfermés, en particulier la nuit ? Quel est le volume d'eau stocké à cette fin ?

### Accès (quantité/qualité)

- Toutes les catégories de détenus bénéficient-elles d'un même accès à l'eau ?
- Y a-t-il des contraintes d'accès à l'eau (par ex. un paiement exigé) ?
- Quelle est la quantité d'eau disponible par détenu et par jour ? Quelle est la quantité d'eau destinée à la consommation ?
- L'approvisionnement est-il fiable ? Quel est le débit ? Y a-t-il des problèmes de stockage ou de distribution ?
- Quelle est la qualité de l'eau ? Est-elle potable ? Y a-t-il eu des épidémies pouvant avoir un lien avec la contamination de l'eau ?
- Comment la qualité de l'eau est-elle contrôlée, et à quelle fréquence ?

## 2.3. L'hygiène personnelle

**Une mauvaise hygiène personnelle accroît l'incidence des affections cutanées et la transmission des infections oro-fécales. Elle peut également avoir des répercussions sur le bien-être mental de la population. Les matelas et vêtements infestés peuvent être à l'origine d'une propagation incessante des affections cutanées et de certaines maladies vectorielles.**

L'eau est essentielle au maintien d'une bonne hygiène personnelle. Néanmoins, les détenus doivent également disposer de quantités suffisantes de savon et jouir d'un accès régulier aux installations sanitaires. Pour promouvoir l'hygiène personnelle, mais aussi la santé publique au sein de la prison, il est important de présenter aux détenus les règles d'hygiène de base (se reporter à l'encadré ci-dessous), et de les encourager à les respecter. Des instructions peuvent être données aux infirmiers ou auxiliaires de santé de la prison, qui peuvent ensuite organiser des sessions de promotion de l'hygiène pour les détenus.

Chaque détenu doit recevoir un savon pour le corps (100 à 150 grammes par mois) et du détergent pour lessive de façon régulière. Remarque: certains savons ne conviennent que pour la lessive en raison de la quantité d'alcalis qu'ils contiennent. Le type de savon fourni doit être contrôlé. La fréquence des douches et des bains dépend du climat et de la charge de travail des détenus. Les femmes enceintes et en période de menstruation, ainsi que les femmes emprisonnées avec leurs enfants, ont besoin de se laver plus fréquemment. Les normes culturelles et religieuses doivent également être prises en considération, celles-ci pouvant imposer des toilettes plus fréquentes. Selon l'Ensemble de règles minima (règle 16), un minimum d'une douche par semaine est recommandé dans les régions tempérées. En revanche, les douches doivent être plus fréquentes dans les zones tropicales. Les détenus qui pratiquent une activité physique modérée à intense doivent être autorisés à se doucher quotidiennement.

Le niveau d'hygiène personnelle dépend également de la fréquence à laquelle les vêtements peuvent être lavés. Une nouvelle fois, cela dépend du climat et du niveau d'exercice physique des détenus. Ces derniers ne reçoivent probablement pas de vêtements de rechange de façon régulière; auquel cas, ils doivent avoir accès à une buanderie et recevoir du détergent pour lessive afin de pouvoir laver leurs vêtements. La literie doit également être lavée régulièrement et aérée, dans la mesure du possible, de façon périodique.

Des articles d'hygiène doivent être mis gracieusement et en libre accès à la disposition des femmes (serviettes hygiéniques, etc.) et des enfants (couches).

### Hygiène de base des détenus et du personnel pénitentiaire

- Se laver et nettoyer ses vêtements. Se couper les cheveux (excepté si cela n'est pas culturellement acceptable) et les ongles régulièrement.
- Aérer et laver la literie régulièrement.
- Se laver les mains avec du savon après être allé aux toilettes et avant de manger; après avoir manipulé les poubelles ou travaillé dans le système d'assainissement; et après tout contact avec des germes potentiels.
- Veiller à la propreté des toilettes.
- Éliminer tous les déchets dans des bacs à ordures et veiller à leur ramassage régulier.
- Ne pas cracher au sol.
- Ne pas conserver de denrées périssables dans la cellule.

## Recommandations minimales en matière d'hygiène personnelle

	1 douche pour 25 personnes	(CICR)
Accès aux douches	Au minimum 1 douche/semaine	(ERM)
	1 douche/jour en cas d'exercice physique intense ou si les conditions climatiques l'imposent	(CICR)
Savon pour le corps	100 à 150 grammes/par personne/mois	(CICR)

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'ACCÈS À L'EAU ET L'HYGIÈNE PERSONNELLE

### Salles de bains et buanderies (pour les « toilettes », se reporter à la section 2.4. ci-dessous)

- Où se situent les salles de bains, les zones de lavage et les buanderies ? Dans quel état sont ces installations ?
- Y a-t-il des installations séparées pour les hommes et les femmes ? Si ce n'est pas le cas, comment l'intimité des détenus est-elle préservée ?
- Quel est le ratio entre les douches et points d'eau et le nombre de détenus ? Où sont situés les robinets et les douches ? Fonctionnent-ils et sont-ils en bon état ?
- Où les buanderies sont-elles situées ? Fonctionnent-elles et sont-elles en bon état ?

### Hygiène

- Dans quelle mesure les détenus ont-ils accès aux douches, aux points d'eau et aux buanderies ? À quelle fréquence peuvent-ils utiliser ces installations, et pendant combien de temps ?
- Les détenus disposent-ils d'une quantité de savon suffisante ? Où se le procurent-ils (distribution officielle, famille, achat) ? En quelle quantité, et à quelle fréquence ? Quelle est la qualité du savon ?
- Y a-t-il des problèmes d'approvisionnement en eau dans les salles de bain ? L'approvisionnement est-il régulier et adéquat ?
- Les détenus peuvent-ils laver leurs vêtements et leur literie ? À quelle fréquence ? Le détergent pour lessive est-il fourni ? La literie est-elle aérée ?
- Y a-t-il des sessions de promotion de l'hygiène organisées pour les détenus ? Qui les organise, et à quelle fréquence ? Tous les détenus peuvent-ils y participer ?
- Des sessions de promotion de l'hygiène sont-elles organisées pour le personnel de cuisine ?
- Y a-t-il des problèmes de santé généralisés associés à l'hygiène personnelle, tels que la gale, les infections cutanées fongiques ou les épidémies d'infections gastro-intestinales ? Choisissez une période de temps spécifique et déterminez combien de détenus sont atteints, et quelle proportion de la population carcérale ils représentent.

## 2.4. Les toilettes

**Les toilettes sont surutilisées lorsqu'elles ne sont pas en nombre suffisant. Cela abaisse le niveau d'hygiène de base, et facilite la propagation des maladies contagieuses.**

Les détenus doivent avoir accès à tout moment à une forme quelconque de sanitaires. À titre d'exemple, les blocs de sanitaires peuvent être situés dans les parties communes de la prison si les détenus y ont accès. S'ils sont enfermés dans des blocs ou des cellules (la nuit, par exemple), et s'ils ne sont pas autorisés à se rendre à l'extérieur, des toilettes doivent être mises à leur disposition dans les cellules ou les blocs. Si les toilettes sont verrouillées, déterminez comment les détenus peuvent y accéder : la clef est-elle confiée à un gardien ou un détenu ? La présence d'excréments à l'air libre en tout point de la prison révèle qu'il existe un problème lié à l'accès aux toilettes ou que celles-ci ne sont pas en état de fonctionnement.

Compte tenu du manque de ressources constaté dans de nombreux contextes, il peut ne pas être faisable d'équiper chaque cellule de toilettes ; auquel cas, un seau muni d'un couvercle constitue une solution acceptable. Dans les cellules, les toilettes doivent être séparées de la zone de vie, pour des raisons à la fois d'intimité et d'hygiène. Les seaux doivent être vidés chaque jour, dans un lieu adapté situé à distance des sources d'eau et de nourriture.

De l'eau et du savon doivent être mis à disposition, pour permettre aux détenus de se laver les mains après être allés aux toilettes. Les conditions sanitaires à proximité des toilettes de la prison sont déterminantes pour la santé des détenus.

### Normes relatives aux toilettes

	1 pour 20 personnes – Optimal	(SPHERE) *
Toilettes	1 pour 25 personnes – Recommandé	(CICR)
	1 pour 50 personnes – Minimum acceptable	(CICR)

\* Le Projet Sphère ([www.sphereproject.org](http://www.sphereproject.org)) définit les standards minimums de l'intervention humanitaire. Cependant, en milieu carcéral, des contraintes spatiales et structurelles préexistantes peuvent entraver la construction de toilettes supplémentaires (contrairement à ce que l'on peut observer dans les camps de réfugiés et autres situations de crise humanitaire, où l'on dispose généralement d'un espace suffisant pour bâtir le nombre de toilettes requis). L'expérience du CICR montre que 1 toilette pour 50 personnes peut être acceptable dans les contextes où les ressources sont limitées, sous réserve que les toilettes soient bien entretenues et propres. Cela ne doit toutefois pas empêcher la construction de toilettes supplémentaires s'il y a lieu, et dans la mesure du possible.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'HYGIÈNE ET LES TOILETTES

- Combien y a-t-il de toilettes dans chaque zone de la prison (parties communes, bloc, cellule, etc.) ? De quel type de toilettes s'agit-il ?
- Où sont-elles situées, et dans quel état sont-elles ?
- Quelle est la proportion de toilettes par rapport au nombre de détenus (le nombre de toilettes par détenu) ?
- Dans quel état de fonctionnement sont les toilettes ? Quel est leur degré de propreté ? Qui est responsable du nettoyage des toilettes ? Quels sont les outils fournis à cette fin ?
- Y a-t-il des problèmes manifestes, par exemple des toilettes obstruées ?
- Y a-t-il des signes de difficulté d'accès (par ex. blocs de toilettes verrouillés, défécation à l'air libre) ?
- Les toilettes sont-elles accessibles en permanence ?
- De quel accès aux toilettes les détenus jouissent-ils la nuit ? Combien de toilettes ou seaux, le cas échéant, y a-t-il dans les blocs/cellules ? De quel type de toilettes/seaux s'agit-il ? Où sont-ils situés, et dans quel état sont-ils ? Quel est leur degré de propreté ? Si des seaux sont utilisés, sont-ils munis d'un couvercle ? Où et à quelle fréquence les seaux sont-ils vidés ? Y a-t-il un risque de contamination de l'eau ou de la nourriture au point d'élimination ?
- L'accès aux toilettes est-il particulièrement difficile pour certains individus ou groupes/catégories de détenus ? L'accès est-il limité par la discrimination ? Est-ce nécessaire de payer une taxe ou un pot-de-vin ?
- Y a-t-il des toilettes séparées pour les hommes et les femmes ? L'intimité est-elle préservée pour les deux sexes ?

## 2.5. Les eaux usées et le système d'assainissement

**L'élimination inadéquate des excréments humains entraîne une contamination fécale de l'environnement, qui peut être due à une fuite ou un débordement du système d'assainissement, ou à la défécation à l'air libre (les détenus peuvent déféquer à l'air libre lorsque les toilettes sont obstruées ou hors d'usage, ou lorsque leur accès est limité). Les selles peuvent contenir des agents pathogènes (virus, parasites, bactéries), qui peuvent être transmis à l'homme directement (transmission oro-fécale), par contamination directe de l'eau et/ou des denrées alimentaires, ou par les mouches ou autres vecteurs responsables de leur propagation.**

Les ingénieurs spécialisés dans l'eau emploient parfois les termes « eaux blanches », « eaux grises » ou « eaux noires ».

Le terme « eaux blanches » désigne l'eau potable.

Les « eaux grises », ou « eaux usées », sont les eaux sales issues du lavage (des mains ou du corps); elles peuvent également désigner les eaux issues des cuisines ou buanderies.

Les « eaux noires » sont celles qui contiennent des matières fécales ou de l'urine humaines.

Lorsqu'il n'y a pas de système d'assainissement municipal, des évacuations séparées doivent être mises en place pour les eaux grises et les eaux noires. Ces eaux peuvent ensuite être traitées (puis utilisées à des fins d'irrigation, par exemple), sous réserve qu'elles ne soient pas contaminées par les eaux usées. L'évacuation des eaux grises peut être assurée via un circuit fermé de canalisations ou réservoirs, ou des conduites d'évacuation non couvertes. Les eaux noires peuvent être directement évacuées dans les latrines à fosse, les fosses septiques ou encore un système d'égouts avec canalisations. Le système d'évacuation des eaux noires doit de préférence être couvert ou fermé. Les eaux noires peuvent être déposées dans des fosses septiques. Pour fonctionner correctement, celles-ci ne doivent pas être contaminées par les détergents qui peuvent être présents dans les eaux grises. Les détenus chargés de nettoyer les systèmes d'évacuation des eaux usées et d'égouts doivent recevoir des vêtements de protection (gants en caoutchouc, bottes et tablier) et du savon supplémentaire, et se voir accorder du temps pour se doucher.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LES EAUX USÉES ET LES ÉGOUTS

### Drainage des eaux usées et des eaux de surface

- Quel est le système de drainage des eaux usées provenant des douches/sanitaires, de la buanderie et de la cuisine ? Et celui des eaux de surface (les précipitations) ? Ces systèmes sont-ils ouverts ou fermés ?
- Le système fonctionne-t-il correctement ? Est-il nettoyé et entretenu de façon régulière ? Y a-t-il des eaux stagnantes dans la prison, ou à proximité ?
- Localisez les éventuels problèmes d'évacuation, et identifiez leur cause.

### Système d'égouts

- Le système d'égouts est-il constitué de latrines à fosse, de fosses septiques ou de canalisations fermées ?
- Dans quel état est ce système ? Mentionnez les problèmes spécifiques, le cas échéant (obstructions, ruptures, fuites), et leur emplacement.
- De quelle nature sont les fosses septiques ? S'agit-il de puisards qui ne nécessitent pas de vidange, ou de fosses scellées qui doivent être vidangées ? S'il s'agit de fosses scellées, à quelle fréquence sont-elles vidangées ? (Une fois par an, ou une fois tous les deux ans peut être suffisant si les fosses ne sont pas surutilisées.)
- Qui est responsable du système d'égouts et de la vidange des fosses septiques (par ex. la municipalité, l'administration pénitentiaire) ?



## 2.6. La gestion des déchets et l'hygiène des lieux

Les lieux de vie des détenus doivent être nettoyés à l'eau chaque jour, et désinfectés une fois par semaine. Ce principe s'applique également à la cuisine et aux blocs de toilettes.

Les **déchets solides**, qui peuvent être **organiques** (aliments) ou **non organiques**, doivent être entreposés avant leur collecte, puis enfouis ou incinérés après leur évacuation de la prison. Les déchets organiques doivent être entreposés dans des fosses à l'abri des rats (de simples cylindres en béton à bords lisses et surélevés suffisent) et couvertes, afin de ne pas attirer les mouches et autres insectes. Dans la mesure du possible, la prison doit profiter des services de ramassage des déchets solides de la communauté, si de tels services existent. Les déchets organiques, tels que les restes alimentaires, peuvent également être donnés aux animaux, par exemple les cochons. La fréquence du ramassage des déchets dépend non seulement du climat (celui-ci doit être quotidien dans les climats chauds), mais également du calendrier de ramassage des services communautaires, lorsque de tels services existent. Gardez à l'esprit qu'en prison, en raison de la forte concentration de population dans un espace confiné, les risques pour la santé publique sont accrus lorsque le système de ramassage des déchets fait défaut ou ne fonctionne pas bien.

Les **déchets médicaux** (aiguilles, compresses usagées, etc.) sont une source importante de contamination. Les infections peuvent être contractées par piqûres d'aiguille ou exposition à des agents pathogènes. Tous les déchets de ce type doivent être entreposés séparément (par ex. dans des conteneurs à objets pointus ou tranchants pour les aiguilles usagées) puis incinérés et enfouis.

### Recommandations minimales pour les déchets solides

Déchets solides	Un contenant couvert de 100 litres pour 50 personnes
-----------------	--

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'HYGIÈNE GÉNÉRALE

### État d'hygiène général dans l'enceinte de la prison

- Y a-t-il des denrées périmées ou des déchets qui traînent dans l'enceinte de la prison ?
- Qui est chargé de nettoyer le site ?
- À quelle fréquence ce nettoyage est-il effectué ? Quels outils sont fournis à cet effet ?

### État d'hygiène général des logements

- Y a-t-il des denrées périmées ou des déchets dans les blocs ou les cellules ?
- Qui est chargé de nettoyer les logements ?
- À quelle fréquence ce nettoyage est-il effectué ? Quels outils sont fournis à cet effet ?

### Élimination des déchets solides (organiques et non organiques)

- Comment les déchets sont-ils ramassés dans l'établissement pénitentiaire ?
- Combien y a-t-il de bacs à ordures ? Quelle est leur capacité ? Où sont-ils placés ? Sont-ils munis d'un couvercle ? Sont-ils à l'abri des rats ?
- Les déchets sont-ils éliminés à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison ? Si les déchets sont éliminés à l'intérieur de la prison, sont-ils déposés dans des fosses à ciel ouvert, enfouis ou incinérés ? Les déchets organiques sont-ils donnés aux animaux ? Si les déchets sont éliminés à l'extérieur de la prison, sont-ils ramassés par la municipalité, par des sous-traitants ou sortis de l'enceinte de la prison par des détenus ? À quelle fréquence les déchets sont-ils ramassés ou éliminés ? Comment sont-ils éliminés ?
- Quelles sont les difficultés, le cas échéant, associées au ramassage et à l'élimination des déchets ?

### Déchets médicaux

- Comment ces déchets sont-ils ramassés et entreposés (par ex. dans des contenants à objets pointus et tranchants) ?
- Comment sont-ils éliminés (par ex. incinérés, enfouis) ?

## 2.7. Les vecteurs de maladies et les nuisibles

**Les insectes, les parasites et les rongeurs prolifèrent dans les établissements carcéraux. Certains servent d'hôtes à des agents pathogènes, et peuvent être vecteurs de maladies, transmises par morsures, via les déjections, ou simplement par transport mécanique (par ex. les mouches qui transportent d'un lieu à un autre des matières fécales contaminées par des agents pathogènes).**

Dans les prisons, différents facteurs peuvent favoriser la prolifération des mouches, moustiques, poux, cafards et autres insectes, ainsi que des rongeurs : le manque d'hygiène personnelle des détenus, la surpopulation, l'insalubrité dans la prison, et l'existence de conditions favorables à leur installation et leur reproduction (trous ou fissures dans les murs, eaux stagnantes et accumulations d'ordures).

Les insectes et les rongeurs peuvent être vecteurs de maladies, et les transmettre à l'homme. Il est donc important de lutter contre ces espèces de nuisibles afin de prévenir la propagation des maladies dans une prison. Différentes méthodes peuvent être employées, notamment le maintien d'une bonne hygiène chez les détenus et dans l'établissement, l'élimination régulière des conditions favorables à l'installation et la reproduction des nuisibles, la pose de moustiquaires aux portes et fenêtres, la mise en place de spirales anti-moustiques, la fumigation et la pulvérisation (n'oubliez pas qu'il est impératif de faire intervenir un technicien compétent pour procéder à une fumigation ou pulvérisation).

Les chiens, chats et autres animaux errants, tels que les cochons, peuvent également être des réservoirs d'infections, ou contribuer à l'insalubrité.

### Principaux vecteurs et maladies

Vecteur	Exemples de maladies ( <i>liste non exhaustive</i> )
Moustiques	Paludisme, filariose, dengue, fièvre jaune, encéphalite japonaise, chikungunya
Poux	Épidémie de typhus, fièvre récurrente
Puces	Peste, typhus murin
Tiques	Encéphalite, rickettsiose, borréliose
Mites	Gale, fièvre fluviale du Japon
Mouches	Salmonellose, trachome, etc.
Punaises des lits	Provoquent des morsures/irritations, mais ne transmettent pas de maladies
Blattes	Hépatite A, fièvre typhoïde, amibiase, etc.
Rongeurs	Leptospirose, fièvre de Lassa

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LES VECTEURS

- Y a-t-il manifestement des rongeurs, insectes ou autres nuisibles dans les lieux ?
- Y a-t-il des signes d'infestations de rongeurs ou d'insectes (excrétions ou déjections, trous ou galeries dans les murs ou matériaux, insectes vivants ou cadavres) ?
- Les détenus souffrent-ils de maladies vectorielles, telles que le paludisme ou la fièvre récurrente, ou de troubles gastro-intestinaux ? Ces maladies sont-elles présentes dans la communauté ?
- La prison a-t-elle mis en place un programme de prévention/désinfection ? Celui-ci est-il intégré à des programmes nationaux de lutte (contre le paludisme ou la dengue, par exemple) ? Quelles sont les méthodes employées (par ex. fumigation, pulvérisation, moustiquaires) ? Quelles sont les substances chimiques utilisées, et comment ont-elles été obtenues (par ex. sur le marché libre, via le ministère de la Santé, ou le ministère de l'Agriculture) ? Qui procède à la désinfestation ? Ces personnes ont-elles été formées ? Disposent-elles d'équipements de protection ?
- Quelles mesures sont prises pour lutter contre les rongeurs ? Les rongeurs sont-ils tenus à l'écart des lieux de stockage des denrées alimentaires et des sites d'élimination des déchets solides (ordures) ? Des pièges empoisonnés ont-ils été posés ?



# 3. L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION

L'alimentation est un aspect important et complexe dans l'univers carcéral. D'importantes ressources financières sont nécessaires pour garantir un approvisionnement régulier; de bonnes pratiques d'hygiène doivent être adoptées pour le stockage et la préparation des denrées alimentaires; celles-ci doivent être présentées sous la forme d'une alimentation équilibrée; et leur distribution doit être équitable. L'importance de l'alimentation et le caractère sensible qu'elle revêt dans les prisons sont tels que la nourriture peut être à l'origine de tensions, même d'émeutes, dans les environnements carcéraux.

**Le terme « nourriture » désigne les produits comestibles, tandis que celui de « nutrition » renvoie aux conséquences métaboliques de l'alimentation pour l'organisme.**

Dans le présent chapitre, nous traiterons des problématiques associées à l'alimentation, en nous appuyant sur la notion de **CHAÎNE ALIMENTAIRE**, qui comprend différents maillons: l'approvisionnement, la conservation et la préparation des denrées alimentaires, ainsi que l'accès à ces denrées ou leur distribution. Nous aborderons ensuite le thème de la **NUTRITION**, en précisant les besoins en calories et nutriments fondamentaux de l'organisme et les causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition, et proposerons une liste de questions-types pour évaluer l'état nutritionnel des populations carcérales.

Il est toujours souhaitable de procéder à une évaluation rapide du système alimentaire dans une prison puis de consigner les résultats, même si l'on ne décèle aucun problème significatif immédiat. Cette évaluation permettra de définir le fonctionnement initial du système alimentaire dans l'établissement pénitentiaire, et s'avérera utile en cas de problèmes futurs ou pour comparer plusieurs établissements pénitentiaires. Une évaluation plus approfondie n'est nécessaire que si la rapide évaluation initiale met en évidence un problème alimentaire ou nutritionnel. L'évaluation nutritionnelle doit être confiée à une équipe pluridisciplinaire, comptant un professionnel de la santé expert en nutrition.

Ce chapitre fait référence à deux documents :

1. *Lignes de conduite pour l'intervention du CICR en faveur des personnes privées de liberté en cas de problèmes nutritionnels* (2010), qui fournit un cadre régissant les activités liées à la nutrition dans les lieux de détention. Lorsque le CICR prend la décision de se substituer ou non aux autorités, il s'appuie principalement sur ce document.
2. *Lignes directrices pour la nutrition dans les lieux de détention: guide pratique pour les équipes Détention* (2016), qui vise à fournir des références normalisées et pratiques pour évaluer et résoudre les problèmes nutritionnels en détention. Ces lignes directrices ont été élaborées à l'intention de l'ensemble du personnel pénitentiaire (gardiens, infirmiers, médecins, nutritionnistes, personnel en charge de la sécurité économique, etc.), et se présentent sous la forme de trois livrets distincts :

- livret 1 : Concepts de base de la nutrition dans les lieux de détention ;

- livret 2: Évaluation de la situation alimentaire et nutritionnelle dans les lieux de détention;
- livret 3: Les programmes alimentaires et nutritionnels dans les lieux de détention;

### 3.1. La chaîne alimentaire

La **CHAÎNE ALIMENTAIRE** désigne le processus d'approvisionnement en nourriture, et comprend notamment la budgétisation, le stockage, la préparation et l'accès (distribution). Tous ces facteurs sont généralement soumis à des contraintes dans les établissements pénitentiaires, les ressources alimentaires ayant tendance à être limitées tout au long de la chaîne alimentaire en milieu carcéral. Les évaluations doivent être centrées sur les maillons faibles de la chaîne alimentaire. Parmi les aspects déterminants de la chaîne, citons le budget alloué à l'approvisionnement alimentaire; le système d'approvisionnement; la phase d'approvisionnement ou de stockage (en particulier des produits ayant une valeur nutritive importante, tels que les huiles et les légumineuses); les conditions de conservation des denrées alimentaires; et les méthodes de cuisson. Pour évaluer la chaîne alimentaire, il est impératif de s'entretenir avec l'administration pénitentiaire, les cuisiniers et les détenus, mais aussi d'inspecter les réserves alimentaires et les cuisines, et d'observer les méthodes de préparation et de distribution de la nourriture.

