





# TABLE DES MATIERES

<b><i>Remerciements</i></b>	1
<b><i>Introduction</i></b>	2
<b><i>Déclaration de Kampala sur la santé en prison en Afrique</i></b>	3
<b><i>Cérémonie d'ouverture</i></b>	
Communication de Rosemary Wool	6
Discours d'ouverture de Ahmed Othmani *	8
<b><i>Plénières</i></b>	
La santé en prison en Afrique : état des lieux - Dr Pandya	10
Les standards et instruments internationaux relatifs à la santé en prison - Elio Corvaja *	13
La santé en prison au Burkina Faso - Médard Voho	18
La transmission du virus du sida : compte rendu d'une étude menée dans certaines prisons du Malawi - Dr. DeGabriele *	21
Centre spécialisé de détention et de réinsertion pour femmes et mineurs du Mali - Céline Rousselin	24
Le rôle des ONG en matière de santé en prison - le cas du Nigéria Dr. Anthony Okwuosah *	30
<b><i>Communications écrites</i></b>	
Les projets en cours au Nigeria pour réformer la santé en prison	35
Administration pénitentiaire du Nigeria	35
Le VIH/sida en prison - le cas de la Namibie - M. Nyoka	39
Appel de l'Aumônerie catholique des prisons de Madagascar	43
<b><i>Travaux de groupe *</i></b>	
Connaissance des standards et instruments internationaux en matière de santé en prison	44
La pratique et l'utilisation des standards et instruments internationaux en matière de santé en prison	45
Quelles mesures devraient être prises par les gouvernements et les institutions internationales lorsque les standards et instruments internationaux ne sont pas respectés ?	47
Les conséquences de la vie carcérale sur la santé	48
Les soins de santé : disponibilité et accès	50
La santé des prisonniers vulnérables	51
<b><i>Cérémonie de clôture</i></b>	
Allocution de Ahmed Othmani *	53
Allocution du Professeur Dankwa *	54
Allocution de Joseph Etima *	55

<b><i>Programme</i></b>	56
<b><i>Liste des participants</i></b>	58
<b><i>Annexes</i></b>	
Instruments internationaux de référence sur la santé en prison	64
Bulletin officiel - Extrait du règlement pénitentiaire du Maroc	66
Séminaire de sensibilisation MST/sida dans les prisons africaines	73
Les prisonniers en Ouganda ont-ils des raisons de célébrer l'anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme ? Doreen Nakasaga Lwanga *	74
Bibliographie sur la santé	76

Les articles marqués \* ont été traduit de l'anglais par Régine Temam



## REMERCIEMENTS

**P**enal Reform International exprime ses plus sincères remerciements à NORAD qui a financé ce séminaire dans le cadre de son soutien au travail du Rapporteur spécial de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples sur les prisons et les conditions de détention en Afrique. PRI remercie également l'administration pénitentiaire d'Ouganda, qui a co-organisé et accueilli cette réunion, tout en apportant un soutien constant à chaque étape. M. Etima, Directeur de l'Administration pénitentiaire d'Ouganda et Dr Kurt Neudek, Directeur adjoint et Conseiller spécial méritent une reconnaissance particulière.

Cet atelier s'est tenu sous les auspices de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Des remerciements particuliers sont adressés au Pr. Dankwa, Président de la Commission et Rapporteur spécial sur les prisons et les conditions de détention en Afrique qui, en dépit d'un emploi du temps très chargé, a réussi à venir à Kampala et a contribué de façon décisive aux débats.

Le personnel et la direction de l'hôtel Fairway à Kampala, où s'est tenu l'atelier, sont également remerciés pour leur dévouement, leur compréhension et leur soutien. Enfin, les interprètes et traducteurs qui ont gracieusement assuré l'interprétariat lors du séminaire et la traduction de certains textes pour la présente publication méritent un chaleureux coup de chapeau et notre plus profonde gratitude.



## INTRODUCTION

L'atelier de Kampala sur la santé en prison a réuni, en décembre 1999, près de 80 personnes venues de toute l'Afrique et au-delà pour partager leurs expériences sur ce sujet. Médecins, Directeurs d'administrations pénitentiaires et chercheurs ont travaillé ensemble pour rassembler des informations et proposer des orientations en matière de soins. Ils ont élaboré et adopté la Déclaration de Kampala sur la santé en prison en Afrique, ainsi qu'une série de recommandations à l'égard des gouvernements, des ONG et des donateurs.

Cet atelier s'inscrivait dans la préparation la Conférence panafricaine sur la santé en prison que l'Administration pénitentiaire ougandaise souhaite organiser. Il visait à poser les bases du débat et mettre en évidence les questions les plus urgentes. Les travaux en groupe ont permis d'aborder un certain nombre de sujets et de proposer des pistes d'actions concrètes.

Ces Actes, au-delà des débats de l'atelier, présentent des informations sur différentes expériences africaines que les participants ont souhaité partager avec leurs confrères. Ils ont pour ambition de servir de support à la réflexion et à l'action, d'inviter tous les responsables concernés à porter un regard différent sur la question, et surtout d'inciter les africains à se doter d'un outil commun pour promouvoir un plus grand respect du droit élémentaire à la santé dans les prisons.

La plupart des Etats africains manquent cruellement de ressources. La situation s'aggrave lorsque l'on parle de prisons. Toutefois, les participants étaient bien conscients que ce problème ne pouvait être continuellement invoqué pour justifier des situations souvent catastrophiques. Certaines mesures simples et peu coûteuses - telles que l'information et la sensibilisation - sont susceptibles de contribuer à une amélioration. De même, la société civile, la communauté doivent être activement impliquées dans le processus conduisant à une meilleure prise en charge sanitaire des détenus. Il a été souligné à plusieurs reprises que la santé des détenus concernait toute la population. Les personnes emprisonnées sont appelées à sortir un jour de derrière les murs ; ceux qui travaillent dans la prison retrouvent chaque jour leur famille, leurs amis. Autant de vecteurs de transmission des maladies qui peuvent avoir des conséquences graves sur les communautés.

Bref, la santé en prison est l'affaire de tous. Espérons que cette première réunion, et la diffusion du résultat de ses travaux, auront contribué à faire avancer le débat et suscité des idées nouvelles pour progresser vers des prisons plus humaines.



# DÉCLARATION DE KAMPALA SUR LA SANTÉ EN PRISON EN AFRIQUE

Considérant le mauvais état sanitaire des prisons d'Afrique,

Considérant que des principes de bonne gestion et des mesures garantissant d'une bonne santé devraient être promus et mis en pratiques dans les prisons africaines,

Les participants à l'atelier sur la santé en prison qui s'est tenu à Kampala les 12 et 13 décembre 1999, recommandent aux organisations non gouvernementales, aux donateurs, aux gouvernements et aux organisations inter-gouvernementales, des mesures visant à réformer et améliorer la santé dans les prisons d'Afrique.

## *Etat des lieux de la santé dans les prisons d'Afrique*

Les conditions de détention dans les prisons en Afrique représentent une menace pour la vie et la santé de la population carcérale et de la société dans son ensemble ; les taux de mortalité et de morbidité sont élevés ; l'état sanitaire des prisons est sans commune mesure avec celui prévalant à l'extérieur.

### **Problèmes structurels**

Les ressources affectées aux prisons par les gouvernements sont très réduites, en particulier pour l'amélioration de la santé et de la formation des personnels.

Le personnel médical bénéficiant d'une formation correcte est insuffisant en nombre et les conditions de travail ne sont pas suffisamment attractives pour que des médecins viennent travailler en prison.

L'accès aux soins médicaux est difficile, les médicaments et les équipements sont insuffisants. L'accès aux équipements sanitaires à l'extérieur de la prison reste en outre difficile.

La tenue des registres est déficiente.

La confidentialité et l'intimité ne sont pas respectées.

Le système manque de transparence.

Les plaintes des prisonniers ne reçoivent que peu d'attention.

La société se désintéresse du sort des prisonniers.

### **Les conditions générales de détention**

Le recours excessif à la détention préventive entraîne une surpopulation qui aggrave la promiscuité et facilite la propagation de maladies dans et à l'extérieur de la prison. Dans de nombreux pays, le taux de personnes en détention préventive approche ou dépasse les 70%.

Les conditions de vie sont précaires : locaux insalubres, manque de ventilation, de couchage, de vêtements, de possibilités d'exercices physiques.

La prolifération des vecteurs de transmission de maladies comme les moustiques n'est pas contrôlée.

La consommation de drogues et les actes de violence sont des phénomènes récurrents dans de nombreuses prisons.

Les possibilités de travail et d'activités récréatives pour les personnes détenues sont insuffisantes, de même que le soutien moral et spirituel proposé aux détenus, ce qui a des incidences sur la santé des prisonniers.

Des soins particuliers sont nécessaires pour les groupes vulnérables (les enfants nés en prison, les toxicomanes, les adolescents, les étrangers, les personnes âgées, les femmes, les alcooliques) ; or les systèmes pénitentiaires ne sont en général pas équipés pour répondre à ces besoins spécifiques.

## **Problèmes relevant spécifiquement du domaine de la santé**

Les installations sanitaires et les systèmes d'évacuation des eaux usées sont généralement insuffisants.

Le régime alimentaire n'est pas satisfaisant.

Le taux de prévalence des maladies infectieuses et contagieuses comme la tuberculose et le sida est élevé. Il n'y a pas d'installations adaptées pour accueillir les malades en phase terminale ni de dépistage des maladies contagieuses.

La population carcérale est peu informée sur les questions de santé, de maladies infectieuses ou sexuellement transmissibles. Il n'y a pratiquement pas de prévention et de traitements. L'information sur le droit à la santé et l'éducation sanitaire des prisonniers sont quasi inexistantes.

Le soutien psycho-social est insuffisant et la question de la santé mentale n'est pas suffisamment prise en compte.

## ***Recommandations***

*Les ONG, les Gouvernements et les donateurs devraient faire en sorte que les recommandations suivantes soient mises en oeuvre :*

### **Les gouvernements doivent s'assurer de la bonne gestion des établissements pénitentiaires**

*Les normes et règles nationales et internationales doivent être respectées.*

Les gouvernements doivent s'assurer qu'ils remplissent leurs obligations au regard des instruments internationaux et nationaux pour la défense des droits de l'homme, en matière de santé, de conditions de travail des personnels et de conditions de détention. Ils devraient en particulier appliquer les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et développer des mesures destinées à orienter l'action politique et législative, ainsi que des outils tels qu'un manuel du prisonnier sur les procédures et les plaintes.

*Les gouvernements doivent s'engager et soutenir une justice pénale moins punitive.*

L'emprisonnement doit rester l'exception. Les systèmes judiciaires doivent être améliorés pour que le traitement des dossiers des personnes placées en détention préventive soit accéléré. Les réformes législatives nécessaires à la mise en conformité avec les normes internationales, particulièrement dans le domaine des sanctions non privatives de liberté et des alternatives à la prison comme le travail d'intérêt général doivent être initiées. La déjudiciarisation et la médiation devraient être beaucoup plus utilisées. La dépenalisation devrait être encouragée chaque fois que possible. Les mesures de libération anticipée doivent tenir compte de l'état de santé de la personne concernée.