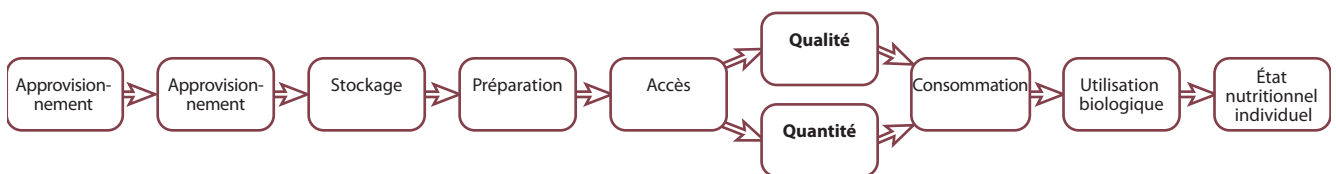


Figure 3.1 La chaîne alimentaire. Un diagramme plus représentatif peut mettre en évidence des cadres de taille décroissante, qui révèlent que la nourriture a tendance à s'amenuiser tout au long de la chaîne.

L'évaluation de la **nutrition** doit également porter sur les étapes qui suivent ou se situent en aval de l'approvisionnement alimentaire, du stockage et de la préparation des denrées et de l'accès à l'alimentation. Celle-ci doit en effet s'intéresser à la teneur nutritionnelle réelle de l'alimentation consommée par les détenus, et s'appuie sur la qualité et la quantité de nourriture. Elle implique par ailleurs de tenir compte de l'utilisation biologique potentielle des aliments ingérés (par exemple, la présence de parasites intestinaux peut réduire la disponibilité des nutriments). Enfin, l'état nutritionnel général des détenus peut lui aussi être évalué. Les signes de malnutrition dans une prison doivent faire suspecter un problème alimentaire ou nutritionnel. D'autres facteurs peuvent exacerber la situation : l'état de santé des détenus (tuberculose, VIH, santé mentale, etc.), les relations entre les détenus, le mode de partage de l'alimentation, etc.

Lorsque l'on évalue la situation alimentaire dans les établissements pénitentiaires, tous les témoignages reçus doivent être rigoureusement analysés. Gardez à l'esprit que l'administration pénitentiaire comme les détenus peuvent, pour des raisons qui leur sont propres, vouloir influencer les visiteurs concernant l'alimentation dans la prison, et employer différentes méthodes pour y parvenir. Les autorités pénitentiaires peuvent par exemple préparer un repas différent de ce qui est habituellement servi aux détenus spécifiquement pour les visiteurs, tandis que les détenus peuvent se plaindre de la nourriture simplement pour libérer des tensions refoulées. Il est par ailleurs utile de comparer la situation alimentaire au sein de la prison et dans la **communauté voisine** (par exemple, les habitudes alimentaires locales dans des circonstances « normales » et « exceptionnelles »).

## 3.2. L’approvisionnement alimentaire

Tous les groupes d’aliments fondamentaux doivent être représentés en quantités suffisantes dans l’alimentation des détenus, afin que ces derniers aient un régime varié et équilibré. Pour garantir un approvisionnement alimentaire adéquat en milieu carcéral, il est impératif de :

- planifier et établir un budget, deux responsabilités qui incombent à l’administration pénitentiaire ;  
Les règlements pénitentiaires nationaux ou locaux peuvent préciser la ration alimentaire quotidienne à fournir à chaque détenu.
- gérer la logistique.  
La nourriture peut être livrée à la prison chaque jour (lorsqu’elle est précuite), chaque semaine (lorsqu’elle est achetée sur le marché ouvert), chaque mois voire chaque trimestre (lorsqu’elle est fournie par les autorités centrales). L’approvisionnement doit être organisé de façon efficace afin de garantir sa fiabilité. Les denrées alimentaires peuvent aussi provenir des jardins de la prison, ce qui requiert également une planification et une gestion adéquates.

L’insuffisance du stock de denrées alimentaires fournies par la direction pénitentiaire peut résulter d’une mauvaise planification, d’un manque de ressources financières, de la fluctuation des prix des denrées alimentaires, ou de la corruption. Les rations alimentaires officiellement spécifiées et la quantité de nourriture réellement reçue par les détenus doivent être évaluées et comparées aux exigences nutritionnelles.

À la ration alimentaire officielle fournie par la prison viennent souvent s’ajouter les vivres provenant des familles, des ONG, des magasins ou des étals au sein de la prison, mais aussi des détenus qui reçoivent une alimentation supplémentaire lorsqu’ils travaillent à l’extérieur de la prison, au sein de la communauté. Il est néanmoins attendu de l’administration pénitentiaire qu’elle fournisse une ration alimentaire quotidienne complète répondant aux besoins nutritionnels des détenus, tant sur les plans qualitatif que quantitatif. Les vivres supplémentaires ne doivent pas être pris en compte dans les calculs de l’approvisionnement alimentaire en prison, mais être évalués séparément. Nous aborderons les sources de denrées supplémentaires (et leur distribution souvent inégale) de façon plus détaillée dans la section 3.5. ci-après, qui porte sur l’accès à l’alimentation.

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L’APPROVISIONNEMENT ALIMENTAIRE

#### Budget

- Comment le budget est-il calculé à l’échelle de l’établissement pénitentiaire ainsi à celle du siège ?
- Des plans d’urgence ont-ils été élaborés pour gérer une soudaine augmentation dans un lieu de détention ou dans l’ensemble du système ?
- Les frais de personnel sont-ils incorporés dans le même budget, ou dans un budget distinct ?
- Un budget a-t-il été prévu pour l’énergie, l’équipement et la maintenance des infrastructures liées à la nutrition ?  
(Se reporter au Livret 1 : Concepts de base de la nutrition dans les lieux de détention.)



- Des mécanismes de supervision ont-ils été mis en place ? Y a-t-il par ailleurs des mécanismes pour calculer les budgets et procéder aux dotations budgétaires, et pour les processus d'approvisionnement/de production à l'échelle du siège mais aussi du lieu de détention ?
- Quelles dispositions ont été prises pour le règlement des denrées alimentaires ?
- Ces dispositions sont-elles respectées par les deux parties ? Dans le cas contraire, quelles sont les conséquences et comment sont-elles gérées ?

### Demandses et réception de denrées alimentaires

- La prison reçoit-elle uniquement les denrées alimentaires gracieusement, ou en achète-t-elle également ?
- Comment la personne responsable en fait-elle la demande à l'administration pénitentiaire ? À quelle fréquence ?
- Quels sont la fréquence et le degré de fiabilité de l'approvisionnement alimentaire (variations saisonnières, prix du marché) ? Y a-t-il des problèmes de commande et de réception des denrées régulières ?
- De quelle façon la quantité de nourriture à commander est-elle calculée ? Quelle est la quantité de nourriture commandée pour des périodes données ? Les quantités de nourriture ont-elles été fixées, ou peuvent-elles être modifiées si nécessaire ? À quels changements l'administration pénitentiaire procède-t-elle lorsque le nombre de détenus est particulièrement important ?
- Comment la personne responsable vérifie-t-elle la quantité et la qualité des denrées alimentaires lors de leur réception ?
- Comment la qualité des denrées est-elle évaluée ? De quelle façon la nourriture considérée comme étant de mauvaise qualité est-elle rejetée et remplacée ?

### Approvisionnement officiel assuré par l'administration pénitentiaire

- Quel est le budget total alloué à l'alimentation (à noter que certaines denrées sont également reçues en nature) pour l'ensemble de l'établissement ou par détenu ? Quelle période ce budget couvre-t-il ?
- Le budget/les denrées en nature suffisent-ils pour répondre aux besoins effectifs ? Le budget tient-il compte des prix actuels du marché ?
- Quelle est la source de l'approvisionnement alimentaire officiel (magasins gouvernementaux, marché local, champs de la prison ou jardins potagers) ?
- La ferme de la prison fournit-elle des denrées alimentaires (quantités, fréquence, variations saisonnières) ?
- De quoi se compose l'alimentation dans l'établissement pénitentiaire ?
- Y a-t-il un menu quotidien/hebdomadaire officiel ?
- Qui consomme les repas fournis par l'établissement pénitentiaire ? Le personnel pénitentiaire reçoit-il la même alimentation que les détenus ?

### Disponibilité des denrées alimentaires

- Quelle est la disponibilité globale des denrées alimentaires (matières premières) provenant des sources officielles et autres sources ?
- Certaines denrées sont-elles détournées avant la livraison dans l'établissement pénitentiaire, ou lors de leur réception ? Par qui, où, et dans quelles proportions ?
- La disponibilité est-elle affectée par des facteurs externes, tels que le climat, les prix du marché, les conditions et les conflits sociaux, ou encore la situation géographique de la prison ?
- Le fournisseur des denrées alimentaires est-il fiable ? Si non, pourquoi ?
- Quelle est la disponibilité des denrées alimentaires pour les détenus ? Y a-t-il des différences en fonction des catégories et groupes de détenus, ou de leur emplacement dans l'établissement ? Quelle est la proportion de détenus qui reçoivent des visites de leurs proches ? Et de détenus qui reçoivent des vivres de leur famille ?
- Quelle est la proportion de détenus qui travaillent ? Quel type d'activité exercent-ils ?

### 3.3. La conservation des aliments

Les denrées alimentaires doivent être conservées de façon adéquate afin de garantir l'absence de contaminants, d'éviter les pertes dues aux nuisibles, et de préserver leur teneur nutritionnelle (les céréales et légumineuses infestées contiennent moins de protéines, par exemple). Les réserves alimentaires doivent être propres, sèches, bien protégées des éléments, et à l'épreuve des rongeurs et des insectes. Les lieux où sont stockées les denrées alimentaires doivent être inspectés, et les pertes dues à un stockage inadapté consignées.

#### Recommandations minimales pour le stockage des aliments

Local de stockage	50 m <sup>2</sup> /1 000 personnes	(CICR)
-------------------	------------------------------------	--------

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LE STOCKAGE DES DENRÉES ALIMENTAIRES

### Locaux de stockage des aliments

- Où les denrées alimentaires sont-elles stockées ? Ces locaux ont-ils été bien construits ? Dans quel état sont-ils (y a-t-il par ex. des fuites au niveau de la toiture) ? Sont-ils bien entretenus et nettoyés de façon satisfaisante ? Comment sont-ils protégés des éléments, mais aussi des insectes et des rongeurs ?
- La pièce de stockage est-elle adéquate par rapport au type de denrées conservées, à la rotation des stocks d'aliments et au nombre de bénéficiaires ?
- La pièce de stockage est-elle adaptée en termes de température (inférieure à 30°C, thermomètre pour s'assurer que c'est toujours le cas), d'accès (portes et fenêtres fermées) et de ventilation ?
- Les fenêtres sont-elles munies de volets ?
- Apercevez-vous des rongeurs/insectes dans la pièce ? Ou leurs déjections ?
- Des mesures sont-elles prises pour lutter contre les insectes/rongeurs ? À quelle fréquence ?
- La nourriture est-elle placée sur des planches en bois ? Les stocks sont-ils placés à distance des murs ?
- Quelle est la qualité globale des denrées livrées (propreté, sacs/boîtes correctement fermés, exemptes d'insectes ou infestation manifeste, emballage humide et déchiré) ?

### Contrôle des stocks

- Qui est chargé de contrôler les stocks (consigner les quantités utilisées et restantes, et assurer le réapprovisionnement ou les achats) ?
- Quel est le stock habituel de denrées alimentaires (types et quantités) ? Quelle période ce stock couvre-t-il ? Quelle est la date d'expiration des principaux produits alimentaires ? Quelle est votre impression générale sur l'état des stocks ?
- Quelle quantité de nourriture est perdue chaque année à cause des rongeurs/des insectes/de l'humidité ? (Les magasiniers savent généralement comment estimer ces pertes.)
- Quelles procédures ont été mises en place pour prévenir les vols de denrées par les détenus, le personnel ou d'autres personnes ?
- D'autres produits sont-ils conservés dans la même pièce ? Si c'est le cas, peuvent-ils être dangereux s'ils sont accidentellement mélangés à la nourriture (médicaments, pesticides, insecticides) ? Peuvent-ils donner aux aliments une odeur qui affecterait leur consommation (carburant, savon, chlore) ?
- D'après le nombre de détenus actuellement incarcérés, combien de temps dureront les stocks ?
- Quel est le niveau de stock minimum que l'administration pénitentiaire cherche à maintenir ?
- Le principe de rotation des stocks selon lequel les produits aux dates d'expiration les plus proches sont consommés les premiers est-il respecté ?
- Les stocks sont-ils livrés à temps dans la zone de préparation des repas ?
- Les dates d'expiration sont-elles respectées ? Qu'advient-il des denrées alimentaires dont la date d'expiration est dépassée, ou qui sont infestées ou moisies ?
- Les balances alimentaires fonctionnent-elles et/ou sont-elles utilisées ? Sont-elles utilisées pour peser les stocks lors de leur livraison, et lorsqu'ils sont délivrés par les magasins ? Sinon, les sacs sont-ils dénombrés et les poids calculés en fonction de la taille des sacs ?
- Inscrivez la date de livraison et les quantités des diverses denrées alimentaires reçues au cours des 30 derniers jours, d'après ce qui a été noté dans le registre (optionnel).
- Procédez à un inventaire des denrées en stock et inscrivez les informations sur une fiche de stock en précisant les numéros de lots et les dates d'expiration.

## 3.4. La préparation des aliments

**La cuisine est généralement un maillon fondamental de la chaîne alimentaire: la nourriture peut y être volée ou détournée. De mauvais modes de cuisson peuvent également entraîner une perte de nutriments. La manipulation inadéquate des denrées alimentaires en cuisine peut être à l'origine d'une contamination et provoquer des maladies chez les détenus. Les cuisines des établissements pénitentiaires sont également des lieux de travail, associés à des risques sanitaires d'origine professionnelle. La cuisine doit systématiquement être inspectée dans le cadre d'une évaluation de la santé en prison.**

Elle le sera probablement lors de la visite guidée de l'établissement, mais il est souhaitable de la visiter à d'autres reprises, afin d'observer la préparation et la distribution des repas, mais aussi de discuter de sujets pertinents avec les cuisiniers et le personnel de restauration.

### La nutrition et la préparation des repas

Les modes de traitement et de cuisson peuvent radicalement modifier la teneur en nutriments des aliments. À titre d'exemple, les vitamines hydrosolubles peuvent être perdues dans l'eau lors du lavage ou de l'ébullition, tandis que la teneur en vitamines des fruits diminue lorsqu'ils sont séchés.

### La santé au travail et la préparation des aliments

Les cuisines des établissements pénitentiaires sont des lieux de travail, et sont à ce titre soumises à des risques professionnels, notamment les brûlures et les coupures, ainsi que les désagréments causés par une exposition prolongée à des températures élevées, à l'humidité et à la fumée. Les cuisines doivent être couvertes et bien ventilées; elles doivent également être dotées d'une hotte et permettre un approvisionnement suffisant en eau.

### L'hygiène et la préparation des repas

Les cuisines sont des sources potentielles de maladies d'origine alimentaire, qui peuvent entraîner des épidémies. Les denrées alimentaires peuvent être contaminées par des agents pathogènes (responsables de maladies) lors de leur préparation. Ces agents pathogènes peuvent être véhiculés par l'eau contaminée, les insectes (en particulier les mouches), les animaux (des rats et des chats sont retrouvés dans les cuisines de nombreuses prisons), ou les personnes infectées (les cuisiniers peuvent être porteurs de bactéries). Les denrées alimentaires doivent être manipulées et préparées dans le respect de strictes mesures d'hygiène. Le personnel médical de l'établissement pénitentiaire doit s'assurer que les personnes qui travaillent en cuisine ont été sensibilisées aux différents aspects de l'hygiène alimentaire, et respectent les règles de base relatives à l'hygiène en cuisine (se reporter à la section « Règles d'hygiène en cuisine » ci-après).

D'autres précautions raisonnables doivent être prises, notamment encourager les personnes amenées à manipuler les aliments à informer leur superviseur avant de prendre leurs fonctions si elles ont présenté une diarrhée ou des vomissements au cours des 48 heures précédentes, ou si elles présentent des infections cutanées, des furoncles ou des brûlures, ou des infections ORL. Des tests de dépistage de routine (salmonellose, ténia etc.) peuvent également être envisagés chez toutes les personnes amenées à manipuler les aliments.

Rien n'atteste que la tuberculose, l'hépatite B ou C ou le VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles peuvent être transmis par la nourriture ou les boissons. Les personnes atteintes du VIH/SIDA doivent donc pouvoir travailler dans la restauration. Les principales maladies d'origine alimentaire sont : l'intoxication alimentaire, la fièvre typhoïde, la salmonellose, le choléra, l'hépatite A, la leptospirose et la parasitose intestinale.

Lorsqu'un grand nombre de détenus se plaignent de troubles gastro-intestinaux, l'équipe médicale de la prison doit pouvoir identifier les causes possibles et suggérer des solutions potentielles. Si le personnel pénitentiaire ne parvient pas à expliquer ou résoudre le problème, une coopération avec le service de santé publique local, le centre médical ou l'hôpital local doit être instaurée. Cela doit non seulement conduire à la résolution du problème, mais aussi resserrer les liens entre la prison et le système de santé publique de la communauté.

## Règles d'hygiène en cuisine<sup>24</sup>

### Prenez l'habitude de la propreté

- Lavez-vous les mains avant de préparer les repas, après être allé aux toilettes, et relavez-les souvent lorsque vous touchez des aliments.
- Portez des vêtements, ayez une bonne hygiène personnelle, coupez-vous les ongles courts et couvrez-vous les cheveux. Ne portez pas de bracelet-montre, de bagues ni de bracelets lorsque vous préparez des aliments; couvrez toutes vos coupures, brûlures et plaies à l'aide de pansements imperméables.
- Il doit être prohibé de manger et fumer dans les zones de préparation des repas.
- Toute personne présentant des signes ou symptômes d'infection transmissible par l'alimentation doit se voir interdire de travailler en cuisine.
- Lavez et désinfectez toutes les surfaces et le matériel en contact avec les aliments.
- Tenez les insectes, les rongeurs et les autres animaux à l'écart des aliments et de la cuisine.

### Séparez les aliments crus des aliments cuits

- Séparez la viande, la volaille et le poisson crus des aliments cuits. Conservez les aliments crus dans des récipients distincts. Utilisez des équipements et ustensiles (couteaux, planches à découper, etc.) distincts pour les aliments crus et cuits.

### Faites bien cuire les aliments

- Faites bien cuire les aliments, en particulier la viande, la volaille, les œufs et le poisson. Vérifiez que la chair de la viande et la volaille n'est plus rose.
- Portez les soupes et les ragoûts à une température de 70°C.
- Faites bien réchauffer les aliments déjà cuits.

### Maintenez les aliments à bonne température

- Ne laissez pas des aliments cuits plus de deux heures à température ambiante. Consommez les plats rapidement après cuisson, en particulier dans les climats chauds.
- Réfrigérez tous les aliments cuits et les denrées périssables (de préférence à moins de 5°C).
- Maintenez les aliments cuits très chauds (à plus de 60°C) jusqu'au moment de les servir.

### Utilisez de l'eau et des ingrédients sûrs

- Utilisez de l'eau saine ou traitez-la de façon à écarter tout risque de contamination.
- Choisissez des fruits et légumes frais et lavez-les avant de les utiliser (en particulier s'ils sont destinés à être consommés crus).
- Préférez des aliments traités de telle façon qu'ils ne présentent plus de risque comme, par exemple, le lait pasteurisé.

<sup>24</sup> Adapté de OMS, *Cinq clefs pour des aliments plus sûrs*, OMS, Genève, 2006.  
Accessible à l'adresse: [http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual\\_keys\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_fr.pdf?ua=1)

### Recommandations minimales pour la préparation des aliments

Capacité de cuisson nécessaire	Casserole de 1,2 - 1,4 litre / personne	(CICR)
Stock d'eau en cuisine	3 m <sup>3</sup> /1 000 personnes	(CICR)

Outre la réserve d'eau et la capacité des marmites recommandées, il est impératif de disposer d'une quantité suffisante de combustible pour assurer la bonne cuisson des plats.

N'oubliez pas que les repas servis aux détenus doivent non seulement être sûrs et équilibrés, mais aussi être un minimum appétissants et savoureux. Il est important d'essayer de varier les repas.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LA PRÉPARATION DES ALIMENTS

### Cuisine

- Y a-t-il un contrat écrit entre l'administration pénitentiaire et le sous-traitant ? Quelles sont les conditions énoncées dans le contrat concernant les types de denrées livrées, la fréquence des livraisons, l'ajustement des quantités livrées, etc. ?
- Quels politiques/directives/rôles et responsabilités s'appliquent à la gestion des services alimentaires dans le lieu de détention en termes d'hygiène, de contrôle qualité, de transport (par ex. les réglementations du ministère de la Santé) ?
- La zone de cuisson est-elle adéquate en termes d'espace, d'éclairage, de ventilation, de température ambiante et de sanitaires (proximité/état des toilettes et des installations destinées au lavage des mains) ?
- Qui est chargé de la gestion des services alimentaires ?
- Les ustensiles (casserolles et poêles, vaisselle et couverts) sont-ils de qualité satisfaisante ? Quel est leur état de fonctionnement ? Sont-ils en nombre suffisant par rapport au nombre de détenus ?
- Y a-t-il un programme d'entretien des installations de restauration ?
- Quel est le niveau d'hygiène ? Le personnel se lave-t-il les mains ? Y a-t-il du savon à disposition ? Y a-t-il des serviettes ? Si c'est le cas, sont-elles propres ? Les employés ôtent-ils leurs montres et leurs bijoux pour cuisiner ? Se couvrent-ils les cheveux ? Les cuisiniers portent-ils des tabliers ? Si c'est le cas, qui les lave ?

## Manipulation/cuisson des aliments

- Qui est chargé de la gestion globale de la cuisine ? Quels sont les rôles des détenus et du personnel ? Y a-t-il un volet « formation professionnelle » ? Si c'est le cas, quel en est le principe ?
- Combien y a-t-il de cuisiniers ? Sont-ils membres du personnel interne ou externe ? Les détenus assument-ils également les fonctions de cuisiniers ? Si c'est le cas, à quelle catégorie appartiennent-ils ?
- Le nombre de cuisiniers/employés de cuisine est-il proportionnel aux besoins ? Sont-ils en surnombre ? (Un nombre trop important de cuisiniers/d'employés de cuisine conduit souvent à une baisse de responsabilisation et à des risques de détournement/contamination des denrées alimentaires. En règle générale, moins ils sont nombreux, et mieux c'est.)
- Des tests de dépistage systématiques (par ex. pour la salmonellose, les vers) sont-ils effectués chez les cuisiniers ?
- Les cuisiniers ont-ils été formés ? Connaissent-ils les règles d'hygiène de base ? Y a-t-il une personne chargée de superviser leurs pratiques en matière d'hygiène ?
- Les denrées de base sont-elles moulues à la machine ou à la main ? La mouture est-elle suffisante ?
- Si l'accès aux moulins à grains et autres installations de transformation (dans l'enceinte ou à l'extérieur du lieu de détention) est limité, cela influe-t-il sur la quantité de denrées fournies et le nombre de repas quotidiens ? Envisagez la possibilité d'employer des moyens de transformation des aliments motorisés (y compris pour les moutures), car cela permet de réduire le temps de cuisson nécessaire (ainsi que la quantité d'eau et de combustible requise).
- Procédures de manipulation des denrées alimentaires : les ingrédients cuits et crus sont-ils conservés séparément, à des températures adéquates, et à l'abri des insectes ? Y a-t-il des sources de contamination potentielles ? Et des sources de contamination croisée ?
- Préparation et modes de cuisson : Les méthodes utilisées (trempage prolongé, ébullition excessive) visent-elles à réduire la teneur en micronutriments (vitamines et minéraux) ?
- Les légumes (après avoir été lavés) sont-ils ajoutés à la fin de la préparation des plats afin d'éviter une cuisson trop longue (et donc la perte des micronutriments) ?
- Traitement des déchets organiques : Les déchets sont-ils collectés de façon adéquate et éliminés à une fréquence satisfaisante ?
- Une fois préparés, où les plats sont-ils entreposés avant leur distribution ? Combien de temps sont-ils laissés à l'air libre ou exposés aux rayons du soleil ? Sont-ils dépourvus de couvercle ?
- Des cas d'accidents professionnels, tels que des blessures dues à des brûlures ou coupures ou une exposition prolongée à des températures élevées, l'humidité ou la fumée, ont-ils été signalés ?

## Poêles et combustible

- Poêles : combien y en a-t-il, et de quel type de poêles s'agit-il ? Leur capacité permet-elle de répondre aux besoins ? Les poêles sont-ils performants sur le plan énergétique ?
- Quel est le type de combustible utilisé ? Les quantités disponibles, par jour ou par repas, sont-elles suffisantes pour cuisiner de façon adéquate ? L'administration pénitentiaire limite-t-elle le temps de cuisson en raison d'une pénurie de combustible ?
- Quel est le niveau des stocks de combustible, et quel est le budget alloué à l'approvisionnement en combustible ? Y a-t-il des difficultés associées à l'approvisionnement en combustible ? À quelle fréquence surviennent-elles ?
- Les casseroles sont-elles couvertes pour réduire le temps de cuisson ?



### 3.5. L'accès à la nourriture

L'accès à la nourriture désigne: a) l'accès aux rations officielles préparées et distribuées par l'administration pénitentiaire, et b) l'accès aux sources de nourriture supplémentaires, notamment les proches qui rendent visite aux détenus, les gardiens ou les magasins de la prison.

La distribution officielle des repas de la prison doit être équitable; néanmoins, l'accès aux denrées alimentaires de certaines personnes incarcérées peut être limité ou influencé par la catégorie/le groupe à laquelle/auquel elles appartiennent. Les étrangers, par exemple, peuvent être les derniers à recevoir leurs repas, et donc recevoir des portions moins importantes, tandis que les jeunes peuvent recevoir des portions réduites parce que les adultes mangent davantage. Ces différents points doivent être pris en compte au moment d'évaluer la façon dont la distribution des repas est organisée (par ex. par cellules ou de façon centralisée); les éventuelles mesures prises pour veiller à la distribution de parts égales (par ex. l'utilisation de louches) doivent également être évaluées. Les hiérarchies entre détenus peuvent influencer sur l'accès à la nourriture, malgré une distribution officielle équitable des repas, car les « classes » inférieures de détenus peuvent être contraintes de donner leur repas aux « classes » supérieures, ou de les « payer » en nourriture.

Il y a de grandes chances que l'accès à la nourriture provenant d'autres sources soit inégal. Les détenus sans famille, sans argent ou sans emploi (le droit de travailler et toucher un revenu modique est souvent un privilège en prison) auront probablement moins facilement accès à la nourriture.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'ACCÈS À LA NOURRITURE

### Accès à la nourriture et quantités distribuées aux détenus

- Comment la nourriture est-elle distribuée ? Par qui, et à qui ?
- Tous les détenus reçoivent-ils la même ration d'aliments cuits ? Si ce n'est pas le cas, quelles sont les différences, et comment s'expliquent-elles ?
- Qui reçoit quel type de nourriture, *et pourquoi* ?
- Identifiez les détenus vulnérables susceptibles de bénéficier d'un accès moins régulier aux denrées alimentaires, et qui ne peuvent améliorer leur situation qu'en employant des moyens qui leur portent préjudice (vol, prostitution, etc.).
- Quelles sont les caractéristiques des détenus ayant le pouvoir d'acheter de la nourriture ? Et celles des détenus vulnérables qui ne jouissent pas d'un tel pouvoir ?
- Certains détenus ont-ils spécifiquement le droit de jouir de privilèges alimentaires ? Qui et pourquoi ? (Les détenus souffrant de maladies chroniques, telles que la tuberculose et le VIH, reçoivent parfois des repas supplémentaires en raison de leur traitement.)
- Les détenus souffrant de malnutrition ont-ils un régime alimentaire différent ?

### Accès aux autres sources de denrées alimentaires

- Quelle proportion de détenus reçoit des vivres lors des visites de leurs proches ? Quel type d'aliments en règle générale ? À quelle fréquence reçoivent-ils généralement ces denrées ?
- Quelle est la quantité de nourriture reçue des ONG et d'autres donateurs ? À quelle fréquence cette aide est-elle reçue ? (Remarque : il est conseillé, à ce sujet, de ne pas tenir compte des dons alimentaires externes s'ils ont lieu moins de deux fois par mois.) Déterminez si ces dons/repas se substituent à l'alimentation fournie par la prison ou la complètent.
- Visitez le magasin de la prison, observez les produits en rayon, posez des questions sur les éventuelles difficultés saisonnières et déterminez combien de détenus y achètent de la nourriture.
- Quelle proportion de détenus reçoit de la nourriture dans le cadre de leur travail ? Les quantités ou types de denrées varient-ils en fonction de l'activité exercée (par ex. un travail physique) ?
- Quelle proportion de détenus a un revenu en espèces « stable » ? Quelle proportion de détenus reçoit une quantité stable de nourriture (autre que celle fournie par les proches) ?
- Les détenus ont-ils la possibilité de préparer leurs propres repas (combustible, électricité, espace) ?
- Quelle proportion de détenus partage leur ration alimentaire, de leur plein gré ou contre leur gré ? Les rations fournies par les familles sont-elles consommées par les gardiens ou des détenus occupant une position de pouvoir ? Le repas distribué par la prison est-il partiellement consommé par le « chef de cellule » et ses amis ?

### Quantité et qualité de la nourriture consommée

- Comment la quantité et la qualité de la nourriture sont-elles contrôlées ? À quelle fréquence ? Par qui ?
- Y a-t-il un système permettant aux détenus d'effectuer une réclamation s'ils ne reçoivent pas la ration prescrite ?
- Y a-t-il des groupes ou catégories de détenus désavantagés en matière de distribution alimentaire (les détenus incarcérés dans l'unité de haute sécurité, les personnes détenues pour des raisons de sécurité, les détenus condamnés à mort, les jeunes, les récidivistes, etc.) ? Cette discrimination est-elle imposée par l'administration pénitentiaire ? Ou est-elle exercée par certains détenus mais tolérée ou encouragée par l'administration ?
- Quelle est la situation générale en matière d'accès à la nourriture dans le lieu de détention ? Certaines zones ou cellules reçoivent-elles des rations réduites ? Pourquoi ?

### 3.6. La nutrition

L'organisme a besoin d'une alimentation en **quantité** (nombre de kilocalories, ou kcal) et de **qualité** (équilibre entre les divers groupes alimentaires) suffisantes pour être maintenu en bonne santé.

L'administration pénitentiaire a pour responsabilité de fournir une alimentation adéquate à l'ensemble des détenus. Dans la mesure où tous les besoins nutritionnels ne peuvent être satisfaits par un seul repas, **deux repas minimum** doivent être servis chaque jour.

La teneur énergétique de la ration reçue par les détenus doit être d'au moins 2 400 kcal. Celle-ci peut néanmoins être adaptée en fonction des profils des détenus et de leurs activités physiques (se reporter au tableau 3.2). Si les besoins nutritionnels varient en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité physique, de l'état de santé et de la température ambiante, les chiffres présentés dans les tableaux ci-dessous fournissent toutefois des approximations utiles.

L'équilibre nutritionnel et la teneur énergétique de l'alimentation pénitentiaire doivent être calculés au cours de l'évaluation de la prison. Les résultats de ces calculs doivent être comparés aux recommandations applicables aux différents groupes alimentaires présentées dans le tableau 3.1, ainsi qu'aux besoins énergétiques présentés dans le tableau 3.2.

Groupes alimentaires	Apport nutritionnel recommandé, par personne et par jour*	Exemples d'aliments
<b>Glucides</b> Denrées de base	400 g	Céréales et produits céréaliers (y compris le blé, le riz, le pain, l'avoine, l'orge, les pâtes et les nouilles) Mais aussi tubercules et racines (manioc, ignames, pommes de terre) Remarque : la valeur nutritionnelle des racines et tubercules est inférieure à celle des céréales. Si les céréales sont substituées par des racines ou tubercules, les quantités doivent être doublées.
<b>Protéines</b> Viande, poisson, produits laitiers, légumineuses, oléagineux	130 g	Haricots, pois et lentilles Viande, volaille, poisson Produits laitiers (lait, yaourt, caillé et fromages, lait en poudre), œufs et oléagineux
<b>Énergie</b> Lipides	65 g	Beurre, ghee, margarine Huile de palme ou végétale (enrichie en vitamine A)
<b>Micronutriments</b> Fruits et légumes	200 g	Fruits et légumes (en particulier les variétés à feuilles vertes et les variétés rouges/orange)
<b>Arômes ajoutés/compléments socio-culturels</b>	6 g de sel	Sel iodé, sucre, concentré de tomate, thé, herbes et épices
	30 g de sucre	

\* Les poids sont donnés pour des aliments crus et basés sur un apport nutritionnel d'environ 2 400 kcal ( $\geq 10\%$  d'énergie provenant des protéines et  $\geq 25\%$  des matières grasses).

Tableau 3.1 Groupes alimentaires: Quantités recommandées (par personne et par jour) et exemples d'aliments contribuant à une alimentation équilibrée. Ces quantités ne sont que des recommandations; les groupes alimentaires disponibles varient d'un contexte à l'autre.

		Niveau d'activité		
		Faible (pas ou très peu d'activité)	Modéré (marche, exercice occasionnel)	Intense (travaux agricoles, de construction)
<b>Besoins énergétiques</b>	<b>Hommes</b>	2 400	2 900	3 400
<b>(Kcal/personne/jour)</b>	<b>Femmes</b>	1 950	2 100	2 350

Tableau 3.2 Besoins énergétiques individuels des détenus, par sexe

Les personnes détenues peuvent ne pas être suffisamment nourries, même lorsqu'elles reçoivent une alimentation adéquate sur les plans quantitatif et qualitatif. Cela peut être dû à une pathologie qui altère la transformation biologique des aliments: certaines maladies entraînent une augmentation

des besoins nutritionnels (en particulier le sida, la dysenterie, la tuberculose, le cancer et les infections sévères); parallèlement, elles peuvent inhiber ou limiter la consommation alimentaire (en provoquant par exemple des nausées, une perte d'appétit, des ulcères buccaux ou des troubles digestifs); enfin, les maladies peuvent réduire l'absorption alimentaire (en raison du syndrome de malabsorption) et altérer l'utilisation des aliments (chez les personnes souffrant de diarrhée, par exemple, la présence de nombreuses bactéries dans l'intestin grêle peut réduire la teneur en vitamines des aliments).

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'ALIMENTATION

- Déterminez si le menu quotidien/hebdomadaire officiel est bien distribué et consommé par la majorité des détenus.
- Les repas sont-ils appétissants ? Sont-ils savoureux/appréciés des détenus ? Ces derniers semblent-ils aimer leur nourriture ? Mangent-ils rapidement ?
- Qu'observez-vous s'agissant de la variété des aliments consommés par chacun ? Évaluez la composition du/des repas par rapport au pourcentage de denrées de base, de légumineuses, de légumes, etc.
- Demandez à voir les détenus malades et évaluez leurs repas.
- Tâchez de savoir si les détenus ont encore faim après leurs repas, et pourquoi.
- Terminent-ils la plupart des repas ? Y a-t-il des restes ? (Demandez à voir les restes et ce qui en est fait.)
- Évaluez la quantité de nourriture consommée : pesez les repas individuels fournis aux détenus. À titre de référence, prenez un échantillon représentatif de la population totale d'au moins 10 % (plus la variabilité attendue entre les portions servies est importante, plus l'échantillon doit être large) et pesez la nourriture cuite distribuée. Sélectionnez les repas de façon aléatoire, et veillez à ce que les repas de votre échantillon soient collectés tout au long de la période de distribution, et non pas simplement au début ou à la fin, par exemple.
- Pesez plusieurs bols/assiettes de nourriture et divisez le poids obtenu par le nombre de personnes à qui ils sont destinés. Recoupez les informations sur la consommation alimentaire obtenues le jour de la visite du lieu de détention (ce qui a été observé et mesuré) et les informations obtenues lors des entretiens avec les détenus et le personnel pénitentiaire sur la nourriture effectivement consommée.
- Effectuez les pesées dans différentes zones de l'établissement pénitentiaire, dans les zones de haute sécurité, les secteurs « les mieux lotis » de la prison, les zones utilisées pour les « sanctions », etc. et comparez les poids et les aliments.
- Pesez également les rations pour tous les groupes alimentaires ou la nourriture préparée par les détenus si celle-ci constitue une source d'alimentation importante dans la population carcérale.
- Les groupes spécifiques (femmes enceintes ou qui allaitent, personnes âgées, enfants, etc.) consomment-ils des aliments supplémentaires/spécifiques ?
- Si c'est le cas, quel type d'aliments ?
- Les détenus ayant des préférences alimentaires spécifiques (par ex. pour des raisons religieuses) consomment-ils des aliments particuliers ?
- Les détenus présentent-ils des problèmes de santé généraux susceptibles d'affecter leur alimentation (ulcères buccaux, fièvres, manque de dents, etc.) ou l'utilisation biologique des aliments (par ex. parasites intestinaux, épidémies de maladies diarrhéiques) ?
- Déterminez quels aliments les personnes atteintes de la tuberculose et du VIH consomment spécifiquement, si elles reçoivent un traitement médicamenteux et si on leur donne de la nourriture lorsqu'elles prennent leurs médicaments.
- Déterminez ce que consomment les détenus qui bénéficient de privilèges alimentaires : par ex., participent-ils à un programme d'alimentation, et reçoivent-ils des vivres supplémentaires parce qu'ils souffrent de malnutrition ?
- Déterminez si la nourriture consommée par différents groupes de détenus est adaptée à leur niveau d'activité physique ou aux conditions climatiques. Les détenus qui effectuent un travail manuel ou d'autres travaux dans le système carcéral reçoivent-ils plus de nourriture, ou une nourriture différente ? La quantité de nourriture distribuée est-elle plus importante lorsqu'il fait froid ?

### 3.7. La malnutrition

Un individu souffre de malnutrition lorsqu'il consomme quotidiennement des aliments en *quantité* (énergie en kcal) et/ou *qualité* (équilibre entre les groupes alimentaires, présence de vitamines et minéraux) insuffisante(s) sur une période de temps donnée. Si elle est souvent due à une alimentation insuffisante, ce n'est toutefois pas toujours le cas. La malnutrition peut aussi être la cause ou la conséquence d'autres maladies. Elle peut provoquer des maladies en altérant le fonctionnement du système immunitaire. La malnutrition peut aussi être la *conséquence* d'une maladie (et ne pas simplement être due à une sous-alimentation), car de nombreuses maladies entraînent une élévation des besoins en nutriments de l'organisme, tout en altérant sa capacité à utiliser ces nutriments.

Plus généralement, on distingue deux formes de malnutrition :

- **la malnutrition aiguë**, due à une carence globale en nutriments
- **les carences en micronutriments**, dues à un manque de micronutriments spécifiques.

La présentation clinique et l'évaluation de ces deux formes de malnutrition sont détaillées séparément ci-après. Cette distinction reste cependant artificielle : dans la réalité, un individu mal nourri souffre souvent *à la fois* de malnutrition aiguë et d'une ou plusieurs carence(s) en micronutriments.

#### La malnutrition aiguë

La malnutrition aiguë est due à un apport insuffisant en glucides, protéines et lipides (les groupes alimentaires de base), nécessaires à la croissance et au métabolisme général de l'organisme. Lorsque ces éléments nutritifs ne sont pas consommés en quantités suffisantes (et lorsque l'alimentation ne répond pas aux besoins énergétiques présentés dans le tableau 3.2), l'organisme puise dans ses propres réserves protéiques et lipidiques. Chez le sujet adulte, cela entraîne très souvent une *émaciation*, caractérisée par une perte de masse musculaire et adipeuse. L'émaciation s'accompagne d'une grande maigreur, et d'un manque de force ou d'énergie. Dans de rares cas, la malnutrition aiguë se manifeste également par un *œdème* (une accumulation de fluide, initialement localisée au niveau des membres inférieurs). Les personnes touchées peuvent être bouffies et enflées, et cette accumulation de fluide peut masquer la perte musculaire et adipeuse. Chez l'adulte, un diagnostic différentiel de l'œdème doit être posé afin d'exclure l'œdème tropical, l'œdème dur et l'œdème associé à une insuffisance rénale.

La malnutrition aiguë est associée à un taux de mortalité extrêmement élevé.

**L'indice de masse corporelle (IMC)** est un indicateur utilisé pour évaluer l'état nutritionnel d'un individu ; il peut également permettre de détecter une malnutrition aiguë (à un stade modéré ou sévère). L'IMC est obtenu en divisant le poids en kilogrammes de la personne par sa taille en mètres au carré.

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{poids (kg)}}{(\text{taille (m)})^2}$$

L'IMC peut être rapproché des diverses catégories d'état nutritionnel (se reporter au tableau 3.3).

État nutritionnel	État nutritionnel normal	Malnutrition légère	Malnutrition modérée	Malnutrition
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	18,5–25	17,0–18,4	16,0–16,9	Moins de 16

Tableau 3.3 Classification de l'état nutritionnel en fonction de l'IMC établie par l'OMS

Les seuils d'IMC définis pour la malnutrition sont les mêmes pour tous les adultes, indépendamment de leur âge, leur sexe ou leur taille. Toutefois, *l'IMC ne doit pas être utilisé pour évaluer l'état nutritionnel des enfants et adolescents, des femmes enceintes ou des personnes présentant un œdème*. Pour évaluer l'état nutritionnel des enfants et des adolescents, veuillez vous référer aux courbes de croissance. Pour évaluer celui des femmes enceintes, mesurez le périmètre brachial. Aucune valeur seuil du périmètre brachial n'est universellement reconnue chez l'adulte. Néanmoins, on considère qu'un périmètre de brachial de 230 mm correspond à la valeur seuil pour un adulte présentant un état nutritionnel normal; en deçà de ce niveau, la personne peut être atteinte de malnutrition. Chez les sujets présentant un œdème, l'œdème lui-même peut faire suspecter une malnutrition; le périmètre brachial vient alors confirmer le diagnostic. L'examen d'un œdème consiste à exercer une pression du pouce durant trois secondes sur la face antérieure de la jambe ou l'arrière du pied, puis à relâcher la pression; si la peau garde l'empreinte du doigt, l'œdème prend le godet. Un œdème prenant le godet dû à la malnutrition touche systématiquement les deux pieds.

### Les carences en micronutriments

Les micronutriments sont indispensables à certaines fonctions métaboliques *spécifiques*. Ils se présentent sous différentes formes, notamment les nombreux minéraux et vitamines présents dans les fruits, les légumes et les aliments riches en protéines. Les micronutriments sont stockés dans l'organisme, souvent dans des tissus spécifiques. Lorsqu'un micronutriment est absent de l'alimentation, l'organisme puise progressivement dans ses réserves jusqu'à leur épuisement; la fonction métabolique spécifique qui en dépendait ne peut alors plus être assurée. Ce stade est caractérisé par l'apparition de signes et symptômes physiques *spécifiques*, évoquant la carence en micronutriment. Ces carences n'ont pas d'effet direct sur la masse corporelle globale ou la croissance (à l'exception de la carence en iode chez l'enfant), mais peuvent néanmoins entraîner le décès.

Les signes et symptômes de certaines des carences majeures en micronutriments sont décrits ci-après. Leur évaluation clinique reste essentielle pour diagnostiquer les carences en micronutriments, car les analyses biochimiques effectuées à partir d'échantillons de sang ou d'urine sont souvent très onéreuses ou simplement impossibles à pratiquer.

- **Carence en fer** (anémie)

Fatigue, dyspnée à l'effort; pâleur des paumes, des faces internes des paupières ou de la bouche; pouls élevé.

- **Carence en vitamine A** (xérophtalmie)

Premier stade : cécité nocturne (vision très basse dans des conditions de faible luminosité). Second stade : sécheresse oculaire associée à une accumulation de kératine sur la conjonctive (tâches de Bitot). Troisième stade : cornée d'apparence sèche, terne, ou laiteuse (xérose cornéenne), associée à un ramollissement et une ulcération de la cornée (kératomalacie).

- **Carence en iode**

Peut être à l'origine d'un goitre, mais aussi de crétinisme (retard de développement physique et mental) chez l'enfant.

- **Carence en vitamine B1 (thiamine)** (béribéri)

Premier stade : fatigue, irritabilité, manque de concentration, perte d'appétit. Second stade : douleur et perte de sensation dans les membres (débutant souvent par une perte de sensation au niveau des pieds), sensibilité des muscles du mollet à la pression et crampes musculaires, perte et faiblesse musculaires (à l'origine de difficultés à marcher ou à passer de la position accroupie à la position debout), perte des réflexes tendineux. Dernier stade : œdème des membres inférieurs, œdème pulmonaire, essoufflements et palpitations. Les symptômes du béribéri sec sont principalement neurologiques, tandis que l'insuffisance cardiaque est le premier symptôme du béribéri humide : les deux formes coexistent souvent.

- **Carence en vitamine B3 (niacine)** (pellagre)

Premier stade : faiblesse, anxiété, perte d'appétit.

Second stade : modifications épithéliales – dermatite, vaginite, stomatite, glossite (langue rouge vif). L'une des manifestations « classiques » est l'apparition d'une éruption cutanée pigmentée et squameuse sur les zones cutanées exposées au soleil (en particulier le dos des mains, le cou et le visage). Une diarrhée et des changements d'humeur peuvent également être observés aux stades ultérieurs.

- **Carence en vitamine C** (scorbut)

Le scorbut apparaît graduellement ; il est caractérisé par une fatigue, des douleurs osseuses/articulaires au niveau des membres inférieurs, un gonflement et un saignement des gencives, un risque de perte de dents, une cicatrisation lente des plaies, des hémorragies autour des follicules pileux, des cheveux cassants, des membres inférieurs gonflés et durs et des hématomes spontanés.



### 3.8. Évaluer l'état nutritionnel des populations carcérales

La nutrition est un paramètre important dans l'univers carcéral. L'évaluation de l'état nutritionnel des détenus mais aussi de la nature, la portée et la sévérité de la malnutrition dans la population carcérale peut constituer un volet important de l'évaluation globale de la santé en prison.

Lorsque l'on examine l'état nutritionnel des personnes incarcérées, il convient de garder à l'esprit que la malnutrition touche généralement un ou plusieurs *groupe(s)* (les signes de malnutrition chez un unique détenu tendent à évoquer une pathologie sous-jacente, qui doit être recherchée). Par ailleurs, en règle générale, la malnutrition touche en premier lieu les *groupes vulnérables* (dans les établissements pénitentiaires, il peut s'agir des personnes âgées, des minorités ethniques et des détenus qui reçoivent peu ou pas de visites de leurs proches).

Parmi les signes avant-coureurs d'un problème nutritionnel dans une prison, citons :

- un taux de mortalité anormalement élevé ;
- un taux de morbidité anormalement élevé ;
- des cas de malnutrition chez les détenus (observés lors de la visite de la prison).

Le personnel de santé peut disposer de données indiquant les taux de mortalité et de morbidité dans la population carcérale, ou consigner l'état nutritionnel de certains détenus (par exemple, l'évolution de leur poids dans les dossiers cliniques). Néanmoins, ces dossiers peuvent ne pas être un indicateur fiable de l'état nutritionnel de l'ensemble de la population carcérale, car les données concernent uniquement les détenus qui ont bénéficié de soins médicaux, et peuvent ne pas être représentatifs de la population générale. En outre, les données nutritionnelles peuvent ne pas être consignées et analysées de façon systématique et précise en raison de la charge de travail du personnel médical.

#### Les enquêtes nutritionnelles auprès de la population carcérale

Des enquêtes nutritionnelles doivent être menées chaque année dans les prisons susceptibles d'être concernées par un problème de nutrition, et une fois par trimestre dans les prisons déjà confrontées à des problèmes de malnutrition.

Le plus souvent, ce type d'enquête consiste à évaluer de façon ciblée l'état nutritionnel de l'ensemble de la population carcérale ou, lorsque le nombre de détenus est trop élevé et ne le permet pas, d'un échantillon de cette population.

Pour être fructueuse, une enquête nutritionnelle demande du temps, des efforts et une bonne organisation. Il sera probablement nécessaire de procéder à l'examen clinique de nombreux détenus sur plusieurs jours. Si l'enquête est menée auprès d'un échantillon de population (et non pas de l'ensemble de la population), il est important de veiller à ce que cet échantillon soit réellement représentatif de la population carcérale tout entière, et inclue des membres des groupes vulnérables les plus exposés au risque de problèmes nutritionnels. Les enquêtes nutritionnelles peuvent permettre de recueillir des informations sur la prévalence et la sévérité de la malnutrition en milieu carcéral. Elles peuvent être réalisées soit de façon systématique, soit ponctuellement pour remédier à certaines préoccupations spécifiques liées à la nutrition dans la prison.

(Se reporter au chapitre 8 du Livret 2: Évaluation de la situation alimentaire et nutritionnelle dans les lieux de détention.)

Pour être exhaustive, l'enquête nutritionnelle doit porter sur les différents paramètres suivants pour chacun des détenus (se reporter au chapitre 8, tableau 10 du Livret 2: Évaluation de la situation alimentaire et nutritionnelle dans les lieux de détention):

Paramètres obligatoires:

- calcul de l'IMC (ou mesure du périmètre brachial s'il y a lieu),
- examen clinique afin de rechercher d'éventuels signes d'œdème.

Paramètres optionnels:

- carences en micronutriments spécifiques, ou maladie,
- questions sur les symptômes de la malnutrition et la maladie, et l'accès à l'alimentation.

Les résultats d'une enquête nutritionnelle doivent être interprétés avec prudence. L'interprétation doit inclure une analyse de la prévalence et du degré de malnutrition. Par exemple: La malnutrition touche-t-elle un grand nombre de détenus, ou quelques-uns seulement? Est-elle sévère ou modérée? Il est tout aussi important de procéder à une analyse des groupes les plus touchés dans l'établissement pénitentiaire. L'enquête nutritionnelle ne révèle pas les causes sous-jacentes d'un problème nutritionnel. À terme, il est donc fondamental de rechercher les causes et, pour ce faire, d'évaluer l'intégralité de la chaîne alimentaire (comme précisé précédemment dans ce chapitre) ainsi que les facteurs pathologiques.