*L'égalité d'accès aux soins doit être garantie.*

Le ministère de la santé devrait avoir la responsabilité de la santé pénitentiaire et les prisons être incluses dans les programmes de santé publique. Des fonds plus importants devraient être alloués à la santé en prison et une ligne budgétaire séparée devrait être prévue dans le budget du ministère de la santé. Le domaine de la santé doit être géré dans la transparence avec des responsabilités claires et bien établies, par exemple en confiant l'organisation des soins médicaux et de la formation des personnels (y compris la formation en droits de l'homme) à un ministère spécifique.

*Les prisons doivent être plus ouvertes à l'intervention extérieure.*

Les prisons devraient être ouvertes à certains acteurs externes qui apportent une assistance spécialisée ; elles devraient être aussi ouvertes à une commission de contrôle indépendante qui en référerait à l'autorité publique. L'accès du public aux prisons devrait être facilité pour promouvoir la transparence. Pour sensibiliser la communauté au sujet des prisons, il faudrait régulièrement organiser des journées " portes ouvertes ".

*Des activités de production devraient être développées.*

Les gouvernements devraient s'assurer que des activités de production soient développées pour accroître l'auto-suffisance de l'administration pénitentiaire et des prisons. Les prisonniers devraient pouvoir bénéficier du fruit de leur travail.

L'échange d'expériences et la formation continue doivent être encouragées.

Il faut favoriser des échanges réguliers entre les professionnels de la santé. Les agents pénitentiaires doivent être formés et encouragés à adopter une attitude progressiste. Les gouvernements devraient participer pleinement à la Conférence panafricaine sur la santé en prison qui sera organisée par les services pénitentiaires ougandais.

### **Les gouvernements doivent s'assurer de la mise en application d'un certain nombre de bonnes pratiques dans chaque prison**

Les soins en prison devraient être une priorité et les détenus devraient pouvoir assumer la responsabilité de leur santé dans de bonnes conditions.

Chaque détenu doit avoir un dossier médical confidentiel comportant les informations essentielles sur son état de santé. Ce dossier devrait mentionner les maladies contractées et les traitements reçus, ainsi qu'un certificat de santé délivré au moment de la mise en liberté.

Les examens de santé et les traitements doivent être prescrits en toute confidentialité.

Le maintien de l'hygiène générale et l'entretien des installations sanitaires doivent être réglementés et avoir un caractère obligatoire.

A tout moment, un diagnostic rapide doit pouvoir être établi, des médicaments être disponibles en quantité suffisante et du personnel qualifié être présent.

L'éducation à la santé doit faire partie intégrante des tâches assignées au personnel médical.

Un programme de prévention de santé publique devrait être mis en place pour le personnel aussi bien que pour les détenus.

Les programmes de prévention devraient mettre l'accent sur la diminution de la surpopulation.

Le personnel paramédical et de l'assistance sociale devraient être associés aux programmes de santé publique en prison.

### **Les ONG et les groupes de la société civile sont invités à :**

Prêter assistance aux programmes d'information et d'éducation des détenus et des personnels sur la santé, y compris sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles.

Mettre en place et étendre des réseaux d'ONG dans ce domaine pour coordonner le travail, les échanges et développer les synergies.

S'engager de manière constructive en incluant les prisons dans leurs activités lorsque cela est possible, en s'impliquant plus dans l'information aux donateurs et en faisant la preuve de leur responsabilité éthique et de leur transparence.

### **Les donateurs sont invités à :**

S'assurer que le bénéfice de leurs aides va bien aux personnes ciblées.

Encourager le développement de programmes dans le domaine de la santé en prison dans les pays bénéficiaires.

Soutenir les ONG qui travaillent dans ce domaine.

Soutenir les administrations et les systèmes de justice pénale pour l'amélioration de la santé en prison.

*Kampala, le 13 décembre 1999*



# CEREMONIE D'OUVERTURE

## *Communication*

### *Rosemary Wool'*

Je regrette beaucoup de ne pouvoir être présente à cet atelier très important, mais je suis ravie que l'administration pénitentiaire ougandaise ait pris l'initiative d'être l'hôte d'une conférence sur la santé en prison. Je suis aussi enchantée de constater que le Vice-président du Conseil international des services de santé pénitentiaires préside le comité d'organisation.

Si je comprends bien, cette conférence aborde la question de la réforme. Toutefois, avant qu'un tel processus puisse avoir lieu, un certain nombre de conditions doivent être rassemblées :

- Un besoin réel et clairement identifié ;
- Une volonté politique ;
- Un accord sur les principes qui doivent régir les services pénitentiaires ;
- Une direction forte ;
- Un plan d'action.

Tous - y compris ceux qui ont tendance à favoriser des politiques extrêmement répressives - doivent s'accorder pour dire que dans tous les pays d'Afrique, comme dans beaucoup d'autres pays du monde, les domaines qui affectent la santé des prisonniers doivent être réformés. La surpopulation est généralisée, l'hygiène est souvent mauvaise, l'air frais et l'exercice sont limités et l'accès au travail, à l'éducation et à des activités adaptées est extrêmement réduit.

Le taux de morbidité au sein de la population carcérale est toujours plus élevé que celui de la population générale. Les problèmes les plus importants diffèrent d'un pays à l'autre ; dans certains c'est le VIH/ Sida, dans d'autres c'est la tuberculose et dans d'autres encore, la toxicomanie. Mais partout, les populations carcérales sont des populations malades. Malheureusement, elles sont rarement reconnues comme telles et les problèmes de santé ne sont pas traités de manière efficace.

Le deuxième critère est la volonté politique. Trop souvent, une politique perçue comme dure à l'égard des criminels sera plus payante électoralement, tandis qu'à l'inverse, quelqu'un qui s'efforcera d'améliorer les conditions de détention sera considéré comme un faible. Une des façons d'attirer l'attention du monde politique est de montrer que la santé des prisonniers a un impact direct, non seulement sur la santé de la population, mais aussi sur l'économie du pays.

Le troisième critère est l'accord sur les principes qui doivent régir l'administration pénitentiaire. Les principes éthiques sont clairement définis dans la législation internationale, par exemple l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus ou la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Mais d'autres principes doivent être établis. Puisque les prisonniers sont issus de la population générale et sont appelés à y retourner, il est important que le ministère de la Santé assume la responsabilité de la santé des prisonniers, en conjonction avec les ministères de tutelle responsables de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice ou ministère de l'Ordre public). Tous les soins, y compris les soins médicaux et psychiatriques spécialisés, doivent relever de la responsabilité des autorités sanitaires.

Le quatrième critère est une direction forte. Ceux qui seront appelés à diriger le processus de réforme doivent être identifiés dès le début du processus et doivent être investis de l'autorité nécessaire pour qu'ils puissent mener à bien leur mission.

Et enfin, un plan d'action. Toute administration pénitentiaire qui s'engage dans un processus de réforme doit avoir un plan d'action et une stratégie. Je suis satisfaite de voir que l'atelier va permettre aux pays

---

1. Secrétaire générale, Conseil international des services de santé pénitentiaires.

participant d'analyser leur propre situation. L'environnement de la prison - intérieur et extérieur - doit être analysé pour identifier et évaluer les domaines où les réformes sont nécessaires. Ensuite doivent être élaborées les grandes orientations qui vont encadrer le fonctionnement du service pénitentiaire, et adoptée la stratégie de mise en œuvre du processus de réforme. J'aurais peut-être l'occasion de développer ce sujet lors de la Conférence panafricaine sur la santé en prison !

Je souhaite que votre travail porte ses fruits et je suis impatiente de lire le rapport de vos délibérations.



# ***DISCOURS D'OUVERTURE***

***Ahmed Othmani<sup>2</sup>***

**P**rofesseur Dankwa, Président de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples ; M. Etima, Directeur de l'Administration pénitentiaire d'Ouganda ; Dr Nyabwana, Directeur des services médicaux des prisons ougandaises ; M. Fedeli, délégué de l'ambassade italienne ; M. le vice-Président régional du Conseil international des services de santé pénitentiaire ; Honorables invités,

Chers collègues, Mesdames, Messieurs,

C'est toujours un grand plaisir de revenir en Ouganda pour retrouver ses amis et collègues et faire de nouvelles connaissances. C'est aussi un grand honneur d'être ici avec vous tous. Président de Penal Reform International, je suis fier de voir que PRI contribue à cet important atelier sous les auspices de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples.

Il semble qu'il se passe quelque chose de significatif chaque fois que nous nous rencontrons à Kampala. Est-ce votre climat ? En 1996 a été promulguée la Déclaration de Kampala sur les conditions de détention en Afrique, qui a été adoptée par les Nations unies en 1997 et qui est de plus en plus citée à travers notre continent et au-delà. Un mois après une recommandation présentée ici, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a en réponse nommé le professeur Dankwa, Rapporteur spécial sur les prisons et les conditions de détention en Afrique.

En mars de cette année, ajoutant au programme mis en place à Kampala en 1996, PRI et la FHRI, avec l'assistance de DFID, ont invité ici même des représentants de huit pays pour débattre de nouvelles approches en matière de justice pénale et pour réfléchir sur les développements passionnants qui ont lieu dans certains pays de la région. Ces pays ont reconnu que les problèmes qu'affrontent leurs systèmes de justice pénale ne peuvent être résolus sans l'intervention de nouvelles options, qui tiennent compte des réalités de leur peuple au niveau économique, social et culturel.

Les résolutions adoptées lors de cette réunion ont ensuite servi lors d'une rencontre internationale en Angleterre, un mois plus tard, d'acteurs actifs de la réforme pénale et pénitentiaire. Un nouveau programme en matière de réforme pénale pour ce siècle naissant a été adopté, et nous espérons le voir appliqué - Inshallah.

L'air de Kampala est certainement source d'inspiration. La chaleur de l'accueil et l'hospitalité de nos hôtes y sont pour beaucoup, qui nous permettent de nous réunir ici et de nous concentrer sur nos objectifs communs et - bien plus - de travailler ensemble pour les atteindre.

Beaucoup d'entre vous connaissent Penal Reform International et son travail : en résumé, nous essayons d'améliorer les conditions de tous ceux qui vivent ou travaillent dans les prisons, par le développement et la mise en œuvre des instruments internationaux en matière d'application des lois et d'amélioration des conditions de détention. Nous travaillons avec d'autres pour réduire le recours à l'emprisonnement à travers le monde en préconisant des sanctions non privatives de liberté, qui encouragent la réinsertion sociale tout en prenant en compte les intérêts de la victime ; et enfin, nous œuvrons à l'abolition de la peine de mort. Je suis sûr que vous serez d'accord pour dire que tous ces objectifs, en particulier les premiers, sont en rapport avec le sujet que nous allons aborder ici.

Notre approche est délibérément pratique, rentable et globale : nous nous proposons de travailler avec les gouvernements et de leur montrer des moyens d'économiser de l'argent et d'améliorer les conditions tout à la fois. Nous travaillons avec des ONG partenaires dans de nombreux pays et nous les aidons à mettre en place des réseaux pour promouvoir les réformes pénales et pour la recherche de financements. Par le biais de notre lettre d'information, de nos publications et de nos rapports, nous partageons toute information utile pour améliorer l'application des normes internationales.