# 4. LES SERVICES DE SANTÉ

## 4.1. Principes fondamentaux

L'incarcération ne doit pas accroître les risques pour la santé des détenus. Autrement dit, dans le contexte des services de santé, le **principe d'équivalence** doit s'appliquer : les soins médicaux dispensés en prison doivent être au moins équivalents à ceux dispensés dans la communauté voisine. Pour cette raison, il est important que toutes les visites des lieux de détention comprennent également une visite de l'établissement de santé local. Cette visite vous donnera un aperçu du niveau de service existant dans la communauté, et vous permettra par ailleurs d'évaluer les dispositions prises pour les détenus susceptibles d'être adressés dans cet établissement afin de recevoir des soins complémentaires. Il est important de constater de quelle façon les détenus sont traités dans cet établissement, et de discuter des éventuelles préoccupations spécifiques avec les médecins locaux.

Certains avanceront que le principe d'équivalence est lui aussi inadapté à la prise en charge médicale des détenus. Les lieux de détention accueillent des individus souvent vulnérables sur le plan de la santé, en raison de leur milieu, leur environnement et leur comportement au sein de l'établissement pénitentiaire. Souvent, les détenus sont déjà désavantagés sur les plans social, éducatif et économique avant leur incarcération, ce qui accroît le risque de problèmes de santé et limite la probabilité qu'ils aient bénéficié de services de santé avant leur entrée en prison. Qui plus est, les personnes incarcérées ont tendance à être plus exposées aux comportements qui accroissent le risque de maladies infectieuses comme l'hépatite et le VIH (la violence physique et sexuelle, la toxicomanie et d'autres conduites à risque), ce qui augmente également l'incidence des troubles psychologiques dans cette population. Par conséquent, les services de santé carcéraux ont des besoins plus importants que les services de santé communautaires. Pourtant, les prisons reçoivent généralement une aide sensiblement plus limitée, que ce soit en termes de ressources ou de financement, ce qui réduit souvent la qualité des services de santé dispensés aux détenus par rapport à ceux dispensés dans la communauté locale. Un autre élément important de la prestation de soins de santé dans les communautés environnantes n'a que rarement, pour ne pas dire jamais, d'équivalent dans les lieux de détention : la possibilité de choisir son professionnel de la santé. Si les détenus n'ont pas confiance dans le professionnel de la santé ou ne l'apprécient pas, ou estiment que la qualité des soins est inadéquate, ils ne peuvent que très rarement choisir un autre prestataire.

Les autorités pénitentiaires ont la responsabilité de garantir la dignité, la sûreté et la sécurité des détenus. S'agissant de l'accès aux soins de santé, les normes universelles actuelles soulignent que les autorités pénitentiaires ont l'obligation de fournir l'accès à des services de santé (y compris soins préventifs et curatifs, traitement des maladies mentales et physiques et prise en charge des besoins particuliers de certains détenus) gratuitement et sans discrimination, à l'intérieur et à l'extérieur de la prison, en fonction des besoins médicaux (Ensemble de règles minima, règle 27). Une coopération étroite avec l'administration générale

de santé publique (et avec d'autres institutions étatiques chargées de fournir des services publics) est recommandée afin de garantir l'équivalence et la continuité des soins (Ensemble de règles minima, règles 24 et 25) et de favoriser la réadaptation et un retour réussi dans la communauté après la libération.

## 4.2. Le personnel médical

### Les rôles et responsabilités du personnel médical

Le niveau de soins médicaux dans un lieu de détention dépend du nombre de professionnels de la santé, de leurs qualifications et leur formation, ainsi que de leur motivation, autant de facteurs qui doivent être évalués lors de la visite de la prison.

Dans certains contextes, le rôle du personnel médical exerçant en milieu carcéral est défini dans les «**règlements pénitentiaires**» nationaux. Ceux-ci peuvent stipuler que le personnel médical pénitentiaire est chargé non seulement de diriger les services de santé, mais aussi d'assumer d'autres responsabilités, notamment superviser l'hygiène, l'assainissement et la nutrition. Cela s'accorde avec l'idéal selon lequel les professionnels de la santé ont des responsabilités allant au-delà des soins curatifs : ils doivent aussi avoir pour tâche de préserver et promouvoir la santé.

### La structure et les hiérarchies des services de soins pénitentiaires

Dans de nombreux contextes, les autorités chargées de la gestion et la sécurité de la prison (en règle générale le ministère de la Justice ou le ministère de l'Intérieur) ont également sous leur responsabilité le personnel médical du lieu de détention et la santé de la population carcérale. Les professionnels de la santé peuvent ne pas avoir de liens officiels avec le ministère de la Santé, et dépendre intégralement du ministère de la Justice. Ils peuvent même avoir un grade dans la police ou l'armée. Lorsque tel est le cas, le personnel médical pénitentiaire participe rarement aux formations continues et n'entretient pas de contacts professionnels avec ses collègues du système de santé national, ce qui peut nuire aux soins dispensés. L'indépendance professionnelle de l'équipe médicale peut par ailleurs être compromise dans ces circonstances par la «double allégeance» (voir ci-dessous), ce qui peut avoir des répercussions négatives sur l'exercice de leurs fonctions.

Pour mieux comprendre les influences auxquelles est soumis le personnel médical de la prison, il peut s'avérer utile de créer un organigramme hiérarchique du service de santé pénitentiaire. Celui-ci doit préciser à qui les professionnels de la santé rendent compte, au sein de la prison mais aussi des autorités sanitaires locales ou du ministère de la Santé. Il doit par ailleurs souligner les points de contact entre le personnel médical et les services de santé communautaires, les autorités locales et les ministères compétents. Cet organigramme permettra de veiller à ce que les initiatives prises pour opérer un changement soient spécifiquement axées sur les personnes ou autorités compétentes, ou lancées au niveau approprié.

### Les relations entre le personnel médical et les détenus

Les relations entre le personnel médical et les détenus varient considérablement d'un lieu de détention à l'autre. Certains professionnels de la santé exercent leur métier avec empathie et compassion, et traitent les détenus comme ils

traiteraient n'importe quel autre patient; ils connaissent chaque détenu par son nom, et acceptent de recevoir toute personne qui souhaite consulter. D'autres, en revanche, traitent les personnes incarcérées de façon impersonnelle, en les désignant par leur numéro de détenu par exemple; ils peuvent aussi considérer les détenus avec suspicion, en considérant leurs plaintes comme de simples simulations. Certains membres de l'équipe médicale peuvent s'efforcer d'effectuer le moins de consultations possible, en particulier dans les contextes où les salaires sont bas, ou lorsque le personnel n'a pas choisi de travailler dans le système pénitentiaire.

Au cours de la visite de l'établissement, tâchez d'évaluer l'attitude du personnel médical à l'égard des personnes incarcérées.

### La double loyauté et la déontologie médicale en milieu carcéral

Une « **double loyauté** » est fréquemment observée chez les professionnels de la santé qui exercent en milieu carcéral. Dans ce contexte précis, celle-ci est définie comme « des obligations simultanées ( ) envers un patient et un tiers<sup>25</sup> ». Ces obligations peuvent être exprimées ou sous-entendues, réelles ou perçues. Le tiers peut être un employeur, un assureur, un proche du patient, l'État, ou les autorités pénitentiaires. La double loyauté doit être différenciée du conflit d'intérêts: dans un conflit d'intérêts, les intérêts personnels du professionnel de la santé s'opposent à ceux d'un autre groupe ou individu; dans une situation de double loyauté en revanche, les intérêts personnels du professionnel de la santé ne sont pas nécessairement en jeu, car il ne peut, à terme, tirer aucun bénéfice personnel. Le conflit oppose deux responsabilités incompatibles. Dans la pratique toutefois, même lorsqu'une situation de double loyauté oppose manifestement les intérêts médicaux du patient aux intérêts de sécurité de l'administration pénitentiaire, le conflit d'intérêts concerne également les intérêts du professionnel de la santé, étant donné qu'il dépend des autorités pénitentiaires pour son emploi et son salaire; par conséquent, il est dans son intérêt de s'aligner avec celles-ci, ou de leur être loyal. Par conséquent, dans les situations où l'indépendance clinique du professionnel de la santé est menacée par la double loyauté vis-à-vis de l'administration pénitentiaire d'une part, et des patients d'autre part, le risque que ces derniers pâtissent de la situation est particulièrement élevé.

Il importe toutefois d'admettre que les **professionnels de la santé qui exercent en prison sont soumis aux mêmes obligations déontologiques que leurs collègues qui travaillent dans la communauté.**

En milieu carcéral, le personnel médical peut être confronté à divers problèmes éthiques. Leur nature et leur fréquence, ainsi que les mesures prises par le personnel médical pour y faire face, doivent être évaluées de façon rigoureuse, avec une attention particulière. Le professionnel de la santé qui visite le lieu de détention doit recueillir des informations de différentes manières: grâce à l'observation directe, en s'entretenant avec les détenus, et en discutant avec le personnel médical et les autorités.

### Exemples de problèmes d'ordre médical et éthique en milieu carcéral

- Les demandes de divulgation des dossiers cliniques au personnel non médical
- L'enchaînement des détenus pendant les actes médicaux ou l'hospitalisation

25 Physicians for Human Rights and University of Cape Town Health Sciences Faculty, *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*, Boston, MA, 2002. Accessible à l'adresse: <http://physiciansforhumanrights.org/library/reports/dual-loyalty-and-human-rights-2003.html>

- Le refus d'administrer des soins médicaux
- Le traitement sans consentement
- Les grèves de la faim
- La fausse attestation des dossiers médicaux
- La certification médicale d'aptitude à supporter un interrogatoire, une sanction, ou l'isolement cellulaire
- La contribution des professionnels de la santé à la torture, aux mauvais traitements ou aux exécutions

Les discussions avec le personnel médical de la prison doivent avoir lieu dans un climat de confiance, afin que les problèmes déontologiques puissent être évalués de façon exhaustive. La conversation peut s'avérer improductive si le personnel médical a sciemment fait passer les besoins sécuritaires de la prison avant ses principes d'éthique, et est poussé à adopter une attitude défensive à ce sujet.

Lorsque le personnel médical pénitentiaire a des doutes quant à ses devoirs éthiques, des séminaires de formation peuvent être organisés<sup>26</sup>. Il peut également avoir besoin d'assistance pour se conformer aux codes de déontologie applicables. Lorsque des manquements graves à la déontologie sont mis au jour, ceux-ci doivent être évoqués avec les professionnels de la santé concernés afin d'être clarifiés, et être documentés de façon détaillée ; des conseils peuvent ensuite être sollicités afin de déterminer si le manquement doit ou non être signalé à l'administration pénitentiaire, au ministère de la Santé ou à l'association médicale nationale.

---

26 Le site de l'Association médicale mondiale ([www.wma.net](http://www.wma.net)) est une source précieuse d'informations. Y sont publiés le *Manuel d'éthique médicale*, disponible au téléchargement, ainsi que des liens vers des formations en ligne axées sur la déontologie médicale et la médecine carcérale. Le site renvoie également aux textes suivants : le Code international d'éthique médicale et la Déclaration de Genève ; la Déclaration de Tokyo : Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement ; et la Déclaration de Malte sur les grévistes de la faim.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LE PERSONNEL MÉDICAL

### Formation du personnel

- Recueillez les impressions de chaque médecin et des autres membres de l'équipe médicale concernant leur compétence, leur professionnalisme et leur motivation. Pour ce faire, vous pouvez observer leurs pratiques de travail, assister aux réunions d'équipe et aux consultations des patients et consulter les registres de patients, mais aussi vous entretenir avec les détenus et le personnel médical.
- Quelles sont les qualifications du personnel médical de la prison ? Est-il en contact régulier avec les représentants du système de santé national ? Bénéficie-t-il de formations continues ? Bénéficie-t-il de formations spécifiquement axées sur la santé en milieu carcéral ?

### Motivation et assiduité du personnel

- Quels sont les horaires de travail officiels du personnel médical ? Et quels sont leurs horaires de travail *réels* ?
- Les horaires de travail du personnel médical sont-ils aménagés de façon à garantir aux détenus un accès aux soins médicaux ?
- Quelles sont les normes utilisées pour évaluer l'accès à la santé ? Y a-t-il un infirmier sur place en permanence ? Y a-t-il un médecin présent chaque jour ? Ces normes sont-elles précisées dans les règles pénitentiaires ou d'autres directives ?
- Y a-t-il des absences notables de certains membres du personnel ? Le personnel médical a-t-il choisi de travailler dans le système pénitentiaire ? Ou est-il là par obligation, contre son gré ?
- Les professionnels de la santé ont-ils des responsabilités/tâches autres que les services de santé curatifs ? Sont-ils chargés d'évaluer le niveau d'hygiène dans les zones de vie, les installations sanitaires et la cuisine ? De surveiller l'alimentation et la nutrition ? Ces responsabilités sont-elles énoncées dans les règles pénitentiaires ou d'autres instructions écrites ?

### Structure des services de santé pénitentiaires

- Qui emploie le personnel médical de la prison (le ministère de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur ou de la Défense) ? Y a-t-il un service médical pénitentiaire sous l'égide de ces ministères, et a-t-il des liens officiels avec le ministère de la Santé ? Les services médicaux pénitentiaires sont-ils intégrés au système de santé national ?
- Les détenus travaillent-ils pour le service de santé ? Quels sont leurs rôles et responsabilités ?
- Dressez un organigramme du personnel médical de la prison, et notamment des médecins, infirmiers, auxiliaires de santé, membres du personnel de laboratoire, dentistes et détenus. Énumérez brièvement les noms, qualifications, niveau de formation et date approximative d'embauche du personnel médical.
- Y a-t-il des postes vacants au sein de l'équipe médicale de la prison ? Depuis combien de temps ?
- Établissez les liens entre le service de santé pénitentiaire et les autorités locales ou centrales compétentes (autorités sanitaires locales, ministère de la Santé, ministère de la Justice, etc.).

### Relations entre le personnel et les détenus

- Quelles relations l'équipe médicale de la prison entretient-elle avec les détenus ? Tâchez de vous faire une impression à partir des pratiques cliniques quotidiennes, observées, du traitement des patients hospitalisés et de vos discussions avec le personnel et les détenus.

## 4.3. Les installations et équipements médicaux

### Dispensaire

Tous les lieux de détention et les prisons devraient être dotés d'un dispensaire ou d'un centre médical sur site (celui-ci peut être appelé «poste médical» ou «service de soins ambulatoires<sup>27</sup>»). Le dispensaire doit comprendre une salle de consultation, un espace réservé aux traitements, et une salle d'attente pour les patients. La salle de consultation doit permettre aux détenus de s'exprimer en toute confiance et respecter l'intimité des patients pendant l'examen. Elle doit être équipée d'une table d'examen et d'équipements médicaux de base (thermomètre, stéthoscope, tensiomètre, etc.); si ce n'est pas le cas, les examens cliniques ne peuvent pas être pratiqués de façon adéquate.

Notez l'emplacement du dispensaire. Il peut être situé au-delà du périmètre de sécurité principal s'il s'agit du dispensaire de la communauté locale, ou si le personnel médical n'est pas autorisé à pénétrer dans l'enceinte de la prison (pour des raisons de sécurité ou autre). Si tel est le cas, l'accès des détenus peut être entravé (en particulier si les gardiens bloquent le passage ou exigent des pots-de-vin); cela peut également signifier que le personnel n'entre pas régulièrement dans l'enceinte de la prison pour vérifier les conditions d'hygiène des cellules, cuisines, toilettes et autres parties communes, ou évaluer la nourriture et observer directement la santé des détenus.

### Infirmier/hôpital

Les prisons de grande taille peuvent être dotées d'un hôpital ou d'une infirmerie, qui permet aux détenus de bénéficier d'un suivi et d'un traitement continu, d'être isolés de la population carcérale générale et de se rétablir dans un environnement calme, tout en bénéficiant d'un accès aisé aux installations sanitaires.

L'existence d'une infirmerie ou d'un hôpital dans une prison peut dépendre de plusieurs facteurs: les critères applicables à la construction d'hôpitaux définis dans la loi nationale sur les prisons ou les règles pénitentiaires, les installations existantes dans la communauté, et la structure des services de santé nationaux. Les hôpitaux pénitentiaires ont l'avantage d'être «au cœur du système»: le transfert des détenus à l'hôpital nécessite moins de formalités administratives, et ne pose pas de difficulté liée au personnel chargé du transport ou de la surveillance. Ils présentent néanmoins l'inconvénient suivant: ils peuvent à un moment donné devenir une charge. En effet, dans un système où le financement fait cruellement défaut, il peut ne pas y avoir suffisamment de ressources financières disponibles pour assurer leur entretien et leur approvisionnement, et rémunérer un personnel permanent à temps plein.

Les normes acceptables pour un hôpital ou une infirmerie pénitentiaire peuvent varier en fonction des facteurs suivants: les normes appliquées par les établissements médicaux implantés dans la communauté voisine; la gravité des pathologies traitées au sein de la prison; et les possibilités d'adresser les détenus gravement malades à des hôpitaux extérieurs. Les services d'hospitalisation doivent toutefois satisfaire à quelques critères au moins: un niveau d'hygiène satisfaisant; des installations sanitaires adéquates; une bonne ventilation et un

<sup>27</sup> Il peut ne pas y avoir de dispensaire dans un poste de police, mais celui-ci doit au moins être équipé d'une trousse de premiers secours et compter dans ses équipes une personne possédant une formation élémentaire en secourisme. La police doit pouvoir accéder rapidement à un hôpital local, ou un médecin ou infirmier doit pouvoir être appelé dans un délai très court.



système de chauffage ou de climatisation (adapté au climat local). Ils doivent par ailleurs être gérés par une équipe possédant un niveau de formation approprié, et disposer de tous les équipements et fournitures médicaux nécessaires.

Toutes les prisons de grande envergure doivent être équipées d'une **salle ou d'un service d'isolement** permettant de **séparer les détenus atteints de maladies contagieuses**, afin de prévenir la propagation des maladies dans l'ensemble de la population carcérale. Il doit au minimum y avoir une pièce supplémentaire pouvant être rapidement transformée en salle d'isolement en cas de besoin.

S'il existe un laboratoire sur site, il est important d'y évaluer les points suivants : le niveau d'entretien, le stock de pièces et réactifs, et les connaissances du personnel quant à l'utilisation des produits de laboratoire.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LES INSTALLATIONS ET ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

### Dispensaire de l'établissement pénitentiaire

- Y a-t-il un dispensaire dans la prison, ou oriente-t-on les détenus vers l'hôpital local? Où ce dispensaire est-il situé? À l'intérieur ou à l'extérieur de la prison?
- Décrivez le dispensaire de façon générale: taille, éclairage, ventilation, approvisionnement en eau, hygiène, mobilier, table d'examen, etc.
- Quels sont les équipements médicaux disponibles? Thermomètre, stéthoscope?
- Le dispensaire respecte-t-il le principe de confidentialité? La zone de consultation est-elle située à distance de la salle d'attente?
- Les médicaments sont-ils conservés au dispensaire? Sont-ils stockés de manière ordonnée et sécurisée? (Nous aborderons les différents types de médicaments dans la section 5.7. ci-dessous.)
- Y a-t-il au dispensaire un espace réservé aux traitements? Y a-t-il les équipements et l'espace nécessaires pour administrer des médicaments ou des fluides par voie intraveineuse si nécessaire?
- N'oubliez pas de visiter le centre médical ou l'hôpital local auquel les détenus sont adressés, et de décrire succinctement les lieux.

### Infirmier/hôpital

- Où l'infirmier est-elle située? Dans quel état est le système d'approvisionnement en eau? L'éclairage? La ventilation? Et le mobilier, la literie, etc.?
- Y a-t-il une salle ou un service d'isolement?
- Y a-t-il un laboratoire? Y a-t-il des équipements de diagnostic (équipement radiographique, dispositif à ultrasons)? À quelle fréquence sont-ils utilisés? Le personnel est-il formé et rompu à leur utilisation?
- Si l'établissement pénitentiaire possède un hôpital, combien de services compte-t-il, et de quels types de services s'agit-il (médecine générale, chirurgie, psychiatrie, maladies infectieuses, gynécologie)? Quelle est la capacité de prise en charge chirurgicale? Comment les services de banque du sang sont-ils organisés?
- Dans quel état sont les services? Comment sont-ils dotés en personnel? Comment les services sont-ils organisés (cuisine, blanchisserie, stérilisation, etc.)?

### Laboratoire

- Quels sont les équipements de laboratoire disponibles, et dans quel état sont-ils?
- Le personnel a-t-il reçu une formation adéquate sur l'utilisation de ces équipements?
- Comment la qualité est-elle assurée et contrôlée?
- Quels tests peuvent être effectués, et à quelle fréquence?
- D'où proviennent les fournitures/réactifs du laboratoire? Y a-t-il des pénuries?
- Des procédures de santé et de sécurité ont-elles été adoptées, et sont-elles respectées?
- Si des analyses sont effectuées à l'extérieur de la prison, le détenu doit-il se rendre en personne dans l'établissement communautaire, ou envoie-t-on simplement l'échantillon?
- Qui analyse les résultats des analyses biologiques? Un système a-t-il été mis en place pour contrôler les résultats? Et pour s'assurer que le personnel clinique est informé des anomalies détectées lors des analyses?

## 4.4. L'accès aux soins de santé AU SEIN de la prison

Le niveau d'infrastructures de santé ne renseigne pas nécessairement sur la nature des soins administrés aux détenus : en d'autres termes, l'existence d'une infrastructure de soins relativement bien développée ne garantit pas que les détenus reçoivent des soins médicaux de qualité. Il est important d'évaluer l'**ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ**, à savoir le niveau d'accès au personnel médical, aux consultations et au traitement dont jouissent les détenus. Cet accès doit être envisagé à deux niveaux : l'accès aux soins de santé **au sein de la prison** (thème abordé dans la présente section) et l'accès aux soins de santé **hors de la prison** (se reporter à la section 4.5. ci-dessous). Un accès aux soins hors de la prison est impératif lorsque les capacités des installations et du personnel de santé ne permettent pas de répondre aux besoins médicaux.

### Le rôle du personnel médical pénitentiaire pour garantir l'accès aux soins de santé

**Les soins médicaux dispensés aux personnes incarcérées doivent être au moins équivalents à ceux administrés aux habitants de la communauté voisine.** Dans les prisons de grande taille, ou les contextes dans lesquels la communauté extérieure bénéficie d'un accès relativement aisé aux soins médicaux, un ou plusieurs médecins peuvent travailler à temps plein dans l'établissement pénitentiaire. Dans les prisons de petite taille, ou les contextes dans lesquels la communauté voisine jouit d'un accès limité aux soins médicaux, un médecin employé à temps partiel peut visiter la prison de façon ponctuelle. Les infirmiers ou auxiliaires de santé peuvent être plus disponibles, et à même d'assumer de nombreuses responsabilités médicales dans les lieux de détention, par exemple procéder au bilan de santé initial des détenus, ou encore soigner les détenus atteints de maux courants ou mineurs. Cependant, ces professionnels de la santé de première ligne doivent pouvoir adresser les patients à un médecin si des soins complémentaires sont nécessaires, et être capables de reconnaître les cas imposant l'orientation du patient. Leurs horaires de travail (et leur disponibilité) rendent compte de la situation en matière de soins dans la communauté. Aussi variée soit-elle d'un contexte à l'autre, le degré d'accès aux soins médicaux n'est acceptable que si : les détenus présentant des symptômes aigus ont la possibilité de consulter un membre de l'équipe médicale le jour même (plus tôt si possible ou nécessaire) ; et si les détenus atteints de pathologies chroniques ou complexes peuvent bénéficier d'un suivi médical régulier.

Au sein de la prison, tous les détenus doivent jouir d'un même accès aux services de santé. Les soins médicaux sont souvent une ressource rare ; tout rationnement de ces soins doit être effectué en fonction des besoins cliniques, sur décision d'un membre de l'équipe médicale. Le personnel non médical ne doit pas filtrer les détenus ni limiter leur accès aux soins de santé, et ce pour différentes raisons : tout d'abord, il ne possède pas l'expertise nécessaire pour évaluer les besoins médicaux de chaque détenu ; en second lieu, il peut faire des choix ou imposer des restrictions pour des raisons qui ne sont pas liées à la santé (affiliation politique, corruption, etc.) ; enfin, conformément au principe du secret médical, un détenu ne doit pas avoir à faire part de son état de santé à un membre du personnel non médical. Idéalement, les détenus doivent pouvoir communiquer leurs noms et leurs problèmes de santé directement à un membre du personnel médical, à l'hôpital ou au cours des visites en prison effectuées par les professionnels de la santé. Dans la réalité cependant, le personnel non médical de la prison dresse souvent une liste des détenus qui souhaitent consulter le médecin ou l'infirmier.

Lorsque c'est le cas, il convient de veiller particulièrement à ce qu'il n'y ait pas de discrimination au cours du processus.

### Les déterminants non médicaux de l'accès aux soins de santé

La difficulté à **accéder** aux soins médicaux est un problème récurrent en milieu carcéral. Celle-ci peut concerner l'ensemble des détenus, ou uniquement certains groupes ou individus. Lorsque *l'ensemble de la population carcérale* est concerné, un certain nombre de facteurs peuvent être en jeu : les facteurs géographiques ou démographiques qui limitent l'approvisionnement en fournitures médicales ou la disponibilité du personnel médical ; le manque de ressources budgétaires pour financer les salaires du personnel médical, les fournitures médicales ou les médicaments ; ou la négligence ou le manque de volonté de la part des autorités pénitentiaires.