---

2. Président, Penal Reform International

Nous avons des relations très privilégiées avec les institutions ougandaises et j'en suis fier. Nous travaillons en relation étroite avec les services de la justice, des prisons et la communauté des ONG ici. Nous suivons de près les interactions entre les services gouvernementaux et non-gouvernementaux et nous observons les avantages qui reviennent à toutes les parties lorsque la volonté politique existe et que les ONG sont préparées à s'impliquer de manière constructive en partenariat avec les agences gouvernementales.

Je ne saurais trop insister sur l'importance de notre rencontre ici, ni sur la situation difficile que connaissent les prisons. Les problèmes de santé en prison sont les mêmes dans tous les pays, mais les réponses varient beaucoup. Les approches, structures, politiques et pratiques nationales reflètent rarement ce que l'on pourrait appeler une approche commune, disons africaine. Mais avant tout, nous avons à identifier les principaux problèmes concernant la santé en prison et de cette façon composer un programme africain pour un travail futur dans ce domaine.

Un des principaux objectifs à long terme à garder en mémoire au cours de cet atelier est de trouver les moyens d'accroître la coopération panafricaine dans le domaine de la santé en prison. Le besoin d'échange permanent d'informations et d'expériences est évident. Il faut insister aussi sur le besoin d'une plus large diffusion des modèles, des politiques et des pratiques qui ont eu des effets positifs. Leur succès vient du fait que la plupart des problèmes de santé dans les prisons sont partagés par beaucoup, sinon par toutes les administrations pénitentiaires en Afrique, et l'introduction de changements serait grandement facilitée si l'on transférait et adaptait ailleurs les initiatives qui ont produit des résultats à un endroit. Par conséquent, le besoin d'élaborer un ensemble commun de normes africaines pourrait être un des thèmes de cet atelier. Un de ses principaux objectifs pourrait être de préparer la toile de fond et d'enclencher un tel processus.

Nous ne partons pas de rien. Beaucoup a déjà été fait et continue de se faire. L'année dernière à Dakar, au Sénégal, a eu lieu une conférence internationale sur le "VIH/sida dans les prisons africaines" qui a abouti à la "Déclaration de Dakar". Cette Déclaration met bien en lumière le fait que la santé des prisonniers est une question de santé publique et que le gouvernement est responsable de la santé des prisonniers comme de tous les citoyens.

Le Rapporteur spécial sur les prisons et les conditions de détention en Afrique a régulièrement insisté, dans les recommandations soumises aux gouvernements à la suite de ses visites, sur la santé des prisonniers.

Des travaux de recherche insistent aussi sur le fait que la santé des prisonniers n'est pas seulement une question de droits humains mais aussi un problème de santé publique et que, par exemple, dans les pays de l'ancienne Union soviétique, la prévalence de la tuberculose est devenu un des principaux sujets de préoccupation.

Nous sommes tous ici pour partager nos différentes expériences, pour échanger des idées. Chacun d'entre nous pourra s'informer sur ce qui se passe ailleurs et comment d'autres abordent les questions de santé en prison. Chacun d'entre nous pourra décrire la situation dans son pays. Ces travaux vont contribuer à la préparation de la conférence internationale à venir sur la santé dans les prisons.

Il y a juste 2 jours, le 10 décembre, a été célébré le 51<sup>ème</sup> anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme. C'est l'occasion de se rappeler que parler de la santé en prison, c'est aussi parler du droit à la vie, ni plus, ni moins. De mauvaises conditions qui engendrent la détérioration de la santé d'une personne sont une atteinte à ce droit. Nous connaissons les problèmes et nous devons, ensemble, trouver les solutions. Comme l'a dit un jour un philosophe : "Nous ne sommes pas nécessaires pour ce qui est, mais plutôt pour ce qui pourrait ou devrait être." Merci.



# PLENIERES

## *La santé en prison en Afrique : état des lieux*

**Dr Pandya<sup>3</sup>**

### **La situation**

**L**e constat est le même dans toutes les prisons d'Afrique. Les conditions sanitaires dans les prisons du Malawi, que je vais vous présenter, reflètent, j'en suis certain, la situation qui prévaut ailleurs sur le continent.

Les maladies contagieuses et infectieuses sévissent. La surpopulation est le premier facteur qui permet aux maladies contagieuses de se répandre comme un feu de forêt. Le manque d'eau courante saine, le manque d'hygiène, de sanitaires, et un contrôle insuffisant des facteurs de transmission constituent un environnement favorable au développement des maladies infectieuses.

Par ailleurs, le taux de roulement de la population carcérale est très élevé, ce qui rend l'importation et l'exportation de la contagion à travers les murs à la fois très facile et très alarmante.

Dans ce sens, les prisons du Malawi sont un véritable réservoir de maladies infectieuses, et les détenus en sont les " vecteurs ", qui transmettent ces maladies à un public qui ne se doute de rien. Ceci en plus des vecteurs habituels que sont les moustiques et les mouches, qui n'ont aucun respect pour les hauts murs des prisons.

D'après les termes de médecins expérimentés de l'hôpital central de Zomba, " si vous entrez aujourd'hui à la prison centrale de Zomba, vous en sortirez demain séropositif ". Ceci est évidemment une exagération, mais reflète le risque que courent les prisonniers de contracter une infection par le VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles ou des maladies opportunistes liées au sida.

Un détenu qui contracte une infection par le VIH en prison et est libéré - soit qu'il ait purgé sa peine, soit qu'il soit acquitté - infectera probablement à son tour une douzaine de personnes dans les trois mois qui suivent sa libération. Pire encore, un détenu qui est libéré alors qu'il se trouve en phase incubatoire de tuberculose transmettra la maladie à des centaines, voire des milliers d'autres personnes, avant de requérir une attention médicale. Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'urgence de contenir cette maladie, qui a déjà atteint des proportions d'épidémie.

Le paludisme, les diarrhées, la typhoïde, le choléra, et une batterie d'autres infections sont courants ou produisent de mini-épidémies à l'intérieur des prisons. Malheureusement, ce n'est qu'en cas de véritable épidémie que les services de santé daigneront consacrer un peu d'attention aux prisons. Le reste du temps, ce sont des endroits négligés et oubliés. La diffusion de ces maladies par les moustiques et les mouches peut être jugulée par une attention portée à l'état sanitaire de locaux et à l'hygiène personnelle.

En bref, les prisons du Malawi constituent un sérieux danger pour la santé de ceux qui y sont enfermés ou qui y travaillent. De plus, les prisons constituent un réservoir important pour plusieurs de ces infections, qui se transmettent ensuite à la population. Malheureusement les autorités de santé publique ne semblent pas s'en rendre compte, ni mesurer la portée de ce phénomène.

L'infection par le VIH et les maladies opportunistes telles que la tuberculose se développent à des taux élevés au sein de la population carcérale. Ceci est dû en partie au refus de reconnaître l'existence de pratiques homosexuelles entre les détenus. L'homosexualité est illégale au Malawi, et admettre son existence en prison est au-delà du courage moral des plus hautes autorités du pays, sans parler des autorités pénitentiaires. Un regard aveugle est porté sur le problème de l'homosexualité entre les détenus, et des conséquences qui en résultent. L'insuffisance aiguë de personnel médical et de surveillants, les mauvaises conditions de travail, un budget limité pour la nourriture, l'habillement et surtout les

---

3. A.H.I. Clinic, Malawi

médicaments impliquent que les détenus ne peuvent bénéficier d'un régime alimentaire correct, de vêtements décents, d'un lit et de soins médicaux de base.

Les détenus de sexe masculin, par ailleurs, semblent incapables de se prendre en charge. L'attitude des détenus en ce qui concerne leur hygiène personnelle et les conditions sanitaires, l'utilisation des infrastructures disponibles - comme les douches et les toilettes - et le maintien d'un certain niveau de propreté varie de " ne pourrait pas être plus indifférent " à " catastrophe totale ". Les détenus se trouvent en prison parce qu'ils ont brisé les lois qui gouvernent une société organisée. Ils font preuve d'un comportement similaire en utilisant les infrastructures de la prison. En d'autres termes, le vandalisme est un facteur majeur dans la destruction d'infrastructures déjà limitées. Peut-être est-ce un signe de défi à l'égard des autorités.

Les délais très longs dans l'administration de la justice, et des peines excessivement longues pour des délits mineurs, aggravent la surpopulation, sans parler de l'incapacité de la police à prévenir le crime, plutôt qu'à le détecter et le sanctionner. Nous avons maintenant un aperçu des prisons au Malawi. Ce sont des institutions où des Homo-Sapiens sont confinés et doivent partager l'espace avec des rats, des chauve-souris, des cafards, des mouches, des moustiques et beaucoup d'autres choses vivantes, visibles et invisibles. Nombre d'entre elles sont extrêmement pathogènes. Dans ces prisons, les toilettes et les fosses septiques débordent, les douches sont cassées, les vitres brisées et les cuisines sales. Les cellules sont remplies à craquer de détenus qui dorment serrés comme des sardines en boîte et transpirent à flot pendant la saison chaude. Voici de quoi compléter plus ou moins le tableau. C'est une image qui en même temps déprime et suscite la colère.

### **Qu'est-ce qui est fait ?**

**L** faut commencer par quelque chose, et c'est ce qui a été fait. Sous les auspices du Gouvernement du Malawi, du programme de l'Union européenne pour l'Etat de droit et de Penal Reform International, des mesures sont prises pour améliorer la situation. Je vais évoquer brièvement certains des problèmes qui sont abordés, en laissant à d'autres intervenants le soin de préciser les détails.

Un groupe pour le management des prisons a été constitué et se réunit régulièrement pour discuter des différents problèmes et tenter d'y apporter des solutions.

Une évaluation des besoins de santé dans les prisons du Malawi a été effectuée et des recommandations précises ont été formulées en ce qui concerne l'hygiène, les conditions sanitaires, la nourriture, la mise à disposition et la distribution de médicaments, la mise en place de dispensaires dans les prisons et la formation et proposant des lignes directrices pour un programme de santé publique dans les prisons du Malawi.

Des Comités pour la santé ont été constitués, rassemblant des représentants des prisonniers et du personnel dans chaque prison.

La réfection des tuyaux d'égout défectueux et le vidage des fosses septiques est en passe d'être achevé.

Les médicaments de base sont fournis de façon "ad hoc" en attendant qu'une liste précise des besoins soit établie.

Les fermes pénitentiaires et les systèmes de comptabilité sont placés sous le contrôle d'autorités compétentes distinctes au sein des prisons.

Ceci est un bon début et doit être salué.

### **Qu'est-ce qui peut-être fait ?**

**L**es cellules, douches et toilettes des quartiers femmes sont généralement propres et dans des conditions acceptables. Les mêmes standards devraient pouvoir être maintenus dans les cellules des détenus hommes en dépit du handicap évident de la surpopulation, par la mise à disposition de dispositifs de stockage de l'eau et un contrôle strict de l'utilisation de ces dispositifs.

L'éducation sanitaire, en groupe et de façon individuelle, des membres du personnel est indispensable et doit être mise en œuvre. Des brochures, des affiches, des conférences, des démonstrations, des vidéos, etc. sont des outils qui peuvent être utilisés. Ce processus doit être continu.