Les hiérarchies, ou « gangs », au sein de l'établissement pénitentiaire peuvent entraver l'accès aux soins de santé *de groupes ou individus spécifiques*. Un groupe de détenus peut empêcher un autre groupe de recevoir des soins médicaux. Les groupes vulnérables peuvent inclure les femmes, les mineurs, les personnes âgées, les groupes minoritaires, les personnes atteintes de troubles mentaux, et les détenus dans des catégories ou lieux spécifiques (par ex. les détenus condamnés à mort ou en isolement cellulaire). Ces groupes peuvent être victimes de discrimination car ils sont considérés comme étant inférieurs et moins méritants ou, dans le cas des détenus politiques ou des détenus pour raisons de sécurité, considérés comme des « ennemis » ou des « traîtres ».

La corruption impliquant l'administration pénitentiaire (voire d'autres détenus) peut aussi entraver l'accès aux soins médicaux. Une certaine forme de corruption existe dans la quasi-totalité des lieux de détention du monde. Il s'agit d'un problème délicat et complexe, souvent difficile à évaluer, et *a fortiori* à combattre. Il est toutefois impératif de mettre en place une stratégie de lutte contre la corruption dès lors que celle-ci entrave l'accès de tout ou partie des détenus aux services fondamentaux.

Des informations sur l'accès aux soins de santé peuvent être recueillies auprès du personnel médical, de l'administration et des détenus eux-mêmes, et grâce à l'observation directe. Les registres médicaux peuvent également être une précieuse source d'informations à ce sujet, car ils peuvent contenir un relevé des jours d'ouverture du dispensaire, et le nombre de consultations ainsi que leurs motifs.

### Fréquentation de la consultation

Le nombre de consultations médicales enregistrées dans un lieu de détention peut fournir des informations sur différents points : l'accès des détenus aux services médicaux ; la disponibilité du personnel médical et sa disposition à recevoir les patients ; et l'état de santé global de la population carcérale. Toutefois, ces *résultats doivent être interprétés avec prudence*.

Il n'existe pas de valeurs de référence ou de valeurs initiales s'agissant du nombre de consultations médicales anticipées dans les établissements pénitentiaires. Les références aux populations déplacées (y compris les réfugiés) donnent quelques indications, mais doivent toutefois également être interprétées avec précaution. On estime que dans une population de 1 000 personnes déplacées, 10 consultations sont assurées chaque jour (ce qui représente environ 1 % de la

population<sup>28</sup>). Des chiffres plus élevés peuvent indiquer que la population n'est pas en bonne santé. Lorsque le nombre de consultations quotidiennes excède 3 % de la population, les courbes de morbidité doivent être examinées de façon rigoureuse. Il est important de déterminer si le nombre élevé de consultations est lié à des maux mineurs, tels que des maux de tête ou des douleurs lombaires, ou à des pathologies graves. Dans le même temps, tâchez de déterminer si les patients examinés par le personnel médical représentent de nouveaux cas de maladie, ou s'il s'agit de détenus atteints de maladies chroniques qui se rendent au dispensaire plusieurs fois par semaine.

N'oubliez pas qu'il existe d'autres outils importants pour évaluer l'état de santé des détenus et l'accès aux soins médicaux : les discussions avec le personnel médical et les détenus eux-mêmes, et l'observation directe des détenus malades. La présence de détenus manifestement malades qui ne se sont pas rendus au dispensaire, ou de détenus atteints de maladies ou lésions chroniques n'ayant pas bénéficié d'un suivi médical, laisse suggérer qu'un problème potentiellement significatif entrave l'accès aux soins médicaux dans la prison.

### **Le bilan de santé des nouveaux arrivés**

Les prisons doivent mettre en place un système pour effectuer le bilan de santé des nouveaux détenus. Celui-ci doit inclure le recueil des antécédents médicaux, ainsi qu'un examen clinique pratiqué dès que possible après l'arrivée des détenus, de préférence dans un délai de 24 heures. Idéalement, le premier examen clinique doit être pratiqué par un médecin. Lorsque cela n'est pas possible, un infirmier qualifié peut assumer cette responsabilité. Il n'est pas toujours faisable de pratiquer un premier examen médical aux postes de police ; néanmoins, une consultation médicale doit pouvoir être assurée à la demande du détenu, ou si les autorités ont une raison de penser qu'une telle consultation est nécessaire. Tous les renseignements médicaux obtenus au cours du premier examen médical sont confidentiels, et doivent être traités comme tel.

Il est important que les nouveaux détenus bénéficient d'un examen médical, et ce pour différentes raisons :

1. Les détenus peuvent avoir des besoins médicaux immédiats imposant un traitement, notamment pour une pathologie aiguë (une plaie, un membre fracturé, ou une infection aiguë, par exemple), ou une pathologie chronique (un détenu diabétique peut avoir besoin de poursuivre son traitement par insuline, une personne atteinte d'un trouble mental son traitement par anti-psychotiques, etc.).
2. Les détenus peuvent être atteints de maladies contagieuses lors de leur arrivée en prison, et avoir besoin d'être placés en isolement jusqu'à leur guérison, ou la fin de la période de contagion. Il peut être judicieux d'isoler les nouveaux arrivés de façon temporaire, jusqu'à ce qu'un premier examen médical ait confirmé l'absence de risque pour la population générale. Le service d'isolement doit être de même standard et aussi confortable que le reste de la prison, afin que les détenus contraints à l'isolement en raison d'une maladie contagieuse n'aient pas le sentiment d'être punis. L'isolement doit s'achever dès la fin de la phase de contagion (à titre d'exemple, les détenus dans la phase de poursuite du traitement antituberculeux doivent être sortis de l'isolement dès lors que les résultats des analyses de leurs expectorations sont négatifs).

28 P. Perrin, H.E.L.P.: *Cours de santé publique pour la gestion de l'assistance humanitaire*, CICR, Genève, 2001.

3. Les détenus peuvent montrer des signes physiques ou psychologiques de mauvais traitements, qu'il faut alors documenter. Par exemple, si les détenus provenant de centres d'interrogatoire ou de postes de police ont subi des violences, cela doit être consigné, et les éventuelles cicatrices doivent être décrites. Cela peut être bénéfique à la fois pour le détenu et l'administration pénitentiaire. Le fait de garder une trace des signes de mauvais traitements dans le dossier médical des détenus peut aider ces derniers s'ils souhaitent ultérieurement tenter une action judiciaire contre les responsables. Par ailleurs, consigner les signes de lésions ou de traumatisme psychologique lors de leur admission en prison peut contribuer à prouver que ces mauvais traitements ont été infligés *avant* l'arrivée des détenus et n'ont pas été causés par l'administration pénitentiaire.

### La prise en charge médicale des personnes en isolement cellulaire

À ce jour, aucun accord international ne définit ni ne prohibe l'**isolement cellulaire** dans les lieux de détention. Toutefois, les formes extrêmes et les périodes prolongées ou à durée indéterminée de « séparation involontaire de la population générale » sont de plus en plus souvent jugées inacceptables, tout comme leur application à certaines catégories de détenus (en particulier les détenus considérés comme étant « vulnérables »). L'Ensemble de règle minima révisé comporte des définitions, énumère les restrictions relatives à son application, souligne que les autorités pénitentiaires ont pour responsabilité de limiter les « effets préjudiciables potentiels », et oriente les professionnels de la santé pour intervenir auprès des détenus concernés par ces sanctions<sup>29</sup>. Les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus des Nations Unies (1990) encouragent les efforts tendant à l'abolition du régime cellulaire ou à la restriction du recours à cette peine<sup>30</sup>.

Les Règles pénitentiaires européennes révisées (2006) stipulent que la mise à l'isolement ne peut être imposée à titre de sanction que dans des cas exceptionnels et pour une période définie et aussi courte que possible<sup>31</sup>. La Déclaration d'Istanbul sur le recours à l'isolement cellulaire et les effets de cette pratique (2008) stipule que « d'une manière générale, l'isolement cellulaire ne devrait en principe s'appliquer que dans des cas très exceptionnels, pour une durée aussi brève que possible, et ne devrait constituer qu'une solution de dernier recours » ; elle définit par ailleurs les circonstances dans lesquelles l'isolement cellulaire devrait « absolument être interdit »<sup>32</sup>. Si le recours à l'isolement cellulaire est prohibé dans certains pays, dans d'autres, un juge peut toutefois autoriser cette pratique, tandis que dans certains autres pays, ce sont les directeurs des établissements pénitentiaires qui peuvent décider de placer ou non les détenus en isolement cellulaire.

29 Ensemble de règles minima, règles 37(d) et 43-46

30 Assemblée générale des Nations Unies, Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, paragraphe 7 (A/Res. 45/111), 14 décembre 1990. Accessible à l'adresse : [http://www.un.org/fr/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/45/111](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/45/111)

31 Conseil de l'Europe, Règles pénitentiaires européennes, paragraphe 60.5 (Recommandation Rec(2006)2), 11 janvier 2006. Accessible à l'adresse : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955547>

32 Déclaration d'Istanbul sur le recours à l'isolement cellulaire et les effets de cette pratique. *Torture*. 2008 ; 18 : 63-6. Accessible à l'adresse : <http://lib.ohchr.org/SPDocs/Issues/Disability/A.63.175.doc>, page 24 (annexe 2)

Cette question peut être délicate pour les médecins qui exercent en milieu carcéral. Pour un médecin, il est en effet contraire à l'éthique d'être impliqué dans la « délivrance d'un certificat médical visant à valider une sanction » ; dans la mesure où l'isolement cellulaire peut servir de sanction, un médecin attestant qu'un détenu est capable de supporter l'isolement cellulaire violerait le code de déontologie. Il est toutefois de la responsabilité du médecin, et donc acceptable de sa part de : 1) veiller à la santé des détenus placés en isolement cellulaire ; 2) rapporter au directeur de la prison les effets préjudiciables pour la santé physique ou mentale ; et 3) recommander un changement de régime (y compris la fin de l'isolement) pour les prévenir et les traiter (règle 46 des Règles Nelson Mandela).<sup>33</sup>.

---

33 Pour plus d'informations sur ce sujet, se reporter à : S. Shalev, *Manuel de référence : l'isolement cellulaire*, Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics, Londres, 2008. Accessible à l'adresse : [www.solitaryconfinement.org](http://www.solitaryconfinement.org)

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ AU SEIN DE LA PRISON

### Procédures pour accéder aux soins de santé

- D'après les *autorités* (sanitaires et pénitentiaires), quelles procédures les détenus doivent-ils suivre pour pouvoir consulter le personnel médical ou se rendre au dispensaire pour une consultation ? Par exemple, les listes sont-elles établies par les gardiens, les détenus ou le personnel médical ? Différents groupes de détenus ont-ils accès aux soins certains jours spécifiques uniquement ?
- D'après les *détenus*, quelles procédures ceux-ci doivent-ils suivre pour pouvoir consulter le personnel médical ou se rendre au dispensaire pour une consultation ?
- Si la plupart des consultations sont assurées par un infirmier ou un auxiliaire de santé, dans quelle mesure sont-elles supervisées par un médecin ? Y a-t-il une procédure spéciale pour les détenus à adresser au médecin de la prison ?
- Comment le suivi des cas complexes et/ou chroniques est-il assuré ? Le suivi est-il effectué à l'initiative du patient ou du personnel médical ?
- Y a-t-il un problème d'accès aux soins pour l'ensemble de la population carcérale ? Pourquoi ? Quels en sont les répercussions sur la santé des détenus ?
- Y a-t-il des différences d'accès pour certains groupes ou catégories particuliers de détenus ? Ou les détenus placés dans certaines zones de l'établissement pénitentiaire ? Pourquoi ? Quelles sont les conséquences pour leur santé ?

### Consultations

- Consultez le registre des consultations afin de connaître le nombre moyen de détenus examinés en une journée ou une semaine par l'infirmier, l'auxiliaire de santé ou le médecin de la prison. Soyez également attentifs aux variations saisonnières de ces chiffres.
- La date, le nom du détenu, le motif de la consultation, le diagnostic et le traitement sont-ils précisés dans le registre des consultations ?
- Y a-t-il un lien logique entre les diagnostics et le traitement administré ?
- Le registre indique-t-il quels médicaments ont été remis, ou cette information est-elle inscrite ailleurs ?
- Les détenus reçoivent-ils une antibiothérapie complète, ou uniquement un traitement incomplet ?
- Le nombre de consultations est-il limité par catégorie ou statut de détenu ?
- Le dispensaire est-il ouvert à tous les détenus malades qui demandent une consultation un jour donné ? Les détenus ont-ils la possibilité de demander à être reçus en consultation une fois que la liste des patients du dispensaire a été dressée ?
- Quels sont les horaires d'ouverture du dispensaire ? Différentes cellules ou différents groupes de détenus ont-ils accès au dispensaire des jours différents ou à des heures différentes ?

### Examen à l'admission

- Y a-t-il une procédure pour évaluer l'état de santé des nouveaux détenus ? L'examen médical est-il pratiqué par le médecin, l'infirmier ou l'auxiliaire médical ?
- Les autorités pénitentiaires informent-elles le personnel médical de l'arrivée de nouveaux détenus, ou les détenus se présentent-ils d'eux-mêmes au dispensaire ?
- Où le compte rendu d'examen est-il conservé (par ex. dans un dossier médical personnel, dans un registre) ? Quelles informations sont consignées (âge, antécédents médicaux pertinents, blessures, maladies chroniques, traitements réguliers, examen général, tension artérielle, etc.) ? Le dossier reste-t-il confidentiel (est-il accessible au seul personnel médical) ?
- Des tests de dépistage sont-ils effectués de façon systématique (IST, VIH, hépatite) ? Le consentement éclairé des détenus est-il nécessaire ? Y a-t-il des tests obligatoires ? Que se passe-t-il si un détenu refuse de s'y soumettre ? Si le résultat d'un test est positif, un traitement et un accompagnement sont-ils proposés (en particulier pour le VIH) ?



- Les détenus sont-ils isolés temporairement jusqu'au premier examen médical ?
- Quelles mesures sont prises pour les nouveaux détenus atteints d'une maladie contagieuse (tuberculose, gale, etc.) ?

### Isolement cellulaire

- Quand et pour quelles raisons les détenus sont-ils placés en isolement cellulaire, et qui doit prescrire le recours à cette pratique ?
- Le personnel médical pénitentiaire intervient-il pour évaluer les détenus ou attester de leur capacité à supporter l'isolement cellulaire ?
- L'équipe médicale suit-elle les détenus placés en isolement cellulaire ?
- Dans quelle mesure les détenus placés en isolement cellulaire ont-ils accès aux soins de santé ?
- Quelles sont les conditions générales de l'isolement cellulaire (accès à l'eau, alimentation, lumière, etc.) ?
- Combien de temps les détenus en isolement cellulaire sont-ils autorisés à passer à l'extérieur, et en compagnie d'autres détenus ?

### Gardes de nuit / urgences

- Qui est de garde en dehors des horaires d'ouverture et la nuit ? Un membre de l'équipe médicale est-il présent en permanence, ou d'astreinte ?
- Quelles sont les dispositions prises pour les urgences la nuit ? Une autorisation est-elle nécessaire pour obtenir un traitement urgent, en particulier si un détenu malade doit être transféré dans un hôpital de la communauté locale ? Combien de temps supplémentaire faut-il pour contacter le personnel médical la nuit ?
- Les urgences de nuit sont-elles consignées dans un registre et/ou les dossiers individuels ?
- Demandez comment les urgences de nuit les plus récentes ont été gérées. Les informations que vous obtiendrez vous indiqueront quelles sont les procédures suivies.

### Visites de spécialistes et soins médicaux spécifiques

- Des médecins d'hôpitaux extérieurs visitent-ils l'établissement pénitentiaire de façon régulière ? Quelle est leur spécialité, et à quel hôpital sont-ils rattachés ? Notez la spécialité de ces médecins, les dates auxquelles ils se sont rendus dans le lieu de détention et le nombre de consultations effectuées.
- Que doit faire un détenu pour être adressé, au sein de la prison, à un spécialiste extérieur en visite dans l'établissement ?
- Comment ces cas sont-ils suivis (si les détenus doivent une nouvelle fois être examinés, s'ils doivent être adressés pour analyses, etc.) ? Y a-t-il des discriminations ou est-ce nécessaire de verser de l'argent ?
- Y a-t-il un service dentaire ? Le dentiste est-il présent en permanence ou effectue-t-il des visites ? Quels sont les traitements dentaires disponibles ?
- Pour les prisons accueillant des femmes et des enfants : Des soins prénatals/postnatals et gynécologiques sont-ils proposés ? Qui prodigue ces soins ? Les accouchements sont-ils réalisés au sein de la prison ou dans un établissement extérieur ? Les enfants sont-ils vaccinés de façon régulière ?
- Des soins psychiatriques sont-ils disponibles ? Si ce n'est pas le cas, comment les cas psychiatriques sont-ils pris en charge ?

### Liens avec les programmes de santé nationaux et les ONG du secteur de la santé

- Des représentants des programmes de santé gouvernementaux ou des ONG du secteur de la santé visitent-ils la prison ? Le programme national de lutte contre la tuberculose est-il impliqué ? Et les campagnes de lutte contre le VIH/SIDA et d'éradication du paludisme ? Mènent-ils des programmes ou activités de santé spécifiques au sein de la prison (campagnes de vaccination, programmes de lutte contre la tuberculose, enfants en détention, etc.) ?

## 4.5. L'accès aux soins de santé HORS de la prison

Les lieux de détention ne dispensent généralement que des soins médicaux de base; il est donc essentiel d'établir un lien avec les établissements médicaux extérieurs. Les détenus peuvent avoir besoin de bénéficier de services de santé prodigués à l'extérieur de la prison pour différentes raisons: une hospitalisation urgente, des examens médicaux, des consultations de spécialistes et des procédures médicales et chirurgicales. À l'instar des patients de la communauté, les détenus peuvent être reçus à l'hôpital en *ambulatoire* (la visite hospitalière ne dépasse pas une journée, comme pour un rendez-vous à l'hôpital) ou être *hospitalisés* (ils sont alors admis et doivent y passer la nuit).

Le nombre de patients adressés à l'hôpital externe dépend de différents facteurs: le niveau de soins médicaux proposé *au sein* de la prison, la disponibilité des services de santé *à l'extérieur* de la prison, l'état de santé général de la population carcérale, et la capacité et la volonté de l'administration de transférer les patients. L'accès des détenus aux services de santé extérieurs à la prison peut par ailleurs être entravé par d'autres facteurs, tels que: les réglementations relatives à la sécurité, le transport, les restrictions hospitalières et les contraintes financières.

Le transport et la logistique de sécurité peuvent poser un problème. Il peut ne pas y avoir de véhicule pour transporter les détenus de la prison à l'hôpital; ou si un véhicule est disponible, il peut ne pas être suffisamment grand. En outre, il peut ne pas y avoir suffisamment de gardiens pour escorter les patients, ou ces gardiens peuvent ne pas être disponibles de façon régulière. Dans certains contextes, ce n'est pas la prison mais la police ou l'armée qui doit assurer la sécurité des détenus à l'extérieur de la prison, ce qui peut générer des difficultés de communication et de coordination. L'obligation de comparaître devant un tribunal peut aussi compliquer les visites à l'hôpital des détenus, car il peut s'avérer difficile de trouver une date appropriée.

L'hôpital peut limiter les périodes d'admission des détenus, le nombre de détenus admis, et la durée de leur hospitalisation. Ces limites peuvent s'expliquer par des considérations de sécurité, ou par le sentiment que la présence des détenus perturbe le fonctionnement quotidien de l'établissement.

L'accès aux soins médicaux hors du lieu de détention peut également être entravé par des contraintes financières. Les détenus peuvent se voir refuser la couverture d'assurance maladie, et le budget alloué à la santé par les autorités pénitentiaires peut être limité et insuffisant. La corruption peut sévir à tous les niveaux. Dans la mesure où les conditions hospitalières sont généralement plus favorables que les conditions de détention (moins de restrictions de sécurité, une meilleure alimentation, un meilleur accès aux familles dans certains cas), les détenus influents peuvent verser de l'argent pour être hospitalisés plus longtemps que nécessaire, même s'ils ne sont pas malades. Certains détenus peuvent aussi feindre une maladie afin d'être hospitalisés.

Visiter l'hôpital où les détenus sont adressés vous aidera à mieux appréhender les difficultés auxquelles sont confrontés la prison, l'hôpital et les détenus, et ainsi à proposer des solutions efficaces, si nécessaire, pour garantir aux détenus l'accès aux soins médicaux extérieurs à la prison. L'état de santé des patients recevant des soins hospitaliers doit être évalué, ainsi que traitement qu'ils reçoivent; pensez également à observer les attitudes du personnel hospitalier à l'égard des détenus.

Enfin, un dernier aspect de l'accès aux soins médicaux hors du lieu de détention doit aussi être évalué: le mécanisme mis en place pour assurer une

communication entre l'hôpital et la prison. Le personnel médical de la prison doit faire part de ses attentes et préoccupations au personnel hospitalier (dans un courrier de demande de prise en charge), qui en retour doit communiquer à l'équipe médicale de la prison les résultats des examens, les diagnostics, les plans de prise en charge et les éventuels besoins de suivi (dans un courrier de sortie d'hôpital). Ces échanges doivent rester confidentiels, et un système doit être mis en place pour veiller à ce que les mesures nécessaires soient prises ou à ce qu'un suivi soit assuré s'il y a lieu.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ HORS DE LA PRISON

### Transport et escorte de sécurité

- Qui assure l'escorte de sécurité pour le transport des détenus vers des établissements médicaux extérieurs ? La police locale, les gardiens de la prison ou l'armée ?
- Qui fournit le véhicule ? La police, la prison ou l'armée ?
- Si la prison ne met pas à disposition les gardiens et les véhicules, doit-elle prendre en charge le coût de ces services ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées s'agissant du transport et de la sécurité des transferts ?
- Y a-t-il une limite applicable aux transferts de détenus imposée par l'escorte de sécurité ? Ou par l'hôpital ?
- Comment le transport et la sécurité sont-ils organisés en cas d'urgence, y compris la nuit ?
- Dans quelles conditions les détenus sont-ils transférés ? Sont-ils menottés ou enchaînés ?

### Procédure d'orientation vers les cliniques de jour

- Dans quel établissement médical les détenus sont-ils adressés ? Décrivez succinctement le personnel et l'établissement.
- Qui est autorisé à adresser les détenus, et de quelle façon cela se passe-t-il ?
- À quelles difficultés sont confrontés les détenus, ou les professionnels de la santé de la prison, s'agissant de l'orientation vers des établissements extérieurs ?
- Y a-t-il des discriminations ou est-ce nécessaire de verser de l'argent ?
- Quelle est l'attitude du personnel hospitalier à l'égard des détenus ?
- Combien de détenus sont adressés chaque semaine ou chaque mois ? Y a-t-il un quota ou une limite ?
- Comment sont gérés les cas d'urgence ?
- Y a-t-il des jours particuliers pour chaque spécialité médicale ? Les détenus sont-ils adressés les bons jours ?
- Les détenus sont-ils enchaînés ou menottés pendant les consultations à l'hôpital ?

### Procédure pour les examens médicaux

- Si la prison ne dispose pas d'un laboratoire ou d'autres installations permettant de pratiquer des examens médicaux, comment les examens de routine, tels que les radiographies ou les analyses de sang, sont-ils effectués ?
- Les détenus doivent-ils se rendre dans un hôpital extérieur pour effectuer de simples analyses biologiques, ou est-ce possible de prélever un échantillon en prison puis de l'envoyer à un laboratoire extérieur ?
- Le système hospitalier ou l'escorte de sécurité est-il/elle sous pression en raison du nombre de détenus adressés pour des examens ?
- Y a-t-il des quotas ? Y a-t-il des frais ? Qui les prend en charge ?
- Comment les résultats sont-ils communiqués, puis suivis ?

### Procédure pour l'hospitalisation des détenus

- Les détenus sont-ils parfois admis dans des hôpitaux extérieurs ? Lesquels ? Qui prend la décision ? Qui est autorisé à adresser les détenus, et de quelle façon cela se passe-t-il ? Quels sont les délais nécessaires ?
- Y a-t-il un service spécial (verrouillé ou sécurisé) pour les détenus admis à l'hôpital ?
- Les détenus hospitalisés sont-ils menottés ou enchaînés ?
- Quelle autorité (prison, police, armée) est responsable de la surveillance des détenus à l'hôpital ?
- À quelles difficultés sont confrontés les hôpitaux qui admettent des détenus ? De quelle nature sont les relations entre le personnel hospitalier et les détenus ?
- À quelles difficultés les détenus hospitalisés sont-ils confrontés (par ex. coûts, accès à l'alimentation ou visite des proches) ?
- Y a-t-il des cas de corruption manifestes en rapport avec l'hospitalisation (menaces à l'encontre du personnel hospitalier, détenus qui versent de l'argent pour être hospitalisés plus longtemps que nécessaire ou qui simulent une maladie pour être admis, etc.) ?

## 4.6. Les dossiers individuels des patients

Les dossiers individuels des patients, parfois désignés «dossiers médicaux» ou «dossiers cliniques», doivent faire partie intégrante de la plupart des systèmes de santé. Ils comportent des informations relatives à la santé d'un individu : par exemple, les antécédents médicaux de cette personne et les comptes rendus de différentes consultations médicales, les résultats d'examens, les diagnostics, les traitements, les observations de suivi et les plans de prise en charge. Ces dossiers permettent de gérer et de suivre de façon appropriée l'état de santé des individus au fil du temps. Dans les lieux de détention en revanche, les dossiers médicaux individuels sont souvent inexistantes ; lorsqu'ils existent, ils peuvent être désordonnés et désorganisés.