Afin de réduire l'incidence des maladies à un niveau contrôlable, il serait bon de prévoir des laboratoires d'analyse au sein des prisons, des examens médicaux obligatoires et le dépistage des détenus et des arrivants, ainsi que l'isolement, le traitement ou le renvoi de ceux qui sont atteints de maladies contagieuses ou infectieuses.

Il est absolument nécessaire de prévoir l'entretien régulier des infrastructures, de la plomberie et des systèmes électriques.

Une recherche, quelle que soit sa qualité, et un plan d'activités, même soigneusement élaborés, resteront lettre morte si les ressources correspondantes ne sont pas prévues dans le budget national ou fournies par d'autres institutions.

Tant que le crime existera, la prison restera un élément nécessaire de la vie publique dans une société organisée. Le négliger entraîne des conséquences graves sur la communauté en termes de santé, de main d'œuvre et de finances.

Pour reprendre les mots de Richard Hallbrooke, Ambassadeur des Etats-Unis auprès des Nations unies, "En Afrique, l'infection par le VIH et les maladies opportunistes se répandent plus vite que la conscience de leur existence. Ceci réduit la force de travail productive dans des proportions que ces pays ne peuvent soutenir ". Nous devons faire quelque chose. Les prisons peuvent être un bon point de départ. Après tout, les prisons sont censées corriger les membres de notre société qui ont commis des délits. Elles pourraient servir d'exemple pour le grand public, en montrant ce qui peut être fait par une coopération bien comprise et un comportement discipliné.

Ne restons pas assis en disant : "Que pouvons nous faire, nous sommes si pauvres", l'ennemi est l'ignorance, pas la pauvreté.

Merci.

**NB:**

Depuis la tenue de l'atelier, le Dr Pandya a fait savoir que quelques améliorations avaient été apportées aux soins médicaux des détenus de la prison de Zomba.

Les détenus gravement malades sont envoyés à l'hôpital local, au lieu d'un hôpital central à Zomba, ce qui réduit les délais et permet de faire des économies sur les frais de transport et les indemnités pour le personnel.

Des améliorations ont également été constatées à Zomba au niveau de l'approvisionnement en eau et des repas, dans la mesure où les détenus reçoivent un repas convenable au moins une fois par jour.

Le rapport du Dr Pandya sur l'évaluation des besoins en matière de santé dans les prisons du Malawi devait être disponible début 2000.



## *Les standards et instruments internationaux relatifs à la santé en prison*

*Elio Corvaja*<sup>4</sup>

Monsieur le Président, Chers Collègues,

Je vous remercie de votre invitation et de l'occasion qui m'est donnée de rester dans ce beau pays.

Mon exposé comporte trois parties :

- Dans un premier temps, je présenterai les principaux instruments internationaux concernant les droits de l'homme et les différentes déclarations (recommandations, pactes, etc.) qui confirment ces droits pour les citoyens incarcérés.
- En second lieu, j'analyserai l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus et la résolution (73) 5 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, que je considère comme étant les documents les plus importants sur les droits sociaux et la santé des citoyens incarcérés.
- Enfin, je prendrai la liberté de proposer l'application éventuelle de deux protocoles opérationnels afin d'appliquer l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus en Afrique.

### **Les normes internationales de protection des droits de l'homme et leur application à des personnes privées de leur liberté**

**J**e commencerai par faire un bref compte-rendu de la manière dont les droits de l'homme ont été reconnus progressivement, d'abord dans chaque pays, puis au niveau international. Ces droits, à l'exception du droit à la liberté, devraient s'appliquer à tous les détenus sans discrimination.

#### *Reconnaissance des droits de l'homme*

- Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, adoptée par l'Assemblée constituante de la révolution Française du 26 août 1789.
- Charte Atlantique du 14 août 1941 signée par Roosevelt et Churchill.
- Déclaration des Nations unies du 1er octobre 1942. Cette déclaration reproduit la teneur de la Charte Atlantique pour l'étendre à tous les Etats membres des Nations unies.
- Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies, le 10 décembre 1948, Résolution 217 A (III), Article n°10 : " traitement des personnes privées de leur liberté ".
- 1er Congrès des Nations unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants, le 30 août 1955.
- Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus et recommandation afférente.
- Résolution 663 (XXIV) publiée le 31 juillet 1957 et adoptée par les Nations unies.
- Deux Pactes internationaux adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies, le 16 décembre 1966.
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, adoptée le 27 juin 1981 ; OUA Doc. CAB/LEG/67/3 rev.5, 21 ILM 58 (1982).

---

4. Université de Messine - Italie, Secrétaire scientifique de INTERCENTER (Centre international d'études sociales, pénales et pénitentiaires)

### *Conventions européennes des droits de l'homme*

En Europe aussi, les droits de l'homme sont analysés et adaptés aux exigences continentales d'ordre social, politique et législatif.

- Convention pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales, annuaire 5 (p.126) - Décret d'application n° 1270/61.
- Recommandations du Comité des ministres intéressant particulièrement les administrations des prisons (Direction des affaires juridiques ; novembre 1981), publication du Conseil de l'Europe.
- Dimension internationale des droits de l'homme, manuel de l'UNESCO, "groupe de travail" du Comité Européen des problèmes pénaux, organisé par le Conseil de l'Europe en 1968.
- Résolution (73) 5 sur l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, adoptée le 19 février 1973 par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe-Partie 1° n°1 - 94.
- Historique de l'Ensemble de règles minima, Doc. DPC/CDAP (74) 1 du 12 novembre 1974, réalisé par la Direction des Affaires juridiques pour la 2ème conférence des Directeurs des Administrations pénitentiaires (révisé en 1985).

### *Règles internationales sur le droit à la santé applicables aux prisonniers*

La Déclaration universelle des droits de l'homme contient trois articles que nous devons considérer fondamentaux pour tous, y compris pour les personnes incarcérées :

Article 3 : Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

Article 5 : Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Article 25 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires.

Ces articles se répètent et sont en substance les mêmes dans toutes les autres grandes déclarations internationales (ou chartes ou conventions) et nous pensons qu'il serait bon de citer, par exemple, l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, qui est le même que l'Article 25 des recommandations du Conseil de l'Europe (73) 5.

"Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie."

"Chaque individu a le droit de jouir du meilleur état physique et mental possible. Les Etats parties à la présente charte doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé de leur peuple et garantir qu'il reçoive des soins médicaux nécessaires en cas de maladie."

### *Premier Pacte (Droits économiques, sociaux et culturels)*

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) énumère les droits suivants : au travail ; à un niveau de vie suffisant ; à manger à sa faim ; à la santé physique et mentale ; à l'éducation ; à participer à la vie culturelle et à profiter du progrès scientifique et de ses applications.

### *Second Pacte (Droits civils et politiques)*

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) énumère les droits suivants : à la vie ; à la liberté et à la sécurité de la personne ; à l'interdiction de la torture et de l'esclavage ; à participer à la vie politique ; à la propriété ; au mariage ; à la liberté fondamentale au niveau des valeurs éthiques d'opinion, de religion, d'expression, de pensée et de conscience, etc.

### *Protocoles additionnels*

Outre la loi, le respect des droits de l'homme en prison peut être défini et garanti par des protocoles additionnels ajoutés aux pactes officiels et concernant les procédures de recours individuels. Les protocoles ont pour but :

- de protéger la personne. Par exemple, la Convention sur la répression et la punition du crime de l'apartheid, adoptée par le Conseil de l'Europe, le 30 décembre 1973.
- de protéger une catégorie ou un groupe de personnes. Par exemple, la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 20 novembre 1959.
- de protéger les détenus malades : par exemple, Résolution (73) 5 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, adoptée le 10 mars 1973.

Cependant, les ONG ont aussi un rôle à jouer, en particulier en ce qui concerne le respect des droits de l'homme, la protection des " groupes minoritaires " et le droit à la santé dans les prisons.

Il importe de se souvenir que le respect des droits de l'homme " *intra et extramoenia* " (à l'intérieur et à l'extérieur de la prison) est le premier droit fondamental dans un Etat respectueux du droit ; ce respect doit être assuré par les organisations gouvernementales et non gouvernementales.

En collaboration avec les organisations gouvernementales et inter-gouvernementales, les ONG devraient :

- faire des propositions,
- contrôler et surveiller l'état des prisons par des visites et des inspections,
- réaliser des études,
- organiser des réunions, des conférences, des débats,
- être un stimulant permanent des réformes et des améliorations.

### **Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus**

**I**l convient de dire en préambule que l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus sont celles qui sont acceptées généralement comme étant "de bons principes et bonnes pratiques" pour le traitement des détenus et l'organisation et la gestion des administrations pénitentiaires.

Différents organes ont souscrit à ces règles :

- le Congrès des Nations unies sur la Prévention du crime et le traitement des délinquants (30 août 1955 - publié le 31 juillet 1957 - Résolution 663 CXXIV et actualisations ultérieures)
- le Comité européen des problèmes concernant la criminalité en 1968
- le Conseil de l'Europe du 19 janvier 1973 (version révisée et suivantes)

Ces règles abordent quasiment tous les aspects de la vie en détention, depuis l'arrestation et l'incarcération. Elles traitent du régime pénitentiaire, des liens familiaux, des conditions de détention, du régime disciplinaire, de l'hygiène et de la santé, etc.

L'application de ces règles n'est pas du ressort exclusif du directeur de la prison. Certaines relèvent de la responsabilité du médecin de la prison qui est chargé de contrôler l'hygiène des lieux et des personnes, la nourriture et l'état de santé des détenus, qu'il soit physique ou psychique.

Le médecin de la prison doit analyser tous ces problèmes institutionnels et professionnels et organiser le service médical en prenant en considération le type de prison et le type de prisonniers.

Chaque règle doit être adaptée à chaque prisonnier et le traitement doit être modulé en fonction des différents types de détenus. Les règles recommandent que soient prises en considération les catégories spéciales dans lesquelles entrent les prisonniers et que des règles spécifiques soient appliquées à certaines catégories afin de permettre la personnalisation du traitement.

Différentes résolutions du Conseil de l'Europe définissent les concepts de la santé en prison et le champs d'intervention des médecins pénitentiaires. Il s'agit particulièrement des résolutions R (73) 5 n° 21 - 26 et résolution (73) 5 n° 68-71.

Elles recommandent notamment que :

- chaque institution comporte un service médical général et psychiatrique, y compris un dentiste qualifié et le personnel nécessaire pour le traitement des femmes enceintes et la garde des enfants et que le service médical soit organisé en relation étroite avec le service national de santé
- les détenus malades qui ont besoin d'un traitement spécialisé soient transférés dans des institutions spécialisées civiles
- la visite médicale des entrants soit systématiquement effectuée et de façon approfondie
- le médecin veille à préserver la santé physique ou mentale des prisonniers
- la qualité des soins apportés aux détenus soit équivalente à celle dont bénéficie le reste de la population
- le médecin notifie au directeur l'état de santé des détenus contagieux ou malades et les conditions d'hygiène de la prison.

Toujours d'après ces règles, le médecin doit veiller à ce que toutes les exigences concernant la santé et l'hygiène du détenu, y compris l'exercice, l'habillement et le travail soient respectées. Le médecin ne se limite pas au contrôle de la santé physique des détenus, il doit également prendre en considération leur santé psychique et leur bien-être moral. Le concept de traitement personnalisé inclut le traitement institutionnel et psycho-socio-sanitaire pour chaque prisonnier.

En ce qui concerne le traitement social, il est recommandé :

- de séparer les prisonniers qui exercent une mauvaise influence
- d'aménager des sections séparées pour le traitement de différents types de prisonniers
- de définir le programme du traitement
- d'autoriser la participation de certains prisonniers à des activités de l'institution
- d'encourager la prise de responsabilités éventuelles par les prisonniers dans certains secteurs d'activité des institutions.

Avant de présenter un programme de santé à l'attention des prisonniers, il importe d'analyser le concept même de santé.

La santé est l'aptitude et la possibilité à maintenir l'équilibre psychologique et physique (OMS 1974). La prison change et perturbe cet équilibre. Elle est la source de problèmes et de maladies liés à l'équilibre psychologique et physique et la cause de pathologies multiples (maladies cliniques et mentales). Qui dit prison dit maladie (E. Corvaja - 1984).

Les facteurs pathogènes qui peuvent troubler l'équilibre psychique et physiologique des personnes et des prisonniers peuvent être d'ordre psychologique, physique, somatique et clinique. Les causes de l'altération de l'équilibre psychologique et physique en prison sont multiples, de l'espace restreint aux activités sociales limitées, en passant par les problèmes d'hygiène, de mauvaise nourriture, la rupture des liens avec l'extérieur, etc.

### **Proposition pour un instrument africain sur le traitement des prisonniers**

Classification des règles proposées :

1. Règles institutionnelles
2. Règles sanitaires
3. Règles éthiques

*1. Les règles institutionnelles traitent des éléments suivants :*

Tenue des registres, hébergement, qualité du personnel, sécurité, formation continue, discipline, sanctions, travail, travaux d'intérêt général (TIG).

## 2. Les règles intéressant la santé et les soins de santé concernent :

L'environnement, l'hygiène, l'habillement, la literie, le régime alimentaire, l'exercice et le sport, les loisirs, la garde d'enfants, les soins de santé. Il faut prendre en considération les besoins spécifiques des détenus toxicomanes, des détenus porteurs du sida, de maladies infectieuses (hépatite, tuberculose, etc.), de maladies chroniques (diabète, glaucome), ainsi que des prisonniers agressifs ou présentant des troubles mentaux.

## 3. Les règles éthiques portent sur :

Les contacts avec le monde extérieur, les liens familiaux, la promiscuité, le soutien religieux et moral, le droit de vote, les droits civiques et sociaux, la réinsertion (préparation à la libération), le traitement psychologique et social.

## Conclusion

Il est impératif :

1. d'identifier les changements qui s'imposent
2. de mettre en œuvre les mesures nécessaires
3. d'adopter un protocole additionnel d'application de la Charte africaine.

La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples envisage la création d'un protocole additionnel plus contraignant devant compléter la Charte. Il pourra s'inspirer du droit international relatif aux droits de l'homme, en particulier des dispositions relatives aux instruments portant sur les droits de l'homme et des peuples : la Charte des Nations unies, la Charte de l'Organisation de l'unité africaine, la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Résolution (73) 5 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus et les autres instruments adoptés par les Nations unies, par le Conseil de l'Europe et par les pays africains dans le domaine des droits de l'homme en prison. (Voir article 60 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples).

## Bibliographie

Casale, S., *Minimum Standard for Prison Establishments* : a Nacro Report, London, Nacro-1984

Duce, A.R., *A Review of Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, Portland, Dorset, HM Prison the Verne - 1978

Soysal, M., *Human Rights in the Turkish Context, Acts of International Colloquy on Human Rights (Istanbul 28-30 March 1979)*, Istanbul 1981; 166 - 189

Vegleris, P., *La Convention des Droits de l'Homme et la Constitution* (texte en grec), Athermal, 1977 ; 143

*Les dimensions internationales des droits de l'homme*, UNESCO 1978

*Human Rights in International Law*, Council of Europe 1985, Emerging infectious diseases in prison: is a common international set of rules conceivable?

E. Covina, *Proceedings of penitentiary health care and treatment of offenders*, Tokyo world congress - 1994



## *La santé en prison au Burkina Faso*

*Médard Voho<sup>5</sup>*

La santé en milieu carcéral est une préoccupation constante des Etats africains, lesquels reconnaissent leur devoir de veiller à la santé des détenus en permettant un accès aux services de santé tel que les normes nationales le prévoient.

Malgré cette volonté des Etats, on constate que la situation sanitaire des prisons est des plus mauvaises.

### **La situation des prisons au Burkina Faso**

Le Burkina Faso dispose de 11 établissements pénitentiaires dont dix maisons d'arrêt et de correction et un centre pénitentiaire agricole (CPAB). La population carcérale moyenne est 2 500 détenus, pour une capacité théorique des établissements pénitentiaires de 1 660 places, avec une moyenne de 6 000 entrées par an (statistiques 1998). Le budget d'entretien des détenus en 1999 est de 88 300 CFA.

La surpopulation, la promiscuité, les mauvaises conditions d'hygiène et la sous-alimentation ont une conséquence néfaste sur la santé des détenus.

### **La situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires**

#### *La situation des services de santé*

La réglementation pénitentiaire prévoit que chaque établissement pénitentiaire doit disposer d'une infirmerie permettant de dispenser des soins courants ou de première nécessité.

Cependant, seuls les établissements pénitentiaires de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Ouahigouya, Koudougou et Baporo disposent de dispensaires au demeurant mal équipés, dépourvus de médicaments le plus souvent. Il faut souligner l'absence de salles d'hospitalisation et de laboratoires d'analyses médicales.

Le personnel médical se résume en cinq infirmiers diplômés d'Etat, rattachés à la Direction provinciale de la santé.

#### *Les statistiques sanitaires*

Les statistiques pénitentiaires de 1998 ont permis d'établir que les affections les plus fréquentes sont les suivantes :

- affections digestives	26%
- affections de la peau	25%
- affections uro-génitales	16%
- affections respiratoires et ORL	16%
- paludisme	10%
- divers	7%

Une étude réalisée par la Direction régionale de la santé de Ouagadougou a révélé que la prévalence du VIH est de 9,1% et celle de la syphilis de 7,3%.

Les statistiques ci-dessus montrent que la sous-alimentation, le manque d'hygiène, et la sexualité non protégée sont à l'origine des maladies les plus fréquentes dans nos prisons.

Aussi, pour améliorer la santé des détenus, la Direction de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion sociale s'est fixée deux objectifs :

- instaurer l'hygiène dans les établissements pénitentiaires ;

---

5. Magistrat, Directeur de l'Administration pénitentiaire et de la réinsertion sociale du Burkina Faso

- lutter contre la propagation des MST/sida dans les établissements pénitentiaires.

Pour ce faire, le plan d'action prévoit différentes activités.

#### *Les activités en cours pour améliorer la santé en prison*

Les principales activités menées pour améliorer l'hygiène sont :

- l'apport d'eau potable aux détenus par la construction d'un château d'eau permettant le ravitaillement de chaque cellule à Ouagadougou ; la construction et l'équipement de puits dans cinq établissements pénitentiaires ;
- la construction de douches et de latrines pour les détenus dans la cour de trois établissements pénitentiaires ;
- les séances de causeries menées par les travailleurs sociaux sur l'hygiène corporelle et l'entretien des installations sanitaires.

Les principales activités menées pour lutter contre la propagation des MST/sida dans les établissements pénitentiaires sont :

- les séances de causeries sur les MST/sida menées par les travailleurs sociaux et par les associations ou organisations non gouvernementales (ONG) ;
- la formation des personnels pénitentiaires sur les MST/sida en vue de sensibiliser les détenus.

Cette formation a été conduite dans le cadre d'un projet de l'Association pénitentiaire africaine (en partenariat avec d'autres organismes dont la Direction de l'Administration pénitentiaire et de la réinsertion sociale) intitulé " projet de sensibilisation sur les MST/sida dans les prisons du Burkina Faso ".

#### **Le projet de sensibilisation sur les MST/sida dans les prisons du Burkina Faso**

La plupart des détenus sont des adultes jeunes donc sexuellement actifs. L'homosexualité et les viols sont des pratiques courantes dans les établissements pénitentiaires. Ces comportements favorisent l'expansion des MST/sida en milieu carcéral. Une étude réalisée, en mai 1998, par la Direction régionale de la santé du centre, dans l'enceinte de la prison de Ouagadougou, relève une séroprévalence VIH de 9,1% et une prévalence syphilitique de 7,3% alors qu'une étude antérieure en 1987 donnait respectivement les taux de 2% et 4%.

Ces chiffres sont révélateurs et il est plus qu'urgent de freiner la propagation des MST/sida dans nos prisons. Compte tenu de la faiblesse du budget réservé à l'entretien des détenus, la sensibilisation est le seul moyen à notre disposition.

#### *Les objectifs du projet*

Il s'agit de :

- contribuer à améliorer les connaissances du personnel pénitentiaire sur les MST/sida ;
- améliorer les connaissances des détenus sur l'utilisation des condoms comme moyen de prévention ;
- inciter les détenus à fréquenter les services de santé pour les soins des MST/sida ;
- éduquer les détenus à adopter des comportements sexuels à moindre risque.

#### *Les stratégies*

La sensibilisation sur les MST/SIDA dans les prisons comporte deux phases :

1- La formation de tous les agents de l'administration pénitentiaire

189 agents de l'administration pénitentiaire ont été formés dans un premier temps.

A l'issue de cette première formation, deux agents par établissement pénitentiaire ont été retenus pour une seconde formation plus approfondie. Ils sont les communicateurs relais et les organisateurs des séances de sensibilisation dans l'établissement pénitentiaire (EP) dont ils relèvent.

Ces agents ont été choisis sur la base des critères suivants :

- les facultés pédagogiques ;
- la maîtrise de plusieurs langues vernaculaires ;
- la disponibilité.

A l'issue de cette seconde formation, quatre agents, les plus performants, ont été retenus pour constituer la cellule de base de sensibilisation. Cette cellule devrait effectuer les tournées (4 dans l'année) dans les 11 établissements pénitentiaires du pays pour appuyer les communicateurs relais qui seront déjà sur place.

## 2 - La sensibilisation dans les prisons.

Elle doit être effectuée par les communicateurs relais de chaque prison et par la cellule de base de sensibilisation.

### *Le module de formation*

Le module proposé comprendra les éléments suivants :

- 1 - Les MST :
  - définitions, symptôme et exemples
  - conséquences
  - prévention et conduite à tenir par les victimes.
- 2 - Le sida :
  - définition/épidémiologie
  - modes de transmission
  - mesures de prévention
  - démonstration et négociation du port du condom
  - prise en charge des malades

### *Les résultats et les problèmes rencontrés*

Le volet formation des agents du projet a été un succès puisque tous les agents de l'Administration pénitentiaire ont été formés.