Lorsque l'on consulte le dossier médical d'un détenu donné, il est important de confirmer deux points. Tout d'abord, que ses problèmes de santé y sont consignés de façon exacte et précise ; pour vous en assurer, vous pourrez être amenés à sélectionner de façon aléatoire une section du dossier et à en prendre connaissance. Il n'est pas rare que les autorités pénitentiaires contraignent le personnel médical à actualiser ou falsifier les dossiers en prévision d'une visite de l'établissement. En second lieu, il convient de s'assurer que les informations figurant dans le dossier médical restent confidentielles, et sont exclusivement traitées par le personnel médical, sans interférence de la part du personnel administratif de la prison. Ce principe s'applique également aux individus et organisations qui visitent les prisons : seuls les professionnels de la santé doivent pouvoir consulter les dossiers médicaux des détenus.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LES DOSSIERS INDIVIDUELS DES PATIENTS

- Y a-t-il un dossier médical pour chaque détenu ? Ces dossiers sont-ils conservés et organisés par l'équipe médicale du lieu de détention ? Ou les détenus conservent-ils leur propre dossier et les résultats d'examens dans leurs cellules ?
- La confidentialité des dossiers médicaux est-elle respectée et assurée ? Qui a accès aux informations médicales ? Pour quelles raisons, le cas échéant, le personnel non médical a-t-il accès aux dossiers médicaux ?
- Les dossiers des détenus les accompagnent-ils lors de leur transfert ou de leur libération ?
- Les détenus se présentent-ils avec leur ancien dossier médical ou un résumé de leurs antécédents rédigé par d'autres lieux de détention ?
- De quels dossiers dispose-t-on pour les détenus qui ont été adressés à des établissements médicaux extérieurs ?

### Dossiers de prise en charge ambulatoire

- Où les résultats des examens hospitaliers, les recommandations et les tests sont-ils consignés ? Les fiches de prise en charge ambulatoire à l'hôpital sont-elles conservées par l'équipe médicale de la prison ou ces informations sont-elles consignées directement dans le dossier médical individuel du détenu tenu par le lieu de détention ? Le dossier médical du détenu est-il transmis à l'hôpital ? Comment le personnel médical de la prison assure-t-il le suivi pour ce qui est d'appliquer les recommandations de l'hôpital et de prendre de nouveaux rendez-vous ?

### Dossiers d'hospitalisation

- Un compte-rendu de sortie est-il conservé dans le lieu de détention ? Quels autres documents le dossier d'hospitalisation contient-il ? En quoi le système de tenue des dossiers influe-t-il sur le suivi (par ex., les dossiers peuvent-ils être aisément récupérés pour d'éventuels rendez-vous ultérieurs) ?

## 4.7. Les registres cliniques

En règle générale, les registres cliniques servent à consigner les activités menées dans les établissements médicaux. Ces registres **n'**ont généralement **pas** vocation à servir de répertoires principaux ou de sources d'informations cliniques sur les patients. Gardez à l'esprit que les registres médicaux contiennent généralement des informations médicales permettant d'identifier les patients. Ces informations sont confidentielles et doivent être traitées comme telles. Autrement dit, les registres doivent être conservés de façon appropriée, et seul le personnel médical doit pouvoir les consulter.

Si la prison ne tient pas de registres cliniques, un système élémentaire doit être créé. Celui-ci peut s'inspirer du système utilisé dans la communauté, si un tel système existe. Les registres doivent contenir un relevé des consultations, des décès, des maladies infectieuses significatives, du stock de médicaments et des évolutions budgétaires. Plusieurs exemples de registres cliniques que l'on peut s'attendre à voir utilisés dans les prisons sont présentés ci-après.

### Registre des examens médicaux initiaux

Les lieux de détention ne tiennent que rarement un registre des bilans de santé initiaux pratiqués chez les nouveaux détenus. Les résultats sont inscrits dans les dossiers médicaux individuels des patients, dans le registre principal, ou dans les dossiers administratifs individuels des détenus.

## Registre des consultations

Les registres des consultations doivent préciser le nom de chaque détenu reçu au dispensaire, la date de la consultation, le motif de la consultation, le diagnostic, et le traitement prescrit. Il est important de consigner les informations de façon précise dans les registres médicaux, car les données extraites peuvent renseigner sur: la présence du personnel médical; le nombre de consultations cliniques quotidiennes; les taux de morbidité (maladie) et de mortalité (décès) dans la population carcérale; les renvois à l'hôpital; les habitudes en matière de prescription et d'administration de médicaments; et parfois les cas de mauvais traitements. Ces indicateurs peuvent être utilisés pour suivre les performances des services de santé pénitentiaires et l'état de santé global de la population carcérale.

Si les symptômes des patients et le traitement qui leur a été administré sont consignés de façon adéquate, les registres de consultations peuvent également fournir des indications sur la qualité des soins, en montrant le lien entre le diagnostic et le traitement.

## Le registre des médicaments en stock et administrés

Le registre des médicaments en stock permet de consigner le nombre et les types de médicaments reçus et entreposés. Il peut servir à justifier les budgets et prévenir (ou détecter) la corruption associée aux médicaments et autres fournitures médicales.

Un registre d'administration distinct doit être tenu pour assurer un suivi des médicaments utilisés au dispensaire. Lorsque l'on soustrait aux quantités inscrites dans le registre des médicaments en stock les quantités inscrites dans le registre des médicaments administrés, ainsi que les quantités éliminées pour cause d'expiration ou de dommage (qui doivent également être consignées), on doit obtenir la quantité de médicaments actuellement en stock. Lorsque les quantités stockées sont moins importantes que prévu, une enquête doit être menée: le vol ou la corruption peut être à l'origine de cette divergence.

## Autres registres

D'autres registres médicaux peuvent être tenus: pour consigner les urgences de nuit, les transferts entre la prison et l'hôpital, les décès en détention, etc. Questionnez le personnel sur l'existence de tels registres, et passez-les en revue.

## Statistiques relatives à la santé

Les données relatives à la santé (le nombre de consultations mensuelles, de maladies contagieuses, de décès, etc.) peuvent être consignées de façon régulière, et communiquées à des autorités externes (les services médicaux de la prison, le médecin chef du district, le service de statistique du ministère de la Santé, etc.). Dans certains cas, les règlements pénitentiaires ou les manuels relatifs à l'incarcération peuvent spécifier les types de registre qu'un lieu de détention a l'obligation de tenir. Les autorités sanitaires nationales peuvent par ailleurs imposer l'enregistrement de certains types de données (par ex. le signalement obligatoire des maladies contagieuses, telles que la tuberculose et la lèpre).

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LES REGISTRES MÉDICAUX

- Notez quels détails de l'**examen médical initial** ont été consignés, et quelles mesures ont été prises par rapport aux observations significatives.
- Notez ce qui est consigné dans le **registre des consultations**.
- Notez ce qui est consigné dans les **registres des médicaments en stock et administrés**. Les quantités utilisées sont-elles inscrites dans le registre des médicaments administrés, ou y a-t-il un stock « perdu » non comptabilisé ?
- Notez les éventuels autres registres tenus, et ce qu'ils contiennent.
- Déterminez si les données relatives à la santé sont transmises aux autorités médicales. L'équipe chargée de visiter le lieu de détention a-t-elle accès à ces données, dans la prison ou au niveau central ?

## 4.8. Les médicaments et le budget de la santé

### Le stock de médicaments

Le stock de médicaments disponibles au dispensaire de la prison doit être suffisant pour traiter toutes les maladies fréquemment contractées par la population carcérale. Les médicaments ne doivent pas être arrivés à expiration, et doivent être d'une efficacité avérée et de bonne qualité. Ils doivent être conformes à la « liste nationale des médicaments essentiels », qui existe dans la plupart des pays en voie de développement. Les types et quantités de médicaments que le stock d'une prison doit contenir varient d'un pays à l'autre, et peuvent dépendre de différents facteurs : le taux de morbidité à l'échelle locale (par ex. maladies endémiques) ; l'état de santé général de la population carcérale (par ex. le taux de morbidité sera élevé si la population souffre de malnutrition) ; et le niveau de formation du personnel médical pénitentiaire (dans les prisons où seul un auxiliaire de santé est présent, en particulier, les médicaments *per os* doivent suffire pour traiter les maladies les plus fréquentes ; les médicaments injectables ne doivent être accessibles qu'au personnel formé à leur administration).

Des difficultés liées aux budgets, à l'approvisionnement, à la corruption, à la sécurité ou à une utilisation inappropriée peuvent être à l'origine de pénuries de médicaments au sein de l'établissement pénitentiaire. Les autorités pénitentiaires doivent être encouragées à résoudre ces problèmes. Il convient de garder à l'esprit que peu de produits sont aussi précieux que les médicaments dans une prison : ils peuvent à ce titre devenir une « monnaie parallèle », échangée contre des biens ou des services.

Lors des visites des lieux de détention, les professionnels de la santé doivent tâcher de déterminer si les médicaments sont prescrits et utilisés de façon adéquate.

## QUESTIONS-TYPES

### Les médicaments en stock et administrés

- Y a-t-il une liste standardisée des médicaments que tous les lieux de détention sont autorisés à conserver? Cette liste est-elle consultable? Les médicaments utilisés sont-ils génériques ou de marque?
- Le stock actuel de médicaments dans la pharmacie correspond-il à ce qui est inscrit dans le registre des médicaments en stock?
- Les médicaments couvrent-ils toutes les maladies fréquentes? Y a-t-il des déficits importants?
- Y a-t-il des médicaments périmés en stock?
- Le stock contient-il des médicaments inappropriés par rapport au niveau de formation du personnel médical (par ex. médicaments injectables, antipsychotiques ou médicaments antituberculeux de seconde intention)?
- Est-ce possible, en examinant les registres des médicaments en stock et des consultations ou traitements, de tirer des conclusions concernant les habitudes du personnel en matière de prescription? Leur façon de faire semble-t-elle adéquate?

Dressez une liste succincte des types de médicaments stockés dans la prison. Une liste plus détaillée peut être obtenue en consultant le registre des médicaments en stock, et incluse en annexe si nécessaire.

### L'approvisionnement en médicaments

- Où les médicaments sont-ils généralement obtenus? Sont-ils commandés à un dépôt central médical rattaché au ministère de la Santé ou de la Justice? Quelle est la fréquence des commandes? Qui doit approuver la commande? Les médicaments commandés sont-ils bien reçus? L'approvisionnement est-il suffisant? Y a-t-il des retards?
- Y a-t-il d'autres sources de médicaments pour les détenus (donateurs privés, ONG, familles, marchés ou pharmacies locaux etc.)? Tâchez d'estimer la proportion de médicaments provenant de chaque source.
- Les détenus demandent-ils aux gardiens d'acheter des médicaments dans le commerce ou dans une pharmacie privée? Comment cela se passe-t-il?
- Comment les détenus peuvent-ils demander des médicaments à leurs familles? Comment ces médicaments leur parviennent-ils? Y a-t-il un registre attestant de la réception des médicaments? Est-ce difficile pour les détenus de recevoir ces médicaments de la part de leurs proches?
- Les médicaments apportés en prison par des sources extérieures font-ils l'objet d'un contrôle? Ces médicaments peuvent-ils poser des problèmes spécifiques à la population carcérale (par ex. substances psychotropes, médicaments anti-tuberculeux qui peuvent entraîner une résistance aux anti-tuberculeux s'ils ne sont pas utilisés correctement)?

## Budget de la santé

Il est souvent difficile d'obtenir des informations sur les budgets alloués aux médicaments et aux services de santé dans les lieux de détention. D'une part, les autorités pénitentiaires peuvent être réticentes à communiquer les chiffres, et d'autre part, le budget est souvent intégré à d'autres lignes budgétaires (l'alimentation, l'équipement sanitaire, les salaires, etc.). Il peut néanmoins s'avérer nécessaire d'accéder aux informations sur les budgets de la santé, en particulier si de graves problèmes de santé susceptibles d'être liés à des restrictions budgétaires sont observés chez les détenus, et si ces problèmes budgétaires sont liés à la corruption dans le système carcéral. Le personnel médical de l'établissement pénitentiaire est souvent une précieuse source d'informations sur l'insuffisance des dépenses de santé et l'utilisation abusive du budget alloué à la santé.



Le budget consacré à la santé doit être analysé avec les responsables de l'établissement pénitentiaire concerné ainsi qu'avec le service de détention ou le ministère compétent. Les initiatives liées aux budgets alloués à la santé en milieu pénitentiaire impliquent généralement l'ensemble du système carcéral; par conséquent, les informations recueillies dans toutes les prisons concernées doivent être compilées afin d'obtenir une perspective globale et mettre en lumière les problèmes communs et les axes d'intervention.

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LE BUDGET DE LA SANTÉ

- Qui finance le budget médical de la prison ? La Direction générale de l'administration pénitentiaire ? Le ministère de la Santé/Justice/ Défense ?
- Comment le budget est-il alloué ? Cela dépend-il du nombre de détenus ? Quel est le budget de cet établissement ? Y a-t-il un déficit budgétaire ou des dépenses excédentaires ? Quelles en sont les raisons sous-jacentes ?
- L'établissement pénitentiaire a-t-il accès à d'autres sources de financement ? Les utilise-t-il ?
- Si l'établissement pénitentiaire a besoin de fonds supplémentaires, ou de fonds d'urgence (par ex. pendant les épidémies ou pour financer les interventions chirurgicales), d'où proviennent ces fonds ?

## 4.9. Les soins médicaux dispensés aux femmes incarcérées

En milieu carcéral, les femmes ont des besoins et problèmes spécifiques en matière de santé. Pourtant, les lieux de détention et les systèmes carcéraux sont souvent conçus par des hommes et pour les hommes: au sein de l'administration pénitentiaire, les femmes sont rarement en position de prendre des décisions, et dans la plupart des pays, les détenues représentent moins de 10% de la population carcérale. Par conséquent, en milieu pénitentiaire, les dispositions prises pour ce qui est de la santé, de la sécurité, des contacts avec les proches et des opportunités de travail et de formation ont tendance à privilégier les besoins des hommes au détriment de ceux des femmes. Les femmes incarcérées sont souvent en situation de vulnérabilité, et moins assistées que les hommes. Les Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues (les Règles de Bangkok<sup>34</sup>), adoptées en 2010, contiennent des dispositions visant à garantir que les besoins spécifiques des femmes en matière de santé sont satisfaits.

### Les problèmes de santé spécifiques des femmes incarcérées

- La probabilité élevée d'avoir subi des violences et des abus sexuels *avant* l'emprisonnement
- La vulnérabilité à la violence et aux abus sexuels *au sein* des prisons
- L'incidence élevée des traumatismes physiques et mentaux
- L'incidence élevée des maladies sexuellement transmissibles

34 Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (les Règles de Bangkok). Adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies le 21 décembre 2010, A/RES/65/229. Accessibles à l'adresse: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65\\_229\\_French.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_French.pdf)

- En règle générale, des besoins en santé mentale accrus, notamment une dépendance à l'alcool et la drogue
- Des besoins médicaux spécifiques aux femmes, notamment des services gynécologiques et obstétriques

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'HYGIÈNE ET LES BESOINS MÉDICAUX DES FEMMES INCARCÉRÉES

- Les femmes ont-elles aisément accès aux articles d'hygiène, notamment des serviettes hygiéniques (sans avoir à en faire la demande à l'administration pénitentiaire) ?
- Les femmes bénéficient-elles d'un meilleur accès à l'eau pour se laver ?
- Y a-t-il des femmes parmi les médecins et autres professionnels de la santé ? Dans le cas contraire, les examens cliniques sont-ils pratiqués en présence de femmes ?
- Au cours du bilan de santé initial, interroge-t-on les femmes sur : les IST et les facteurs de risque d'IST ; la santé mentale ; la santé génésique ; et les abus et la violence sexuels ?
- Les services de santé dispensés aux femmes au sein de la prison sont-ils équivalents à ceux dispensés dans la communauté (par exemple l'accès au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus) ?
- Les femmes détenues ont-elles accès à des services de santé spécifiques, notamment gynécologiques et obstétriques ?

### La grossesse en prison

Dans l'idéal, les femmes enceintes ne doivent être emprisonnées que pour des raisons impérieuses. Si des femmes enceintes sont incarcérées dans l'établissement pénitentiaire, il convient de s'assurer qu'elles bénéficient d'un meilleur accès à l'eau pour se laver, reçoivent une alimentation répondant à leurs besoins nutritionnels (notamment des protéines et des fruits et légumes frais), et ont accès à tous les examens médicaux ainsi qu'aux soins prénatals et postnatals. Les femmes détenues doivent par ailleurs avoir la possibilité d'interrompre leur grossesse si de telles structures existent dans la communauté extérieure.

L'accouchement ne doit pas avoir lieu en prison car l'environnement est généralement moins sûr et moins hygiénique qu'un hôpital. Pendant l'accouchement, les femmes ne doivent pas être enchaînées ni contenues de quelque façon que ce soit. Les femmes qui allaitent doivent bénéficier d'un espace privé et recevoir une alimentation appropriée. Des certificats de naissance officiels doivent être préparés pour les nouveau-nés. Le lieu de naissance doit être l'hôpital où la mère a accouché. Si l'accouchement a eu lieu en prison, cela ne doit pas être mentionné sur le certificat de naissance.

## 4.10. Promouvoir la santé en milieu carcéral

La promotion de la santé fait référence aux activités qui permettent aux individus de mieux maîtriser leur santé et ses déterminants. Ces actions doivent être menées dans les lieux de détention, et comprendre une éducation à la santé et des mesures de prévention des maladies. L'objectif est double : veiller à ce que les personnes incarcérées ne contractent pas de maladies et n'acquiescent pas d'habitudes préjudiciables pour la santé ; et faire en sorte qu'elles adoptent des attitudes et pratiques favorables à la santé qui leur permettent de rester en bonne santé pendant leur incarcération, mais aussi après leur libération.

L'Organisation mondiale de la Santé a déclaré qu'il était vital de mener une action d'information et d'éducation sur la santé auprès des détenus pour préserver et promouvoir la santé en milieu carcéral<sup>35</sup>. Cependant, les détenus doivent également avoir le sentiment de maîtriser leur santé, afin de pouvoir prendre des décisions et les mettre en œuvre. Pour ce faire, les autorités pénitentiaires doivent impérativement prendre des engagements en faveur de la santé et du bien-être en adoptant des politiques et pratiques de soutien. En outre, le personnel médical pénitentiaire joue un rôle décisif lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins de la prison et des détenus dans le domaine de la santé, et veiller à ce que les programmes de promotion de la santé répondent aux besoins des personnes incarcérées.

Les actions de promotion de la santé en milieu carcéral peuvent prendre différentes formes, par exemple : une formation sur les différents aspects de la santé et de l'hygiène, tels que la prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles ; une formation sur l'hygiène alimentaire et la nutrition ; et un service d'aide et de conseil sur l'alcoolisme et la toxicomanie, y compris une formation sur la prévention des comportements à risque. Des activités axées sur le sevrage tabagique et la promotion de l'activité physique peuvent également être menées dans les lieux de détention.

### Les difficultés liées à la promotion et la protection de la santé en milieu carcéral

La promotion et la protection de la santé sont parfois négligées en prison. L'évaluation de la santé en prison peut contribuer à inscrire ce sujet à l'ordre du jour des autorités pénitentiaires. Néanmoins, de nombreuses difficultés doivent être surmontées pour garantir la promotion et la protection efficaces de la santé dans les prisons. Les détenus peuvent être en mauvaise santé, avoir de mauvaises habitudes en matière de santé, et des connaissances très limitées sur le sujet lors de leur arrivée en prison. Ils peuvent par ailleurs trouver difficile de s'impliquer dans l'action d'éducation et de promotion de la santé, ou de modifier leurs habitudes pendant leur incarcération, pour différentes raisons, dont la perte d'indépendance et la dépréciation de soi. Mais dans le même temps, les conditions de détention, telles que la surpopulation, le tabagisme généralisé et la toxicomanie, nuisent à la santé de façon intrinsèque. Le personnel et les autorités pénitentiaires peuvent ne pas admettre que des mesures sont nécessaires, et ne pas être suffisamment engagés en faveur de la protection et la promotion de la santé.

35 En 2003, lors la Réunion internationale sur la santé en prison et la santé publique, organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé et la Fédération de Russie, des délégués ont préconisé l'adoption de « toute une série de mesures pour prévenir la propagation de maladies en prison, notamment en menant une action intensive d'information et d'éducation au sein des prisons et fournir aux détenus les moyens de prévenir les maladies ». (Voir : Organisation mondiale de la Santé, Déclaration sur la santé en prison et la santé publique, Moscou, 24 octobre 2003.) Cet appel a été réitéré en Espagne en 2009. (Voir : Organisation mondiale de la Santé, La Recommandation de Madrid : La protection de la santé pénitentiaire comme composante essentielle de la santé publique, Madrid, 30 octobre 2009.)

## **Les avantages liés à la promotion et la protection de la santé en milieu carcéral**

Les initiatives visant à préserver et promouvoir la santé dans les lieux de détention doivent généralement être planifiées pour profiter immédiatement et à long terme aux personnes incarcérées. Toutefois, d'autres avantages peuvent être mis en avant lors du lancement de ces initiatives auprès des parties concernées. Le personnel pénitentiaire peut directement bénéficier des efforts de promotion de la santé déployés auprès des détenus, car une population carcérale en meilleure santé se traduit par un lieu de travail plus sain pour le personnel. Les efforts de promotion de la santé dans les prisons doivent également avoir pour objectif de promouvoir directement la santé du personnel, à la fois pour son bien-être, et parce que des équipes motivées et en bonne santé seront plus à même de promouvoir la santé des détenus. La promotion de la santé dans les prisons peut aussi bénéficier à l'ensemble de la communauté, en permettant d'éliminer ou de réduire de façon drastique le rôle de foyers de transmission des maladies infectieuses dans l'environnement l'extérieur joué par les prisons. Enfin, des détenus en meilleure santé auront aussi besoin de moins de soins médicaux après leur libération. La promotion de la santé en prison peut ainsi alléger le fardeau que représentent les soins de santé pour la société.

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ

- Quelles activités de promotion de la santé sont menées dans l'établissement pénitentiaire ?
- Les autorités pénitentiaires comprennent-elles la nécessité de promouvoir la santé ?
- Les autorités pénitentiaires évaluent-elles de façon régulière les besoins de la population carcérale en matière de santé afin de s'assurer que les programmes de protection et de promotion de la santé y répondent ?
- Les bilans de santé des nouveaux détenus sont-ils l'occasion de fournir à ces derniers des informations sur la santé ou les activités de promotion de la santé dans l'établissement pénitentiaire ?

### QUESTIONS-TYPES SUR L'ÉDUCATION ET L'INFORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Y a-t-il un programme qui fournit aux détenus des instructions relatives à la santé ? Si ce n'est pas le cas, la mise en œuvre d'un tel programme est-elle prévue ?
- Le programme comprend-il des informations élémentaires sur la santé physique et mentale ? Une alimentation et un mode de vie sains ?
- La prévention des maladies transmissibles ? La prévention des overdoses ?
- L'établissement pénitentiaire prend-il des mesures pour préserver la santé mentale des détenus ainsi que leur bien-être (par ex. encourager les interactions sociales, organiser des activités utiles, bâtir et maintenir de solides relations familiales) ?
- Y a-t-il un programme d'éducation des pairs ?
- Existe-t-il d'autres sources d'information sur la santé ?
- Les détenus reçoivent-ils des informations sur des maladies spécifiques, en particulier sur la transmission, la prévention et le traitement du VIH/de l'hépatite et de la tuberculose ?
- Les autorités pénitentiaires mènent-elles des activités ayant trait à la protection et la promotion de la santé ? Autorisent-elles d'autres départements (par ex. la santé publique) ou organisations (ONG, par exemple) à mener de telles activités ?

### QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT OFFERT POUR MODIFIER LES HABITUDES PRÉJUDICIALES

- Les détenus ont-ils accès à une formation axée sur les compétences psychologiques et à une assistance correspondante (par ex. comportement cognitif, gestion de la colère, estime de soi) ?
- Les détenus reçoivent-ils de l'aide dans leur environnement immédiat pour modifier leurs habitudes liées à la santé (par ex. restrictions sur le tabagisme, accès à des installations sportives, alimentation saine à la cantine) ?
- Les détenus ont-ils aisément accès à des informations sur la santé, et dans la confidentialité si nécessaire ?

### **QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LA RÉDUCTION DES COMPORTEMENTS À RISQUE**

- Les détenus ont-ils accès à du matériel d'injection stérile et des équipements de tatouage sûrs ? Y a-t-il des préservatifs en libre accès ? (Ces services peuvent être proposés par les services de santé de la prison, ou par des ONG/services externes qui interviennent dans les prisons.)
- Des tests de dépistage volontaire confidentiels, un accompagnement et un traitement sont-ils disponibles pour le VIH ainsi que pour l'hépatite B et C ?
- Un traitement de substitution est-il proposé aux détenus souffrant d'une dépendance aux opiacés ?
- De la naloxone en seringues préremplies est-elle disponible en cas d'overdoses ?
- Une prophylaxie post-exposition est-elle proposée aux femmes, aux hommes, aux filles et aux garçons qui ont été exposés à un risque ?

### **QUESTIONS-TYPES CONCERNANT L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS**

- Y a-t-il des services spécialisés disponibles pour le VIH ? L'hépatite ? Les maladies sexuellement transmissibles ?
- S'il y a des femmes détenues, ont-elles accès à des soins génésiques, y compris des soins prénatals et postnatals ?
- Quels sont les services de santé mentale disponibles ? Les détenus ont-ils accès à un service d'aide psychosociale ?
- Y a-t-il un contact professionnel avec les services communautaires, afin de faciliter l'accès à ces services si nécessaire ?
- Les détenus peuvent-ils bénéficier des initiatives liées à la santé mises en œuvre dans la communauté, telles que les campagnes de vaccination et les programmes de dépistage ?

### **QUESTIONS-TYPES SUR LES PRÉPARATIFS PRÉ-LIBÉRATION**

- Un travail de planification et de préparation axé sur les besoins des détenus en matière de santé après leur départ de prison est-il effectué ? De quelle façon ?
- Quelles mesures sont prises pour les détenus exposés à un risque d'overdose dès leur sortie de prison ?
- Quelles dispositions sont prises pour les détenus qui ont besoin de poursuivre un traitement médical après leur libération ? À cet égard, des dispositions sont-elles prises pour traiter : les troubles mentaux ; la consommation de drogue ; les maladies transmissibles (en particulier le VIH/SIDA, l'hépatite, les maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose) ; les maladies non transmissibles (diabète, maladies respiratoires, cancer et autres maladies chroniques) ?
- Qu'advient-il du dossier médical d'un détenu ? Les détenus reçoivent-ils un exemplaire de leur dossier ?

# 5. L'ÉTAT DE SANTÉ DES DÉTENUS

## 5.1. Évaluer l'état de santé et relever des indicateurs mesurables

Pour évaluer l'état de santé global des détenus, il est nécessaire de recueillir des informations auprès d'un large éventail de sources, à l'aide de différentes méthodes: des discussions avec le personnel médical et les détenus; la consultation des dossiers médicaux des détenus; l'observation directe des procédures médicales et hospitalières; et l'analyse de certains indicateurs de santé mesurables pour cette population.

Les indicateurs finaux suivants doivent être systématiquement relevés lors des visites des lieux de détention:

- La mortalité, c'est-à-dire les décès au sein d'une population. Le taux de mortalité peut être calculé, et les causes des décès consignées. Il est aussi possible de relever le nombre et la proportion de décès par cause, et de répertorier les causes les plus fréquentes.
- La morbidité, c'est-à-dire les problèmes de santé ou les maladies au sein d'une population. La prévalence des maladies chez les détenus peut être observée, et les principales causes de morbidité relevées.

D'autres indicateurs de santé utiles peuvent être employés, notamment: le ratio entre les professionnels de la santé et les détenus; le nombre de consultations médicales quotidiennes; le nombre d'orientations vers un hôpital ou une clinique externe; les décès parmi les détenus adressés à l'extérieur; le nombre de visites de la prison dans le cadre de programmes de santé spécifiques (par ex. VIH, tuberculose); et le nombre de consultations chez des spécialistes externes. Il existe par ailleurs des indicateurs de traitement propres à des maladies données, parmi lesquels: le nombre de détenus prenant part à des programmes thérapeutiques; le nombre de détenus recevant un cycle de traitement complet et approprié pour certaines pathologies indicatrices; et le stock de médicaments disponibles pour le traitement de certaines pathologies indicatrices.

Les professionnels de la santé qui effectuent des visites en prison doivent s'assurer qu'un système de recueil de données a été mis en place pour relever ces indicateurs.

Le recueil d'indicateurs de santé fondamentaux doit systématiquement faire partie intégrante des visites en milieu carcéral, car il permet d'obtenir des données de référence, et par la suite de détecter les changements et tendances s'agissant de l'état de santé global de la population carcérale et du système de soins de santé. Les tendances peuvent être observées à l'échelle de prisons spécifiques, ou au niveau du système pénitentiaire global d'un pays. Les résultats obtenus grâce à ce suivi systématique peuvent aussi servir de

référence pour planifier les visites et les programmes d'aide. Dans les prisons où des programmes d'aide médicale (par ex. prévention du VIH, fourniture de médicaments, programmes d'aide alimentaire) ont été mis en œuvre, le recueil systématique d'indicateurs pertinents doit être intégré au programme dès son lancement. Cela permet en effet d'évaluer l'efficacité du programme (c'est-à-dire sa contribution à la réalisation d'objectifs prédéfinis), et peut faciliter la mise en œuvre de changements si les objectifs ne sont pas atteints.



## 5.2. La mortalité

Le nombre de décès enregistrés dans la population carcérale sur une période de temps donnée est un indicateur important de la santé des détenus.

Le taux brut de mortalité (TBM) est défini comme le nombre de décès dans une population à risque sur une période donnée. Il peut aisément être calculé.

### Calcul du taux brut de mortalité<sup>36</sup>

$$\text{Taux brut de mortalité} = \frac{\text{Taux brut de mortalité}}{\text{Nombre de décès sur une période donnée}} \times \text{unité de population}$$

Les taux de mortalité sont souvent exprimés en nombres de « décès pour 1 000 individus par an ». Dans ce cas, la période retenue est une année, et l'unité de population est 1 000. La « population à risque de décès » est généralement une estimation de la taille de la population en milieu d'année. Le calcul est alors effectué comme suit :

$$\text{TBM (décès/1 000/an)} = \frac{\text{Nombre de décès en une année}}{\text{Population à risque de décès} \times \text{une année}} \times 1\,000$$

Par exemple, au cours d'une année, 18 personnes décèdent dans une population comptant en milieu d'année quelque 241 personnes. Le taux brut de mortalité est calculé comme suit :

$$\text{TBM (décès/1 000/an)} = \frac{18}{241 \times 1} \times 1\,000 = 74,7 \text{ décès/1 000/an}$$

Le nombre de décès pour 1 000 individus sur une année est un indicateur utile dans les populations relativement stables. En revanche, dans les situations d'urgence extrême associées à un nombre important de décès et un taux de mortalité évoluant rapidement, il est plus judicieux de retenir une période plus courte et une unité de population plus importante pour effectuer les calculs. Dans de telles situations, le taux de mortalité est souvent exprimé en nombre de « décès pour 10 000 individus par jour ».

Par exemple, sur une période de 120 jours, 440 personnes décèdent dans une population comptant en milieu d'année quelque 18 000 personnes. Le taux brut de mortalité est calculé comme suit :

$$\text{TBM (décès/10 000/an)} = \frac{440}{18\,000 \times 120} \times 10\,000 = 2,04 \text{ décès/10 000/jour}$$

Le taux de mortalité peut également être calculé chaque mois, ce qui peut s'avérer utile si l'on analyse les rapports mensuels. Les taux mensuels sont généralement exprimés en nombre de « décès pour 1 000 individus par mois ».

Par exemple, sur une période de deux mois, 9 personnes décèdent dans une population comptant en milieu de période quelque 1 300 personnes. Le TBM mensuel moyen est calculé comme suit :

$$\text{TBM (décès/1 000/mois)} = \frac{9}{1\,300 \times 2} \times 1\,000 = 3,46 \text{ décès/1 000/mois}$$

À titre de référence, 1 décès pour 10 000 personnes par jour = 3 décès pour 1 000 personnes par mois = 36 décès pour 1 000 personnes par an. Il est important de noter que les unités diffèrent, mais que le mode de calcul est sensiblement le même. Le passage d'un format à l'autre est un exercice d'arithmétique.

Lorsque l'on calcule un taux de mortalité, il est souvent préférable de s'en tenir aux formats et unités déjà utilisés, afin de faciliter la comparaison des données.

<sup>36</sup> Pour en savoir plus sur les taux de mortalité, se reporter à : F. Checchi, L. Roberts, *Interpreting and Using Mortality Data in Humanitarian Emergencies: A Primer for Non-Epidemiologists*, Humanitarian Practice Network Paper No. 52, Overseas Development Institute, Londres, 2005. Accessible à l'adresse : <http://www.odihpn.org/documents/networkpaper052.pdf>

Le taux de mortalité doit être calculé à chaque visite de l'établissement pénitentiaire; cela permet en effet de recueillir de précieuses données de référence. On ne dispose pas de données relatives à la mortalité globale dans les populations carcérales, et les taux nationaux de mortalité en prison ne sont pas toujours disponibles ou fiables; il est donc extrêmement important d'effectuer des calculs initiaux précis. Une élévation de la mortalité au-delà du taux de référence peut révéler une détérioration de la santé globale de la population carcérale, ou l'apparition d'une maladie. Vous pourrez alors évaluer la gravité du problème en comparant le taux de mortalité aux taux de référence. Les taux de mortalité peuvent suivre des variations saisonnières; il peut donc s'avérer utile de calculer le taux de mortalité de référence chaque mois, ou à chaque saison.

Lorsque l'on étudie la mortalité dans les populations carcérales, il est important d'analyser non seulement le taux, mais aussi les **causes de mortalité**. Les causes de décès peuvent en effet indiquer que les conditions de détention ne sont pas satisfaisantes ou que des services médicaux font défaut, en particulier lorsque les détenus décèdent de maladies curables. Il peut être intéressant de comptabiliser les décès puis de calculer les proportions par cause.

Les causes de décès peuvent aussi permettre, dans une certaine mesure, de dégager des tendances dans la population locale, et il peut être judicieux d'obtenir des données sur la santé et la mortalité dans la communauté auprès des autorités sanitaires locales. Toutefois, les taux de mortalité et les causes de décès dans la communauté peuvent ne pas être une source de référence fiable pour les prisons, en raison de la prévalence généralement élevée du VIH, de la tuberculose et d'autres maladies chez les détenus.

**Une analyse immédiate et approfondie est indiquée lorsque la mortalité: est supérieure au taux de référence de la prison; est liée à des maladies curables; ou excède le taux de référence régional. Les déterminants d'une mortalité élevée doivent être identifiés, et des mesures négociées avec les autorités. Un suivi étroit et des visites de suivi doivent aussi être programmés.**

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LA MORTALITÉ

- Quel est le système employé pour consigner les décès en détention? Est-il fiable?
- Calculez le taux de mortalité.
- Répertoirez les causes de décès. Précisez le nombre et la proportion de décès par cause. Relevez les éventuels décès dus à des maladies curables.
- Quelles sont les réglementations applicables aux examens et aux procédures post-mortem? (En règle générale, celles-ci sont précisées dans le règlement pénitentiaire et le code de procédure pénale national.)
- Examinez le registre des décès, les certificats de décès et les rapports d'examen post-mortem pour tous les décès survenus au sein de l'établissement pénitentiaire.
- Quels documents sont conservés concernant les détenus décédés dans l'hôpital de référence? Si la plupart des détenus sont décédés le jour de leur admission à l'hôpital, cela peut signifier qu'ils y sont adressés trop tardivement.
- Les décès sont-ils dus à des maladies à déclaration obligatoire? Autrement dit, les autorités sanitaires locales ou centrales doivent-elles être informées des décès dus à certaines causes? Quelles sont les maladies concernées? Quelles sont les statistiques récentes?
- Les familles reçoivent-elles un certificat de décès? Dans de nombreux contextes, ces certificats sont importants, car ils sont nécessaires pour régler les questions de succession.

### 5.3. La morbidité

Comme toute autre population, les personnes incarcérées peuvent contracter un grand nombre de maladies. Néanmoins, les maladies infectieuses et les troubles mentaux sont particulièrement fréquents dans les lieux de détention.

Dans de nombreux contextes, les détenus proviennent de milieux sociaux dans lesquels certaines **maladies infectieuses**, telles que le VIH, l'hépatite et la tuberculose, sont plus fréquentes. Les conditions générales de détention peuvent favoriser la propagation des maladies infectieuses en raison d'une mauvaise hygiène, d'un approvisionnement en eau ou d'un assainissement insuffisant, et d'une mauvaise hygiène alimentaire. La surpopulation, ainsi que la pression que celle-ci exerce sur les ressources, peut aussi favoriser la transmission des maladies. La toxicomanie, le sexe et la violence (y compris la violence sexuelle) chez les détenus peuvent accroître les risques pour la santé.

Les détenus atteints de **troubles mentaux** tendent à être exposés à un risque d'emprisonnement plus élevé, soit parce que ces troubles les conduisent à commettre un acte criminel, soit simplement parce qu'ils souffrent de tels troubles, en particulier dans les contextes où l'on ne tolère pas les comportements « inhabituels », ou les contextes dans lesquels il n'y a pas de services de santé mentale appropriés. Dans les sociétés où les conditions de vie des personnes atteintes de troubles mentaux sont difficiles, la situation en prison est pire encore. L'incarcération peut aussi provoquer ou favoriser le développement de troubles mentaux. Certaines conditions de détention ont des répercussions sur la santé mentale, notamment: le manque de contacts avec le monde extérieur, y compris les amis, les proches et les réseaux de soutien social; le manque d'occasions d'exercer une activité physique ou des activités récréatives; la rupture des liens personnels avec le travail, l'éducation ou la religion; les hiérarchies internes et la violence; et la privation de liberté et la perte d'indépendance. Les conséquences de l'incarcération sur la santé mentale peuvent se manifester par des symptômes psychosomatiques ou inexplicables, l'abattement ou la colère, et une augmentation des troubles psychiatriques et de l'incidence de l'automutilation et du suicide.

Bien qu'il ne soit pas cantonné à la détention, le recours à la grève de la faim, tant pour des raisons personnelles que pour protester contre un régime, est plus fréquent en milieu carcéral. De toute évidence, cela a également des répercussions sur la santé des détenus.

## Maladies fréquemment associées aux conditions de détention

**Affections cutanées:** par ex. infection fongique, gale, poux. Celles-ci peuvent être dues à un manque d'eau, une mauvaise hygiène, la surpopulation.

**Maladies oculaires:** par ex. trachome, conjonctivite. Elles sont associées à un manque d'eau et une mauvaise hygiène.

**Maladies respiratoires:** par ex. tuberculose, infections des voies respiratoires supérieures. Elles sont associées à la surpopulation, à l'humidité ambiante et à une mauvaise alimentation.

**Maladies gastro-intestinales:** par ex. diarrhée, fièvre typhoïde, choléra, parasitose intestinale. Transmission oro-fécale due à la contamination de l'eau, l'élimination inadéquate des déchets humains ou la présence de vecteurs.

**Hépatite A:** transmission oro-fécale.

**VIH, hépatites B et C:** maladies associées à la consommation de drogues injectables, aux relations sexuelles consensuelles et à la violence sexuelle.

**Infections sexuellement transmissibles:** dues à la violence sexuelle et aux relations sexuelles consensuelles.

### Maladies vectorielles

**Troubles mentaux:** associés à la surpopulation, au régime carcéral, aux mauvais traitements, à une pathologie préexistante.

**Symptômes inexpliqués:** les troubles psychosomatiques peuvent être la manifestation d'une souffrance.

## Mesurer la morbidité

Les épidémiologistes peuvent employer deux indicateurs différents pour évaluer la morbidité : l'incidence et la prévalence. L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas de maladie apparus au cours d'une période donnée. Elle nous renseigne sur la vitesse à laquelle une maladie se propage ou est diagnostiquée. La prévalence correspond au nombre de personnes atteintes de la maladie à un moment donné. Elle ne distingue pas les cas existants des nouveaux cas, mais nous renseigne sur la fréquence de la maladie à un moment précis.

Les calculs des taux d'incidence et de prévalence, exprimés en pourcentages, sont donnés ci-après :

**Incidence (%)** = nombre de nouveaux cas d'une maladie sur une période donnée / Taille de la population à risque de la maladie x 100

**Prévalence (%)** = nombre de personnes atteintes d'une maladie à un moment donné / Taille de la population à risque de la maladie x 100

Ces deux indicateurs fournissent des informations très différentes, mais peuvent être tout aussi utiles. La prévalence l'est parfois davantage que l'incidence pour mesurer l'impact de la maladie au sein de la communauté, et identifier les services de santé qui devront être mis en place. L'**incidence** peut en revanche être utile pour évaluer le risque de contracter la maladie. Une maladie chronique telle que le VIH/SIDA peut être associée à un faible taux d'incidence, mais un taux de prévalence relativement élevé, tandis qu'une maladie de courte durée, telle que le rhume, peut être associée à un taux d'incidence élevé, mais un taux de prévalence relativement faible.

## Les épidémies en prison

Une épidémie (ou éclosion) se déclenche lorsque le nombre de cas d'une maladie spécifique est plus élevé que prévu dans une région donnée, ou dans un groupe spécifique d'individus, sur une période précise. Les cas sont considérés comme étant liés les uns aux autres ou ayant une cause commune<sup>37</sup>.

Au cours de la visite d'un établissement pénitentiaire, s'il apparaît clairement que de nombreux détenus souffrent d'une maladie spécifique, le nombre de cas doit être quantifié. Pour ce faire, vous pouvez consulter le registre des consultations cliniques et discuter de la question avec le personnel médical de la prison. Si nécessaire, le taux de prévalence exact de la maladie peut être déterminé en examinant la population carcérale, ou un échantillon représentatif de détenus, afin de rechercher la maladie<sup>38</sup>.

N'oubliez pas qu'une épidémie **n'est pas** définie comme l'atteinte d'un seuil numérique spécifique, mais par un nombre *anormalement élevé* de cas. Cela dépend bien évidemment du nombre de cas jugé acceptable ou habituel. Aussi est-il fondamental de disposer de données de référence fiables sur la morbidité.

La confirmation d'une épidémie doit déclencher une évaluation immédiate et l'adoption de mesures de lutte.

---

37 Définition des centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC). Les termes « éclosion » (*outbreak*) et « épidémie » (*epidemic*) ont des définitions très similaires, et sont parfois utilisés de façon interchangeable. Cependant, le terme « éclosion » est plus fréquemment utilisé pour désigner les situations qui surviennent dans des zones géographiques ou des groupes de taille réduite, tels que les villages ou les villes, ou dans des institutions spécifiques telles que les prisons; le terme « épidémie » tend lui à être réservé aux situations impliquant un grand nombre d'individus et une zone géographique étendue.

38 Les CDC ont également publié un guide succinct, intitulé *Steps of an Outbreak Investigation*, accessible à l'adresse : <http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson6/section2.html>

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LA MORBIDITÉ

- Y a-t-il des maladies ou problèmes de santé dans la population carcérale qui peuvent être associés aux conditions de détention ? Quelle est la prévalence de la tuberculose, du VIH/SIDA, des infections sexuellement transmissibles et des hépatites B et C ? Quels facteurs spécifiques favorisent leur propagation ?
- Si la prison est confrontée à des maladies contagieuses ou des problèmes de santé, des programmes ont-ils été mis en place pour y remédier spécifiquement (par ex. promotion de la santé, mesures préventives, traitement) ? Par exemple, y a-t-il un programme de traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS) pour la tuberculose ? A-t-il été intégré au programme national de lutte contre la tuberculose ? Des mesures ont-elles été prises pour lutter contre le VIH/SIDA, les IST ou la toxicomanie ?
- Y a-t-il des conséquences sanitaires et/ou maladies dues à des problèmes spécifiques liés à l'hygiène, l'eau ou l'assainissement au sein de la prison ?
- Y a-t-il des conséquences sanitaires dues à des problèmes dans la chaîne alimentaire ?
- L'établissement pénitentiaire a-t-il été confronté à des épidémies ? Comment l'équipe médicale de la prison est-elle intervenue ?
- La prévalence des maladies suit-elle des variations saisonnières ?
- De quels troubles mentaux souffrent les détenus ?
- Quels facteurs, dans l'établissement pénitentiaire, peuvent accroître le risque de troubles mentaux ?
- Les autorités ont-elles conscience de l'existence de troubles mentaux ? L'administration pénitentiaire/des organisations extérieures mènent-elles des programmes pour prévenir ou traiter les troubles mentaux ?
- Comment les détenus souffrant de troubles mentaux sévères sont-ils pris en charge ? Quels sont les types de traitement disponibles ? Les détenus souffrant de troubles mentaux sévères sont-ils placés ailleurs (dans un service psychiatrique sécurisé) ?
- Les détenus souffrant de troubles mentaux sévères ont-ils présenté les symptômes avant ou *pendant* leur incarcération ?
- Les détenus souffrant de troubles mentaux sont-ils victimes d'une discrimination liée à l'habitat, la nourriture, l'eau ou l'accès aux services de santé ?

## La santé et la sécurité au travail

Le travail en milieu carcéral est toujours régi par les normes internationales et les réglementations nationales. Sur le plan médical, les professionnels de la santé de la prison peuvent notamment être amenés à procéder au bilan de santé obligatoire des détenus pour évaluer leur aptitude physique et mentale à travailler, ainsi qu'à évaluer la sécurité sur le lieu de travail, les horaires de travail et la charge de travail. Il est toutefois inapproprié que le personnel médical prenne part à ces bilans et évaluations si les travaux menés par les détenus leur sont imposés ou constituent une forme de sanction.

## QUESTIONS-TYPES CONCERNANT LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

- Un bilan de santé est-il pratiqué pour évaluer l'aptitude des détenus à travailler ? Ce bilan de santé tient-il compte de la nature de l'activité et des conditions de travail ?
- Quels sont les âges limites pour travailler en prison ?
- En quoi la sécurité sur le lieu de travail, les horaires de travail et la pénibilité du travail affectent-ils ou compromettent-ils la santé des travailleurs ?

## 5.4. La torture et les autres formes de mauvais traitement

S'il est déjà établi que des tortures ou d'autres formes de mauvais traitement sont infligées dans le lieu de détention, un médecin doit systématiquement faire partie de l'équipe chargée de visiter l'établissement. Il n'y a aucune exception à cette règle. Les allégations de torture peuvent être recueillies par le personnel non médical, mais les détenus concernés doivent ensuite être vus par le médecin.

Il incombe aux médecins formés à cet effet de compléter le travail de documentation générale des cas de mauvais traitement effectué par le personnel non médical en constituant la documentation clinique des conséquences médicales de ces mauvais traitements et, s'il y a lieu, la documentation médico-légale des faits présumés. Les professionnels de la santé sont les seules personnes autorisées à effectuer ce type d'évaluation et à solliciter l'accès aux dossiers des patients. L'assistance d'un médecin est donc requise dans toutes les situations où des mauvais traitements sévères sont infligés de façon fréquente ou systématique.

Dans la mesure où il bénéficie d'un accès privilégié au personnel médical du lieu de détention, ainsi qu'aux autorités responsables des questions médicales, le médecin qui visite l'établissement a également pour mission d'analyser les rôles et responsabilités du personnel médical ainsi que son éventuelle contribution aux mauvais traitements, et de faire en sorte, s'il y a lieu, de promouvoir l'indépendance des professionnels de la santé et le respect de la déontologie médicale.

Lorsque des détenus affirment avoir subi des tortures ou d'autres formes de mauvais traitement, le rôle du médecin consiste à évaluer les besoins de santé et, le cas échéant, à y répondre, en coordination avec les autorités. Le médecin qui visite l'établissement pénitentiaire doit veiller à ce que les individus ayant besoin d'un traitement soient pris en charge de façon adéquate, et aider et encourager le personnel médical de la prison à consigner les allégations et les conséquences physiques et mentales des mauvais traitements présumés dans le dossier médical des détenus. Lorsque le personnel médical pénitentiaire refuse ou n'est pas en mesure de le faire, le médecin qui visite la prison doit consigner les mauvais traitements présumés, en prenant particulièrement soin d'expliquer au détenu l'usage qui pourra être fait de cette allégation, et en veillant à obtenir son consentement éclairé.

Une attention particulière doit être portée aux cas de mauvais traitements, en gardant toujours à l'esprit le principe consistant à « ne pas nuire ». Le médecin qui visite l'établissement pénitentiaire peut apporter un peu de réconfort aux victimes de mauvais traitements en écoutant leur récit avec bienveillance, et en les informant non seulement des répercussions possibles des mauvais traitements qu'ils ont subis, mais aussi des moyens d'y remédier. Les détenus peuvent faire confiance à l'indépendance du médecin en visite, et apprécier l'opinion médicale et le réconfort offerts par un professionnel extérieur à la prison.

Le médecin en visite et le personnel médical pénitentiaire doivent respecter la déontologie médicale lorsqu'ils effectuent les examens, prodiguent des soins et consignent leurs observations.

Au cours des conversations avec les victimes de tortures ou d'autres formes de mauvais traitement, il convient de garder à l'esprit que la plupart des détenus, dans de telles circonstances, auront des difficultés à communiquer ou exprimer leur souffrance ; il est donc important de s'adresser à eux avec discernement. Par ailleurs, n'oubliez pas que les individus de cultures différentes gèrent ce problème différemment. Certains ressentent le besoin de « s'ouvrir » à d'autres, et de surmonter leurs réactions, quand d'autres préfèrent interioriser leurs

pensées et sentiments et ne pas les partager, en raison d'un sentiment de culpabilité ou de honte. Le médecin doit gagner la confiance du détenu et créer un climat propice à l'échange d'informations difficiles ou douloureuses; personne d'autre ne doit assister à l'entretien. Le rôle de l'équipe d'évaluation s'agissant des mauvais traitements doit être expliqué aux détenus concernés, ainsi que les limites applicables à son travail.