Le volet sensibilisation des détenus a été réalisé à 70 %. Les agents retenus comme communicateurs relais ont organisé chacun dans son établissement pénitentiaire des séances de causeries. Les tournées de sensibilisation dans les Maisons d'arrêt et de correction par la cellule de base n'ont pas été effectives parce que le budget n'a pas été bouclé entièrement.

Il faut relever que les communicateurs relais manquaient de pédagogie et n'avaient pas les matériels didactiques pour leurs activités de sensibilisation, si bien que les détenus se sont peu à peu désintéressés des séances de causeries sur les MST/sida.

Il y a donc lieu de repenser les stratégies en associant les professionnels de l'IEC pendant quelques années et prévoir la prise en charge des infections opportunistes du sida et des MST classiques.

Telle est la justification du projet IEC sur les MST/sida dans les prisons du Burkina Faso.

Je ne saurais terminer mon propos sans remercier les organisateurs du présent atelier et saisir l'occasion qui m'est offerte pour lancer un appel aux bailleurs afin qu'ils financent les projets pouvant améliorer la santé des détenus.



## ***La transmission du virus du sida : compte-rendu d'une étude menée dans certaines prisons du Malawi***

***Dr. DeGabriele<sup>6</sup>***

**A**u début de 1998, une conférence sur le sida/VIH dans les prisons africaines a eu lieu à Dakar, au Sénégal. Les délégués faisaient remarquer notamment que, bien que la question du sida/VIH dans les prisons soit une question très grave, la situation réelle était mal connue. Dans la même année, Penal Reform International (PRI) a lancé au Malawi une étude sur la situation du pays. A notre connaissance, c'est la première étude de ce type en Afrique. Les détails de cette étude sont publiés dans un rapport intitulé " VIH/sida dans les prisons du Malawi ".

Ce rapport examine comment le VIH est transmis dans les prisons et comment sont soignés les détenus malades du sida/VIH. Des études ont été menées dans les trois plus grandes prisons du Malawi : Zomba, avec une population carcérale de près de 1 900 détenus ; Chichiri à Blantyre, avec 1 400 détenus et Maula à Lilongwe, avec 1 100 prisonniers. Tous ceux qui participent au régime pénitentiaire sont inclus : le personnel du service pénitentiaire, les pasteurs, les professionnels de la santé et bien sûr les détenus eux-mêmes.

### **La transmission homosexuelle du sida**

**B**ien que de nombreux prisonniers soient déjà contaminés quand ils arrivent dans les prisons, certains attrapent le virus pendant leur séjour en détention, généralement suite à des pratiques homosexuelles. Bien qu'il soit difficile de présenter des chiffres exacts, de nombreux détenus soulignent que de telles pratiques sont fréquentes dans leurs cellules ; certains installent même des rideaux pour préserver leur intimité. Ces rapports sexuels impliquent généralement les détenus les mieux lotis, souvent plus âgés, et les plus jeunes ou les adolescents qui ne bénéficient pas d'un soutien extérieur. Les partenaires sont souvent multiples, dans la mesure où un homme âgé peut avoir plusieurs "femmes", les hommes jeunes ou les garçons allant " de main en main ".

### ***Mauvaises conditions de détention***

Bien qu'il soit vrai que bon nombre de détenus de sexe masculin ont de toute façon une tendance à l'homosexualité ou bien recourent à d'autres hommes à défaut de femmes, la plupart des détenus, surtout les adolescents, pratiquent l'homosexualité en raison des très mauvaises conditions qui sévissent dans les prisons. Certains lecteurs penseront sans doute qu'eux aussi sont pauvres et ne peuvent se permettre de s'apitoyer sur ces détenus, mais ils auraient tort. Bien que beaucoup d'habitants du Malawi ne mangent qu'un repas par jour pendant les mois de disette, la plupart mangent à leur faim pendant les autres mois de l'année. Tout ce que les prisonniers consomment est un petit repas de nsima et de haricots ou nandolo, et ce, tous les jours de l'année. Quelques prisonniers sont littéralement nus et beaucoup ne portent que des haillons. Outre le fait qu'ils reçoivent une nourriture insuffisante, la plupart des détenus ont peu de vêtements, beaucoup n'ont pas de couverture, pas de savon et rien à faire ni personne qui s'occupe d'eux. C'est dans ces circonstances que certains détenus se tournent vers d'autres co-détenus mieux lotis pour échanger " un service sexuel " contre de la nourriture, une couverture ou un morceau de savon. Cela s'apparente à la relation qu'entretient une prostituée pauvre avec un client riche.

### ***Adolescents***

Les plus vulnérables sont les adolescents. Ils n'ont souvent ni amis ni parents à l'extérieur pour les soutenir, soit qu'ils viennent de familles éclatées, soit qu'ils aient fui leur foyer ou que leurs familles habitent trop loin ou ont trop honte pour rendre visite à leur progéniture en disgrâce. Le fait qu'ils sont dans le besoin fait d'eux la proie facile d'adultes en chasse. Parfois, les gardiens laissent les adolescents s'installer dans les quartiers des adultes moyennant un petit pot de vin. On signale que des adolescents

6. Chercheur, Malawi

passent de nombreux mois avec les détenus adultes. Afin que les jeunes soient protégés, ils devraient être complètement séparés des adultes.

### **Soins dispensés aux détenus porteurs du virus du sida/VIH**

Quelle est l'étendue du sida dans les prisons ? Sur les 8 400 cas traités à la clinique de la prison centrale de Zomba en 1997, 25% étaient séropositifs. Pendant la même année, 40% des 167 décès étaient dus au sida.

#### ***Les détenus tombent vite malades***

Dans la plupart de nos prisons, le régime alimentaire insuffisant, la mauvaise hygiène, le manque de couvertures et l'infestation par des insectes sont autant de facteurs qui contribuent à la dégradation rapide de la santé des détenus les plus résistants, sans parler des plus vulnérables comme les très vieux, les très jeunes, les séropositifs et les détenus qui étaient déjà malades avant leur détention.

La surpopulation est un autre facteur qui contribue à la propagation des maladies contagieuses comme la tuberculose, la diarrhée ou la gale, dans la mesure où elle implique une difficulté à fournir de l'eau en quantité suffisante pour permettre à tous d'assurer la propreté de leur corps et de leur environnement. De plus, l'évacuation des eaux usées et des excréments peut s'avérer problématique. Par ailleurs, la surpopulation a un effet direct sur le taux élevé d'homosexualité car dans certaines cellules les hommes dorment très près les uns des autres.

L'état des détenus mourants est particulièrement préoccupant. La décence élémentaire voudrait que celui qui n'en a plus pour longtemps puisse mourir chez lui, si possible entouré de sa famille et de ses amis avec lesquels il pourrait du moins faire la paix. De plus, dans la mesure où les prisons n'ont pas les moyens de transporter des corps ni d'organiser des obsèques décentes, beaucoup de détenus sont mis dans la fosse commune sans cérémonie aucune.

#### ***Soins médicaux insuffisants***

Le fait d'être malade en prison est déjà grave en soi. L'attention médicale portée aux victimes de maladies chroniques, notamment le sida, est déplorable. Le personnel médical de la prison fait de son mieux, mais il est surchargé de travail, sous-payé et insuffisamment formé au regard des responsabilités qu'il doit assumer. Il semblerait aussi que la santé des prisonniers n'est pas une priorité. Comme l'a déclaré un détenu : " avoir le sida en prison, c'est l'enfer ".

Le manque de coopération entre les différents niveaux, à savoir les prisons, la police et les services de santé au niveau du district ne facilite pas les choses. La santé des prévenus malades est du ressort de la police, qui adresse généralement le patient à un hôpital, tandis que les détenus malades relèvent de la prison, le personnel de l'hôpital central répugnant généralement à fournir quelque traitement que ce soit aux patients qu'on lui adresse.

#### **Un pas en avant**

Si cette lecture est déprimante, c'est parce qu'elle est le reflet de la situation carcérale. Cependant, comme pour tout le reste, si nous le voulons, nous pouvons améliorer la situation. Beaucoup de problèmes proviennent non pas d'un manque d'argent mais d'un manque de volonté et d'un refus de prendre des décisions. Que faut-il donc faire ?

Il est primordial de fournir aux détenus suffisamment de nourriture, de vêtements, de couvertures et de savon, ce qui non seulement réduirait le nombre de prisonniers qui proposent des faveurs sexuelles en échange de ces produits de consommation courante, mais aurait aussi le grand avantage de retarder l'apparition du sida déclaré et d'aider les détenus déjà contaminés. D'ailleurs, les prisons ont déjà repris la production de nourriture et de cultures de rapport dans les fermes pénitentiaires, ce qui profite à tout le monde.

Comme la surpopulation est aussi la cause directe de la transmission du virus du sida et des maladies contagieuses, c'est un thème qu'il convient d'aborder. Nous sommes en présence de différents choix : construire davantage de prisons ou proposer un autre type de peine (comme le TIG) à ceux qui n'ont pas

commis de crimes graves et qui ne représentent pas une menace pour la société. Cette dernière solution est adoptée dans beaucoup de pays et s'est révélée moins coûteuse, plus humaine et favorisant moins la récidive.

Un grand nombre d'ONG investissent des sommes importantes et si certaines ont le courage de conditionner leur aide à des réformes institutionnelles et à un bon suivi, d'autres ne le font pas et rendent ainsi leur appui inefficace.

Les parents et amis doivent être sensibilisés aux droits des prévenus et des détenus. Ils ont aussi besoin de connaître leurs droits en tant que visiteurs de la prison. Il est indispensable de rendre visite régulièrement aux détenus non seulement pour fournir un soutien matériel, mais aussi pour procurer un soulagement affectif nécessaire au maintien de la santé et du bien-être.

Enfin, les adolescents ont besoin d'être tenus à l'écart des adultes. Les pouvoirs publics se sont déjà mobilisés à cette fin.

Bref, même si nous sommes encore loin du but, nous avons déjà commencé à changer les choses.



# *Centre spécialisé de détention et de réinsertion pour femmes et mineurs du Mali*

*Céline Rousselin*<sup>7</sup>

## **La situation sanitaire dans les prisons au Mali**

Le système sanitaire dans les prisons au Mali est pauvre, presque inexistant. Le défaut d'accès aux soins et la faiblesse de la couverture sanitaire de base (hygiène, soins primaires des maladies courantes) sont deux causes principales de la morbidité et de la mortalité dans les prisons maliennes.

Les pathologies les plus rencontrées sont les dermatoses liées au manque d'hygiène, les crises de paludisme à un niveau endémique et les épidémies de diarrhée dues à une mauvaise hygiène alimentaire.

Néanmoins, il faut souligner quelques exemples positifs, même s'ils ne permettent pas de conclure à l'existence d'une réelle couverture sanitaire dans ces prisons :

La Maison d'arrêt centrale de Bamako est dotée d'une infirmerie pourvue de médicaments de première urgence (budget de 1 500 000 CFA par trimestre, payé par la Direction nationale de l'administration pénitentiaire et de l'éducation surveillée - DNAPES) ; un infirmier et un aide soignant sont détachés par le ministère pour effectuer les soins ; le médecin de la commune environnante fait des consultations une fois par semaine.

A Sikasso, une infirmerie a été mise en place par une ONG (Mali Santé Suisse) et les consultations sont effectuées par le médecin de l'assistance médicale, à raison d'une fois par semaine.

A Koutiala, une infirmerie a été mise en place par les Sœurs Italiennes et les consultations sont effectuées par le médecin de l'assistance médicale, à raison d'une fois par semaine.

Dans les autres prisons de l'intérieur et les 4 centres agricoles, aucune couverture sanitaire n'est assurée, et les détenus ne peuvent recourir à des soins que si leur famille paie les soins et les médicaments.

Le manque de surveillants pose le problème des transferts vers les hôpitaux, la responsabilité des évasions et autres difficultés pouvant survenir et dépendant de l'administration pénitentiaire.

## **Le cas du Centre spécialisé de détention et de réinsertion pour femmes et mineurs de Bollé**

Le CSDR est un exemple novateur dans sa conception par le ministère de la Justice malienne, car dans la plupart des prisons d'Afrique, les femmes et les mineurs sont dans des quartiers séparés des hommes, mais dans la même enceinte ; un projet de formations spécifiques a été conçu pour améliorer la réinsertion de cette population considérée comme des plus vulnérables.

Le CSDR a été installé dans des bâtiments neufs, équipés d'un système de sanitation exemplaire (douches, toilettes), de cellules aérées pourvues de 6 à 8 lits avec moustiquaire, d'un bâtiment pour les formations, d'une école, d'un foyer-galerie d'exposition, l'ensemble dans un site de 72 hectares permettant des activités agropastorales.

Un nouveau corps de surveillantes femmes a été formé pour assurer la surveillance de la prison des femmes.

Il s'agit donc d'un " cadre idéal " pour mettre en place un projet de santé novateur en milieu carcéral.

## **Présentation des activités en cours pour améliorer la santé au CSDR de Bollé**

Le programme d'activités a réellement commencé avec le transfert des femmes et des mineurs de la prison centrale (en octobre 1998 pour les femmes et juin 1999 pour la totalité des mineurs garçons) et avec la systématisation de l'envoi de ces catégories de détenus des commissariats vers le CSDR

---

7. Association Balemaya

Ce programme comporte différents volets présentés ci-dessous.

### **La formation**

#### *Formation théorique du personnel soignant*

Le personnel soignant est composé de 2 infirmier(e)s, une infirmière coordinatrice, un aide soignant. La formation théorique du personnel soignant est assurée par un médecin étranger, à raison de deux fois deux heures par semaine.

#### *Formation pratique du personnel soignant*

Elle est assurée par l'infirmière responsable des programmes Balemaya, de façon systématique et informelle, en fonction des besoins.

#### *Formation informatique de l'infirmière coordinatrice*

La formation informatique de l'infirmière responsable de la pharmacie a été mise en place par la coordinatrice de Balemaya, afin de gérer les stocks de pharmacie, et effectuer des courriers simples sur WORD. L'achat d'un ordinateur est planifié par la suite.

#### *Formation à la gestion des stocks de pharmacie*

La formation à la gestion des stocks a été effectuée par la coordinatrice de Balemaya, afin de suivre les stocks pharmaceutiques, les consommations, les donations et les achats, pour planifier des commandes, surveiller d'éventuelles consommations anormales, et programmer annuellement un budget moyen en pharmacie.

#### *Formation sur l'organisation d'une crèche / biberonnerie*

Une infirmière malienne a été formée à la nécessité d'une crèche en milieu carcéral, à son organisation fonctionnelle, et à des pratiques de prise en charge de la relation mère-enfant, tout en favorisant l'éducation à la santé des mamans ou futures mamans. Cette formation a été initiée par la coordinatrice de Balemaya, et poursuivie par une bénévole expatriée.

#### *Formation en éducation sanitaire*

Elle a été mise en place par la coordinatrice de Balemaya selon une méthode traditionnelle malienne et une méthode active, afin de faire de la population cible les acteurs de leur propre santé et les médiateurs de la santé des autres. Il s'agit également de sensibiliser l'équipe soignante à l'effet "boule de neige" de cette méthode.

#### *Formation à l'approche psychologique et relationnelle des détenus*

Suite à des difficultés de la part de l'équipe soignante à gérer des problèmes de stress en intra-carcéral, et à un manque d'objectivité des soins vis-à-vis du mode de criminalité, une formation a été initiée par la coordinatrice de Balemaya, avec l'appui d'un psycho-pédagogue malien.

#### *Formation secourisme au personnel de surveillance, éducateurs, animateurs, etc.*

Cette session de formation a été élaborée par Balemaya et sera effectuée début 2000 par un partenaire associatif (la Croix Rouge malienne) pour les cadres et le personnel pénitentiaire de Bollé, dans le but d'améliorer la prise en charge des premiers soins, et de sensibiliser ce personnel à la nécessaire prise en charge médicale pluridisciplinaire (prévenir les accidents éventuels, alerter à bon escient, secourir en attendant l'équipe médicale, et favoriser une relation humaine entre le personnel et les détenus).

#### *Bollé, terrain de stages de formation*

Le dispensaire du CSDR de Bollé a accueilli en stage des élèves aide-soignants du Centre de formation des agents socio-sanitaires du Docteur Seydou Traore, Bamako. Quatre élèves aide-soignants sont accueillis pour une durée de 1 mois, et formés par l'équipe médicale de Bollé. Le Centre pourrait également dans le futur accueillir en stage des élèves infirmiers et internes en médecine venant d'autres pays.

### **Les soins**

#### *Consultations médicales*

Elles sont effectuées deux fois par semaine par un médecin bénévole expatrié. La constitution de dossiers individuels permet d'assurer un suivi médical. La décision d'un transfert ou d'une consultation spécialisée

est prise en collaboration avec la coordinatrice de Balemaya. Les transferts s'effectuent en ambulance (camion donné par l'association " Les Amis du Monde "). Les urgences sont assurées par un système de garde avec les infirmiers.

#### *Soins infirmiers*

Ils sont prescrits par le médecin, et effectués par un infirmier. Le personnel soignant est constitué d'une infirmière coordinatrice malienne responsable de la gestion de la pharmacie et de l'équipe soignante, d'une infirmière avec expérience en gynécologie et obstétrique responsable des soins mère-enfant, d'un infirmier à la retraite responsable du suivi vaccinal et des soins aux mineurs garçons, un aide-soignant responsable de l'hygiène du dispensaire, et de l'incinération des déchets. Chaque responsable de secteur s'occupe des soins à tour de rôle.

#### *Suivi vaccinal*

Un bilan de l'état vaccinal des détenus est effectué à l'entrée. Une vaccination systématique antitétanique est mise en place par le centre de santé communautaire du quartier, ainsi que la vaccination classique des bébés depuis septembre 1998 ; un carnet de vaccination est mis à jour et distribué à la sortie des détenus.

#### *Hospitalisation au dispensaire*

Si le médecin ou l'équipe soignante juge nécessaire l'hospitalisation d'un détenu, il y a actuellement 2 lits dans une chambre, et une salle d'isolement en cas de maladie contagieuse ou de nécessité psychologique. Un suivi infirmier 24 heures sur 24 est assuré, avec feuille de surveillance.

#### *Suivi de grossesse / suivi post-natal*

Le suivi de la grossesse est pratiqué par le médecin ou l'infirmière responsable. Les échographies sont effectuées au centre de santé MUTEK (en ville). Les accouchements se pratiquent à l'extérieur dans un centre de santé, par manque de matériel, mais devraient se faire au dispensaire courant 2000. La femme accouchée reste hospitalisée 10 jours pour surveillance et repos.

#### *Suivi médical du personnel de Bollé*

Il est effectué par le médecin et le suivi est noté sur un dossier. Le personnel est logé au pourtour du CSDR, et est présent 24h/24 : leur prise en charge médicale a semblé importante à l'association Balemaya, dans la mesure des possibilités.

#### *Réflexions sur la prise en charge du sida*

Il s'agit de renforcer l'incitation au dépistage du VIH au CSDR dans le cadre d'un dispositif de soins cohérent, c'est à dire en proposant des solutions de suivi adaptées. Cela nécessite entre autre un dépistage volontaire et régi par la confidentialité entre le patient et le médecin. L'équipe médicale insistera sur la prévention sida lors des séances d'éducation sanitaire, point clé dans l'incitation au dépistage et dans la réduction des risques en post-carcéral. La formation des cadres et du personnel pénitentiaire se fera par le Docteur Sylla du CESAC (Centre d'étude sur le SIDA à Bamako ; c'est un centre de dépistage, d'écoute, de suivi thérapeutique de jour, et de suivi psy, de soutien financier et nutritionnel aux sidéens) en janvier 2000. L'élaboration d'un programme d'action se fera en collaboration avec la Direction du CSDR. Le dépistage, le suivi psychologique et un éventuel traitement se fera en collaboration avec le CESAC.

#### *Réunions de l'équipe médicale*

Elles se tiennent une fois par semaine au dispensaire. L'ordre du jour est établi par la responsable de Balemaya, et comporte des points organisationnels (sur les différentes activités), humains (sur le vécu, les problèmes rencontrés par l'équipe), et financiers (rapport de caisse, priorités financières).

#### *Réunions d'équipe avec tous les secteurs de Bollé*

Elles se tiennent au CSDR et sont présidées par la Directrice du centre : l'ordre du jour est défini par la Direction.

### **Education sanitaire**

#### *Jeu sur le sida*

Il est né de l'intérêt des mineurs garçons détenus pour le problème du sida. La proposition du jeu leur a été faite en novembre 1998, et les fondements du jeu ont été constitués en décembre 1998 avec l'équipe soignante, sous la direction de la responsable de Balemaya, à partir de l'expérience d'un jeu semblable

commercialisé en France et distribué entre autres à la prison de Nanterre.

Le but de ce jeu est la réalisation d'un outil de sensibilisation au sida par les mineurs, qui tiennent compte de leurs inquiétudes, leur visualisation de la maladie, leurs réponses. Il s'agit de les aider à devenir des acteurs d'éducation sanitaire, à positiver leur propre image, à favoriser leur capacité de création et à diffuser une image positive des détenus à l'extérieur.

Après une phase de test de la faisabilité du jeu, il sera commercialisé au Mali dans les écoles, quartiers, etc. et en France, comme exemple d'outil d'éducation pour la santé.

#### *" Théâtre utile "*

L'équipe soignante ayant été confrontée à des problèmes d'éducation à la santé difficilement solvables par des méthodes dites traditionnelles avec les mineurs, il a paru judicieux et urgent de mettre en place des activités de théâtre de sensibilisation sur les thèmes de la violence, de l'alcoolisme, de la drogue, et de l'homosexualité, pour permettre aux enfants d'en parler plus librement, et de les faire réfléchir sur ces problèmes. Les objectifs de cette activité sont l'expression des douleurs de ces mineurs, la créativité éducative, et la revalorisation de ces détenus à l'extérieur. Sont prévues fin 1999, début 2000, des représentations au CSDR ainsi qu'une trace vidéo. L'évaluation de cet outil se fera par la coordinatrice de Balemaya et la Direction du CSDR fin 2000.