Les étapes à suivre pour constituer la documentation médicale des tortures ou mauvais traitements subis par les détenus sont présentées de façon détaillée dans un certain nombre de publications<sup>39</sup>. Cette documentation doit comprendre des informations sur: ce qui a été fait, par qui, quand et où; les soins médicaux prodigués; la guérison des éventuelles blessures causées; les observations cliniques lors de l'examen pratiqué par le médecin en visite, et leur concordance avec l'allégation de mauvais traitement.

Il peut être prudent, lorsque l'on traite avec les autorités concernées et rédige des rapports que celles-ci pourront lire, de se référer aux définitions légales de la torture et des autres formes de mauvais traitement. Soyez clairs concernant les allégations à porter à la connaissance des autorités, et si un consentement explicite n'a pas été obtenu, assurez-vous que la source des allégations ou des preuves ne peut être identifiée.

Le processus de documentation médicale des tortures et autres formes de mauvais traitement comporte trois étapes principales :

1. La description de chaque forme de mauvais traitement. Celle-ci doit préciser : quand le mauvais traitement a été infligé; ce que la victime portait; si elle était assise, debout, allongée ou attachée à une table; et si elle avait les yeux bandés, était ligotée, menottée, etc.

Il convient de noter que les mauvais traitements englobent la violence psychologique (menaces verbales, insultes, jurons, cris) au même titre que la violence physique; de tels faits doivent donc être documentés.

Les mauvais traitements comprennent également les conditions dans lesquelles la personne a été arrêtée, si celles-ci ont des conséquences physiques et psychologiques et si elles ont été imposées avec l'intention d'anéantir la personne. Il peut par exemple être pertinent de consigner les conditions de détention, notamment l'hygiène, l'état des toilettes, la taille de la cellule ou le refus de fournir de la nourriture ou prodiguer des soins médicaux, celles-ci pouvant être considérées comme des facteurs aggravants.

39 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Protocole d'Istanbul: Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, 2004. HR/P/PT/8/Rév.1. Accessible à l'adresse: <http://www.ohchr.org>

International Rehabilitation Council for Torture Victims, *Preventing Torture through Investigation and Documentation* [site Internet]. Accessible à l'adresse: <http://www.irct.org/Default.aspx?ID=1396>

M. Staiff, "Visits to detained torture victims by the ICRC (I): Management, documentation, and follow-up," *Torture*, Vol. 10, No. 1, 2000, p. 4-7.

M. Staiff, "Visits to detained torture victims by the ICRC (II): The psychological impact of visits and interviews with detained torture victims," *Torture*, Vol. 10, No. 2, 2000, p. 41-44. Accessible à l'adresse: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jqun.htm>

H. Reyes, "Doctors in prison: Documenting torture in detention," *Torture*, Vol. 18, No. 3, 2008, p. 176-182. Accessible à l'adresse: [http://www.irct.org/Files/Filer/TortureJournal/18\\_03\\_2008/176-182\\_Doctors\\_in\\_prison.pdf](http://www.irct.org/Files/Filer/TortureJournal/18_03_2008/176-182_Doctors_in_prison.pdf)



Toutes les allégations de participation du personnel médical doivent également être consignées. Cette participation peut prendre différentes formes: la participation directe (rôle actif), la participation indirecte (conseil de méthodes ou perfectionnement de techniques), et la participation par omission (falsification d'examens ou rapports médicaux).

Il convient de noter que les mauvais traitements sont plus fréquents au cours de la phase d'arrestation et d'incarcération immédiate; ils peuvent également être infligés dans les prisons, mais tendent alors à être liés à des règles disciplinaires et sanctions (officielles et non officielles).

2. La description des conséquences, physiques et mentales, immédiatement après les faits en question. Celle-ci doit répertorier les plaies ouvertes, les ecchymoses et la perte de la fonction des membres, ainsi que les éventuelles conséquences adverses sur la santé mentale ou émotionnelle du détenu pendant les mauvais traitements ou peu de temps après. Les détenus doivent par ailleurs être interrogés sur le traitement médical reçu et leur guérison (séquelles) après les violences. Il s'agit d'un aspect essentiel de la documentation qui permet de corroborer les mauvais traitements, même en l'absence de conséquences durables. En d'autres termes, même si la personne peut ne pas montrer de signes physiques de mauvais traitement lors de la consignation des faits, sa description des événements peut fournir des preuves importantes et confirmer ses allégations.
3. La dernière étape du processus consiste à déterminer si la torture ou les mauvais traitements ont des répercussions physiques ou psychologiques chroniques; interroger le détenu sur les traitements reçus récemment; et pratiquer un examen clinique et mental.

### Mauvais traitements avant l'incarcération

- Des mauvais traitements ont-ils été infligés dans des lieux de détention officiels (postes de police, par exemple) ou dans des lieux informels/secrets ?
- Les individus subissent-ils systématiquement des mauvais traitements dans ce contexte ?
- Quelle était la nature des mauvais traitements ? Sous quelles formes ont-ils été infligés ?
- Quelles étaient les conditions générales de détention ?

### Mauvais traitements dans l'enceinte de la prison

- Quelles formes de sanction le règlement pénitentiaire autorise-t-il ? L'isolement cellulaire ? L'isolement cellulaire prolongé ? D'autres formes de régime restrictif ? L'enchaînement ? Qui décide de la nature de la sanction ? Quelles mesures de précaution ont été prises pour éviter les abus ?
- Les sanctions non officielles sont-elles appliquées par les surveillants pénitentiaires ou d'autres détenus assumant le rôle de gardiens ?
- Y a-t-il des mauvais traitements liés à la violence ou aux hiérarchies entre les détenus ?
- Quelle est la nature des mauvais traitements ? Quelles formes prennent-ils ?

Suivez toujours le processus en trois étapes pour constituer la documentation médicale de la torture/des mauvais traitements.

## 5.5. Les dossiers médicaux individuels

Le médecin qui visite la prison doit organiser des entretiens médicaux et pratiquer des examens auprès d'un échantillon de détenus afin de recueillir des informations sur l'état de santé général de la population et la qualité des soins médicaux dispensés par l'administration pénitentiaire. L'échantillon de détenus doit comprendre des individus en bonne santé provenant de différentes zones de la prison, ainsi que des détenus malades identifiés par d'autres détenus et l'administration, ou par observation directe.

Il est important de préciser clairement aux détenus, ainsi qu'au personnel pénitentiaire, que les professionnels de la santé en visite chargés d'évaluer la prison ne prodigueront pas de soins aux détenus. S'ils rencontrent des détenus gravement malades qui n'ont pas bénéficié de soins médicaux appropriés, ils doivent en informer les autorités au terme de la visite, ou immédiatement en cas d'urgence. Ces cas doivent servir d'exemples pour illustrer les défaillances du système de soins, afin que des améliorations puissent être apportées pour l'ensemble de la population carcérale. L'objectif ne consiste pas à dresser une liste de tous les détenus ayant besoin d'une forme de prise en charge médicale : l'administration pénitentiaire sera plus encline à assurer un suivi des listes répertoriant uniquement les cas médicaux graves, plutôt que celles des détenus souffrant de maux mineurs.

### Les demandes de libération pour raisons médicales

Les demandes de libération des détenus gravement malades sont parfois prises en considération. Ces demandes ne doivent pas être formulées de façon systématique, mais être réservées aux cas graves ; autrement, de telles interventions commenceraient à manquer de crédibilité. Lorsque les détenus sont remis en liberté dans de telles circonstances, on parle de libération par « compassion », pour raison « humanitaire » ou simplement « médicale ». Tous les pays n'ont pas de base juridique ou de procédures régissant la libération des détenus pour raisons médicales. La libération pour raisons médicales peut être sollicitée pour un certain nombre de raisons, par exemple : le détenu souffre d'une maladie ou d'un handicap grave, chronique et invalidant(e) pour lequel/laquelle la prison n'est pas en mesure de dispenser des soins appropriés (par ex. paralysie permanente, troubles mentaux sévères, ou démence), et/ou le maintien en détention entraînerait une détérioration de cette maladie, qui pourrait être évitée dans d'autres circonstances ; le détenu est atteint d'une maladie en phase terminale et sa libération lui permettrait de mourir dignement chez lui ou dans tout autre cadre approprié. D'autres facteurs peuvent également être pris en considération, par exemple l'âge et la vulnérabilité du détenu, le risque de récidive, le danger que le détenu représente pour la société et les conditions de détention globales.

### Entretiens privés avec les détenus

- Brossez un tableau de l'état de santé de la population carcérale. Identifiez les mauvais traitements ou la torture. Détectez les éventuels problèmes au sein du système de santé pénitentiaire.
- Y a-t-il des cas qui révèlent des défaillances spécifiques du système de santé ? Y a-t-il des cas de maladies graves qui justifient une discussion avec les autorités, dans le but de garantir l'accès aux soins de santé indispensables, ou de procéder à une libération pour raison humanitaire ou médicale ?
- Les cas portés à la connaissance de l'administration pénitentiaire doivent faire l'objet d'un suivi lors des visites ultérieures.

**N'oubliez pas que les professionnels de la santé qui effectuent la visite de l'établissement sont tenus au secret médical en toutes circonstances.** L'accès aux diagnostics posés et aux antécédents médicaux des détenus malades doit être protégé et limité ; les patients individuels doivent rester anonymes lorsque des données les concernant sont présentées dans des rapports internes. Les noms des détenus malades peuvent être transmis aux autorités afin qu'ils bénéficient d'un suivi médical, ou puissent être libérés pour raison médicale ou humanitaire, **sous réserve qu'ils aient donné leur consentement.**



## 6. RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

La liste qui suit, loin d'être exhaustive, propose un certain nombre de ressources complémentaires ayant trait à la santé en milieu carcéral.



**La santé en prison: Un guide de l'OMS sur l'essentiel de la santé en milieu carcéral.** Édité par Stefan Enggist, Lars Møller, Gauden Galea et Caroline Udesen. OMS Europe, Copenhague, 2014.

Accessible à l'adresse :

<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>

189 pages. Anglais, russe et arabe.

Ce guide complet sur la santé et les soins en milieu carcéral comporte des chapitres sur les soins de santé primaires, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé dentaire, les problèmes d'éthique en matière de santé carcérale, et la toxicomanie. S'il est principalement axé sur les soins de santé et la prestation de services de qualité, ce guide de l'OMS encourage néanmoins l'adoption d'une approche globale à l'échelle de l'établissement pénitentiaire, en assurant la promotion de la santé et du bien-être des personnes incarcérées. Voir également le projet Santé en prison de l'OMS/Europe.



**La bonne gouvernance de la santé carcérale au XXIe siècle. Une synthèse sur l'organisation de la santé en prison**

### Documents du CICR



« **La protection des détenus: l'action du CICR derrière les barreaux.** » Alain Aeschlimann. *Revue internationale de la Croix-Rouge*, Vol. 87, n° 857, mars 2005, p. 33-76.

Accessible à l'adresse :

[https://www.icrc.org/fre/assets/files/other/irrc\\_857\\_aeschlimann.pdf](https://www.icrc.org/fre/assets/files/other/irrc_857_aeschlimann.pdf)

39 pages. Anglais et français.

Cet article décrit les principes et objectifs des activités du CICR en matière de détention ; les caractéristiques et contraintes de l'approche adoptée par le CICR ; et le contexte juridique et historique sur lequel repose l'intervention du CICR.



**Le rôle du médecin dans les visites du CICR aux prisonniers.** Hernán Reyes. CICR, Genève, 1994.

Accessible à l'adresse :

<https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzeua.htm>

Une description succincte (3 000 mots) du rôle du médecin détention du CICR.

**Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) face à la torture et aux traitements cruels, inhumains ou dégradants infligés aux personnes privées de liberté**, doctrine adoptée par le Conseil de l'Assemblée du CICR le 9 juin 2011. *Revue internationale de la Croix-Rouge*, Vol. 93, n° 882, 2011. p. 383-399.

Accessible à l'adresse :

<https://www.icrc.org/fre/assets/files/review/2011/irrc-882-policy-torture.pdf>

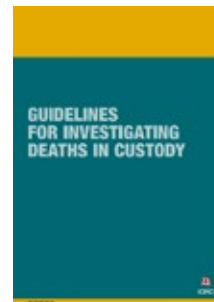
Une doctrine qui réaffirme l'engagement du CICR en faveur de l'éradication de la torture et explique les politiques et pratiques de l'institution.



**Guidelines for Investigating Death in Custody**, octobre 2013.

Accessible à l'adresse :

<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4126.pdf>



**Eau, assainissement, hygiène et habitat dans les prisons, 2<sup>e</sup> éd.** Pier Giorgio Nembrini. CICR, Genève, 2013. (Référence de publication du CICR: 0823)

Accessible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p0823.htm>

128 pages. Disponible en français au format pdf en ligne. Disponible en : arabe, chinois, anglais, français.

Ce manuel illustré et facile à lire fournit des conseils techniques pour adopter des mesures concrètes en vue d'améliorer les conditions matérielles dans les prisons. Si l'on retrouve une partie de son contenu dans le chapitre 2 de notre *Guide pratique sur la santé en milieu carcéral*, le manuel *Eau, assainissement, hygiène et habitat dans les prisons* est néanmoins plus détaillé et constitue une précieuse source d'informations approfondies sur ces questions.



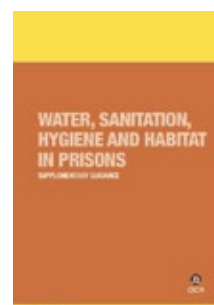
**Eau, assainissement, hygiène et habitat dans les prisons. Guide complémentaire.**

CICR, Genève, 2013. Accessible à l'adresse :

<https://www.icrc.org/fre/assets/files/other/icrc-001-0823.pdf>

92 pages. Disponible en anglais et en français.

Un guide pratique complémentaire élaboré afin de compléter le manuel intitulé *Eau, assainissement, hygiène et habitat dans les prisons*. Ce document, qui se veut plus complet et applicable à la grande diversité des prisons dans le monde, comporte des chapitres sur les femmes, les jeunes filles et les enfants et les jeunes dépendants.



## L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION EN DÉTENTION

**Livret 1 : Concepts de base de la nutrition dans les lieux de détention** (2015).

**Livret 2 : Évaluation de la situation alimentaire et nutritionnelle dans les lieux de détention** (2015)

**Livret 3 : Les programmes alimentaires et nutritionnels dans les lieux de détention** (2016)

CICR, Genève. Tous accessibles à l'adresse : <http://intranet.gva.icrc.priv/ecosec/topics/nutrition/index.jsp>

### Documents des Nations Unies

Les Nations Unies ont publié de nombreux documents pertinents au regard des activités du CICR en milieu carcéral. La plupart de ces publications sont accessibles sur le site Internet *Refworld* ([www.refworld.org](http://www.refworld.org)) de l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR).

**L'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus** a initialement été adopté par le Premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants tenu à Genève en 1955. Sa révision a été mandatée par la Résolution de l'Assemblée générale 65/230 du 21 décembre 2010, qui appelait la Commission des Nations Unies pour la prévention du crime et la justice pénale à constituer un groupe d'experts pour échanger des informations sur les meilleures pratiques, la législation nationale et le droit international existant, et réviser l'Ensemble de règles minima existant afin de tenir compte des avancées réalisées en matière de science pénitentiaire et de meilleures pratiques. Le CICR (JUR, DET, ASSIST) a été activement impliqué dans les réunions du groupe d'experts convoquées par l'UNODC au nom des États. L'Ensemble de règles minima révisé (les « Règles Nelson Mandela »), adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015, est une source importante d'inspiration et d'orientation pour déterminer quelles solutions doivent être appliquées dans les lieux de détention, et quelles dispositions doivent être intégrées aux législations, réglementations et pratiques nationales pour orienter les administrations pénitentiaires et d'autres organes étatiques chargés de gérer les lieux de détention, afin de s'assurer que le droit international et les normes universellement reconnues relatifs à la protection des détenus continuent à fournir des principes directeurs actualisés sur la manière de respecter leur dignité et leur valeur intrinsèques en tant qu'êtres humains. Pour en savoir plus sur l'Ensemble de règles minima et ses implications pour les politiques et pratiques, se référer à : *Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice* (2001), téléchargeable sur le site international de Penal Reform International : [www.penalreform.org](http://www.penalreform.org), et toujours pertinent bien qu'il soit antérieur à la révision de l'Ensemble de règles minima.

**Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants**, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1984, A/RES/39/46

(Accessible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

(« Protocole d'Istanbul »). Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2004, HR/P/PT/8/Rév.1.

(Accessible à l'adresse : <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/pendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2>)

Le *Protocole d'Istanbul* constitue un ensemble exhaustif de lignes directrices pour évaluer les cas de torture et de mauvais traitement, et signaler ces cas aux organes chargés des enquêtes et des poursuites judiciaires.

**Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment.** Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Septembre 2008.

Accessible à l'adresse : <http://www.refworld.org/docid/4a096b0a2.html>

117 pages.

Comporte des chapitres axés sur les besoins spécifiques des femmes détenues et la gestion des prisons pour femmes.

**Handbook on Prisoners with Special Needs.** Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Mars 2009.

Accessible à l'adresse :

<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?docid=4a0969d42>

179 pages.

Ce manuel décrit les besoins de certains groupes d'individus vulnérables dans les populations carcérales, cite des normes internationales applicables et formule des recommandations. Il comporte des chapitres sur : les détenus ayant des besoins en santé mentale ; les détenus souffrant de handicaps physiques ; les minorités ethniques et raciales ; les ressortissants étrangers ; les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels et les transsexuels ; les détenus âgés ; les détenus atteints de maladies en phase terminale ; et les détenus condamnés à mort.



## Autres sources utiles

**Association médicale mondiale.** [www.wma.net](http://www.wma.net)

La seconde édition (2009) du *Manuel d'éthique médicale* peut être téléchargée gratuitement sur le site Internet de l'Association médicale mondiale. Ce manuel, initialement destiné à servir de guide didactique aux étudiants en médecine, constitue une excellente introduction à la déontologie médicale.

Le site Internet de l'AMM permet d'accéder à divers autres documents utiles, notamment : la Déclaration de Malte de l'AMM sur les grévistes de la faim (1991/1992/2006) ; la Déclaration d'Édimbourg de l'AMM sur les conditions carcérales et la propagation de la tuberculose et autres maladies transmissibles (2000/2011) ; et la Résolution de l'AMM sur la responsabilité des médecins dans la documentation et la dénonciation des actes de torture ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants (2003/2007).

Le site de l'AMM offre également l'accès à une formation gratuite sur Internet (« Les médecins de prison : droits de l'homme et dilemmes éthiques »), mise au point par l'Association médicale norvégienne et l'AMM, et destinée au personnel médical qui exerce en milieu carcéral.



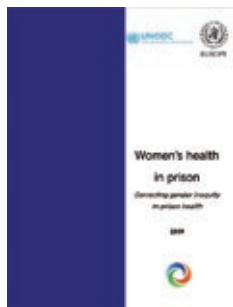
## Médecins Sans Frontières (MSF)

MSF met gratuitement à disposition plusieurs livres de référence en ligne, à l'adresse : <http://www.refbooks.msf.org/>

On y trouve notamment les titres suivants : *Tuberculose ; Rougeole ; Obstétrique en situation d'isolement ; Refugee Health* (anglais) ; *Rapid Health Assessment of*



*Refugee or Displaced Populations* (anglais); *Public Health Engineering* (anglais); *Médicaments essentiels*; *Guide clinique et thérapeutique*.



**La santé des femmes en milieu carcéral : Éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons.** Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. 2009.

Accessible à l'adresse :

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2011/womens-health-in-prison-action-guidance-and-checklists-to-review-current-policies-and-practices>

En anglais et en russe.

Les besoins des femmes incarcérées sont souvent négligés; ce document en apporte la preuve et plaide en faveur d'un changement. Il met en avant l'incidence élevée des pathologies mentales, de l'alcoolisme, de la toxicomanie, et des violences sexuelles et physiques chez les femmes détenues, ainsi que les besoins de santé sexospécifiques et les responsabilités familiales des femmes.



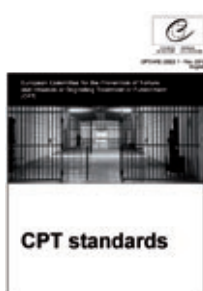
**Manuel de référence. L'isolement cellulaire.** Sharon Shalev. Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics, Londres, 2008.

Accessible à l'adresse :

[http://www.solitaryconfinement.org/manuel\\_de\\_reference\\_lisolement\\_cellulaire](http://www.solitaryconfinement.org/manuel_de_reference_lisolement_cellulaire)

107 pages. Anglais, chinois, espagnol, français, russe.

Ce manuel montre les répercussions de l'isolement cellulaire sur la santé, ainsi que les préjudices qu'il entraîne; il décrit le rôle des professionnels de la santé; et définit des lignes directrices éthiques et la jurisprudence relative aux droits de l'homme.



**Normes du CPT. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).**

Le CPT a été institué en 1987 par le Conseil de l'Europe afin de prévenir les mauvais traitements à l'égard des personnes privées de liberté en Europe. Les **normes du CPT** regroupent différentes sections des *Rapports généraux annuels* du CPT, afin de préciser clairement la manière dont les détenus doivent être traités. Ces normes comprennent des chapitres sur les femmes, les jeunes, les soins psychiatriques et les services de santé en milieu carcéral. (Accessibles à l'adresse : <http://www.cpt.coe.int/fr/docsnormes.htm>)

**Medical Investigation and Documentation of Torture: A Handbook for Health Professionals.** Michael Peel, Noam Lubell et Jonathan Beynon. Human Rights Centre, University of Essex, 2005. Disponible en ligne, gratuitement.

Ce manuel porte sur le même sujet que le *Protocole d'Istanbul*, mais sous une forme plus accessible et conviviale.

# ANNEXE : NORMES RELATIVES À LA SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL

**REMARQUE :** Ces normes n'ont pas de valeur absolue, uniquement une valeur INDICATIVE.

<b>Normes relatives à l'habitat</b>		
Espace global disponible dans l'enceinte de la prison	20–30 m <sup>2</sup> /personne	(CICR)
Surface au sol minimale dans les cellules	3,4-5,4 m <sup>2</sup> /personne	(CICR)
<b>Normes relatives à l'approvisionnement en eau</b>		
Approvisionnement minimal par personne pour tous les besoins	10-15 litres/personne/jour	(CICR)
Nombre de points d'eau	1-2 robinets/100 personnes (minimum absolu)	(CICR)
Débit des robinets	10 litres/minute (minimum absolu: 3-5 litres/minute)	(CICR)
<b>Normes relatives aux réserves d'eau</b>		
Capacité de réserve pour l'ensemble du site	15-20 litres/personne	
Réserves minimales pour la nuit dans les cellules	2 litres/personne/nuit	
<b>Normes relatives à l'hygiène personnelle</b>		
Accès aux douches	1 douche pour 25 personnes	(CICR)
	Au minimum 1 douche/semaine	(ERM)
	1 douche/jour en cas d'exercice physique intense ou si les conditions climatiques l'imposent	
Savon	100 à 150 grammes/par personne/mois	(CICR)
<b>Normes relatives à l'assainissement</b>		
Latrines	1 pour 20 personnes (optimal)	(SPHERE)
	1 pour 50 personnes (minimum)	(CICR)
<b>Normes relatives aux déchets solides</b>		
Déchets solides	Un contenant couvert de 100 litres pour 50 personnes	
<b>Normes relatives au stockage des aliments</b>		
Magasin alimentaire	Minimum 50 m <sup>2</sup> /1 000 personnes	(CICR)

**Normes relatives à la préparation des aliments**

Capacité de cuisson nécessaire	Marmite de 1,2-1,4 litre/personne	(CICR)
Stock d'eau en cuisine	1 litre/personne/jour	(CICR)

**Catégories d'IMC**

État nutritionnel satisfaisant	> 18,5
Malnutrition modérée	16,1-18,4
Malnutrition sévère	< 16,0

**Recours aux services de santé anticipé**

Nombre de consultations par jour	1-3 % de la population/jour
Hospitalisation	1/10 000 personnes/jour

**Taux brut de mortalité (TBM) de référence par région (décès/10 000/jour)<sup>40</sup>**

Régions	TBM de 2004 (référence)	TBM (crise sanitaire)
Afrique sub-saharienne	0,44	0,9
Moyen-Orient, Afrique du Nord	0,16	0,3
Europe centrale/de l'Est, CEI, pays baltes	0,30	0,6
Asie de l'Est/Pacifique	0,19	0,4
Asie du Sud	0,25	0,5
Amérique latine, Caraïbes	0,16	0,3
Pays les moins développés	0,38	0,8
Pays industrialisés	0,25	0,5

À titre d'exemple, au Moyen-Orient ou en Afrique du Nord, un taux de mortalité en prison supérieur à 0,3/10 000/jour (soit 3 décès par mois dans une prison comptant 1 000 détenus) révèle une crise sanitaire grave.

40 Le Projet Sphère, *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, Le Projet Sphère, Genève, 2004, p. 261.



## **MISSION**

Organisation impartiale, neutre et indépendante, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a la mission exclusivement humanitaire de protéger la vie et la dignité des victimes de conflits armés et d'autres situations de violence, et de leur porter assistance. Le CICR s'efforce également de prévenir la souffrance par la promotion et le renforcement du droit et des principes humanitaires universels. Créé en 1863, le CICR est à l'origine des Conventions de Genève et du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, dont il dirige et coordonne les activités internationales pendant les conflits armés et les autres situations de violence.



CICR