#### *Discussion sur des thèmes choisis par les détenus*

L'éducation sanitaire se fait traditionnellement au Mali sous forme de palabres avec affiches à l'appui, ou à travers des cassettes vidéo. Les thèmes peuvent aller de problèmes de la vie courante, comme la violence et l'excision, à des problèmes de salubrité (l'eau, les latrines), de santé primaire (planning familial, vaccination), d'alimentation, ou d'endémie (paludisme, bilharziose).

Ces thèmes sont préparés d'une semaine sur l'autre, en fonction de l'intérêt des détenus.

Au sein de la crèche, l'éducation sanitaire porte surtout sur des thèmes liés à la santé du nourrisson, et est accompagnée d'exercices pratiques (ex : la nutrition avec préparation de bouillie enrichie, de biberons, l'hygiène avec bain du bébé et surveillance de l'état cutané, les yeux, le nez).

#### *Evaluation des connaissances et des réalisations*

L'évaluation des connaissances des détenus sur un thème bien spécifique se fait d'une semaine sur l'autre, en début de chaque cours.

L'évaluation des réalisations se fera en décembre 1999 avec la Direction du CSDR et les institutions dont elle dépend, puis elles seront montrées lors de l'assemblée générale ordinaire.

### **Equipement**

#### *Fin de réhabilitation du dispensaire des femmes*

Le dispensaire a été équipé par Balemaya en 1998 : mobilier, équipement en dur de paillasse de soins, achat de matelas, draps, moustiquaires, apport de médicaments et matériel médical. Le mobilier a été entièrement fabriqué par les mineurs dans le cadre de leur formation (menuiserie, ferronnerie). Reste à compléter le matériel médical pour améliorer l'équipement du dispensaire.

#### *Réhabilitation d'une salle de soins pour mineurs*

En 1998, les mineurs garçons se faisaient soigner au dispensaire des femmes, ce qui a pu poser certains problèmes de sécurité et de promiscuité. Le ministère de la Justice a commencé en 1999 la réhabilitation du secteur des mineurs (100 mètres derrière celui des femmes), qui existait depuis 1960. Une pièce est réservée pour l'infirmierie dont l'équipement se fera début 2000 par Balemaya.

#### *Aménagement de la crèche*

Située dans l'enceinte des cellules, et dans l'aile des femmes avec enfant, la crèche nécessite un aménagement qui a été effectué conjointement avec la direction du CSDR de Bollé.

Des jeux sont collectés en France à cet effet, et d'autres, en mousse ou en tissu, sont confectionnés à l'atelier couture du CSDR par les femmes détenues ; d'autres jeux en bois sont construits par les mineurs à leur atelier, et la Direction du CSDR mettra en place la fabrication de poupées traditionnelles à l'atelier

couture. Un aménagement de l'extérieur est prévu pour janvier 2000, afin d'augmenter l'espace réservé aux enfants (jeux d'extérieur, activités manuelles, cuisine).

Une infirmière est détachée tous les jours à la crèche et encadrée par une bénévole expatriée.

#### *Aménagement de la bibliothèque*

Les bibliothèques sont situées dans l'enceinte de chaque centre. Le ministère de la Justice a mis à disposition le mobilier nécessaire, ainsi que les moyens humains.

Balemaya met en place en France un système de collecte des livres et revues, triées en fonction de leur adéquation au Mali et à la population carcérale féminine (pour la plus part analphabète) et mineure (scolarisés pour les garçons).

Les associations, à travers la cellule d'appui, se proposent de s'investir dans l'apport de livres et revues maliennes.

#### **Motivations de Balemaya, impact attendu**

La création de l'association Balemaya, et la mise sur pieds de ce projet d'appui à la santé au CSDR de Bollé a été motivée par la volonté d'initier une dynamique d'actions diverses en matière de santé physique et mentale en milieu carcéral, avec une réflexion en partenariat avec des acteurs locaux et internationaux.

#### **Problèmes rencontrés**

Les cadres et le personnel pénitentiaire éprouvent des difficultés à comprendre des programmes globaux non palpables, dont les résultats sont à long terme (éducation pour la santé, théâtre psychothérapeutique).

Il n'existe pas de réelle concertation sur les programmes de santé avec les institutions.

Le personnel pénitentiaire manque clairement de formation dans le domaine de la santé et de l'éducation.

#### **Propositions**

Former les cadres et personnels pénitentiaires à la nécessaire prise en charge sanitaire globale (formation sur le sida en janvier 2000, formation secourisme en février 2000, favoriser la participation accrue du personnel de surveillance et éducateurs aux activités d'éducation pour la santé et au théâtre psychothérapeutique).

Mise en place de stratégies sanitaires avec la DNAPES et la Direction du CSDR, sur le sida, le rôle de l'équipe médicale dans la gestion de la violence en intra-carcéral et les pratiques répressives (isolement...).

Renforcement de l'implication de la DNAPES dans l'élaboration des programmes de santé, leur évaluation, et les perspectives d'avenir.

Mise en place d'une stratégie de recouvrement des coûts avec la DNAPES et la Direction de la prison, en utilisant les ressources humaines du ministère de la santé, en instaurant un système de mutualisation du personnel pénitentiaire, en réservant une partie de la caisse de solidarité (fruit des activités professionnelles) pour combler les coûts pharmaceutiques, en utilisant les recettes des activités en éducation sanitaire (représentations théâtrales, vente de jeux sur le sida), et en favorisant l'appui associatif malien (ASFOM - Balemaya Mali).

#### **Les enjeux de la santé en milieu carcéral**

##### *Un facteur d'amélioration de la dignité des détenus en prison*

L'emprisonnement étant une situation fragilisante pour l'individu, sa santé physique et mentale en est souvent altérée. L'accès en milieu carcéral à un système de soins au moins égal à la couverture sanitaire dans la société civile, est un facteur minimum de la dignité d'une personne.

##### *Un facteur essentiel d'amélioration des conditions de détention*

L'administration pénitentiaire peut améliorer certaines conditions de détention, comme les locaux, la sanitation, la nourriture, la formation, les activités socio-culturelles. Toutefois, si la couverture sanitaire n'est pas assurée, les détenus ne pourront pas accéder aux autres domaines.

##### *Un facteur de diminution de la fracture sociale que constitue la prison*

La prise en charge spécifique de la santé physique et mentale des détenus contribue à les considérer de la même façon que dans la société civile ; la création de lieux privilégiés comme la crèche tente de combler la situation anormale d'un point de vue social pour un enfant (absence de représentation paternelle) de naître et vivre en situation d'enfermement ; la création d'activités socio-culturelles (jeux, sport, théâtre, danse, percussions,...) tente de reproduire des rythmes de vie sociale, de fête.

#### *Un facteur de réinsertion post-carcérale*

Il ne faudrait pas limiter la réinsertion post-carcérale aux programmes de scolarisation et de formation pratique, car l'éducation à la santé est un facteur essentiel dans la réinsertion sociale des détenus : la situation des femmes incarcérées pour infanticide, abandon ou avortement semble étroitement liée à leur condition sociale défavorisée et à leur manque d'éducation en matière de planning familial. L'éducation à la santé dans ce domaine peut réduire la récurrence et améliorer leur condition socio-familiale.

Le théâtre psychothérapeutique peut amener les jeunes à une réflexion sur leur comportement vis-à-vis de l'alcool, la drogue, la violence, la déviance sexuelle, etc.

Le jeu sur le sida, comme méthode active, peut entraîner certains changements de comportement et une mise en valeur de la population cible comme acteur de sa propre santé.



# *Le rôle des ONG en matière de santé en prison - le cas du Nigeria*

**Dr. Anthony Okwuosah<sup>8</sup>**

Le mauvais état des prisons nigérianes ne date pas d'hier. Ce qui est nouveau, c'est la démarche d'ouverture vers l'extérieur d'un service pénitentiaire rénové, ouverture due sans doute au fait que notre cher Président a été, il y a, peu l'hôte des services pénitentiaires du Nigeria. Cette ouverture peut être aussi imputable aux activités des ONG, tant au niveau local qu'international, notamment l'Institut nigérian d'études juridiques avancées, l'organisation des libertés civiles (CLO), Hurilaws, PRAWA, MRCTV et bien sûr les organismes religieux. Parmi les ONG qui exercent une influence énorme sur les prisons au Nigeria, on compte PRI et le CICR. Enfin, l'avènement de la démocratie lève le voile de la peur et du secret qui a recouvert les prisons du Nigeria.

## **L'état des prisons au Nigeria**

Bien que très fragmentaires, les compte-rendus sur la santé et les conditions médicales dans les prisons nigérianes brossent un tableau assez sombre de la surpopulation et des conditions inhumaines et dégradantes. Ces documents font apparaître un taux de décès officiel d'environ 4 500 détenus en 1992 et d'un nombre total d'incarcérations de quelque 50 000 personnes dans 147 prisons. Ces décès seraient dus essentiellement à des causes évitables comme la malnutrition, la tuberculose, les maladies gastro-intestinales, le paludisme.

Les prévenus constituent 70 à 80 % de l'ensemble de la population pénitentiaire du Nigeria, voire jusqu'à 90% dans certaines prisons, en particulier dans les grands centres urbains. L'organisation de la justice pénale au Nigeria est en grande partie responsable de cette situation. En outre, un système carcéral qui n'a pas le pouvoir de dire "plus de clients, nous sommes complets" se trouve débordé.

Les décès dans les prisons nigérianes sont relevés essentiellement chez les prévenus, soit 95% du total.

Pour aggraver la situation des prévenus, lorsque ces derniers sont libérés ou acquittés, ils reviennent dans une société qui n'est pas assez instruite pour faire la distinction entre un détenu acquitté et un détenu qui a purgé sa peine. Aussi sont-ils stigmatisés de l'étiquette d'anciens détenus, avec les problèmes sociaux que cela peut entraîner.

## **Activités des ONG dans les prisons nigérianes**

Au fil des ans, le Nigeria a connu une progression rapide du nombre des ONG qui soutiennent un large éventail d'activités dans des domaines comme la santé, l'éducation, la protection de l'enfance, l'environnement, le sida, les droits de l'homme et bien sûr les prisons et la réforme pénale.

Avant 1987, la participation des ONG n'était que symbolique et mal coordonnée, surtout parmi les groupes religieux dont l'intérêt principal était de sauver des âmes et des "déchets" de la société. La récession de l'économie nigériane survenue à la fin des années 80 s'est traduite par une détérioration rapide des conditions de détention, débouchant sur une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Une fois de plus, les églises ont été sur le devant de la scène. Rendons toutefois hommage à l'Organisation des libertés civiles du Nigeria (CLO) pour avoir inclus le thème des prisons dans le débat public par leur rapport "Behind the Wall", soutenu par PRI. Cette démarche les a malheureusement coupés de l'administration pénitentiaire, mais a débouché sur un intérêt renouvelé d'autres groupes - comme les églises et les ONG - pour les activités liées à la protection pénitentiaire.

Ces activités étaient mal coordonnées, donnant lieu à un gaspillage et à un double emploi des ressources. Pour remédier à cette situation, il a été décidé, en août 1997, lors de la Conférence nationale sur les prisons parrainée par le British Council, de créer une coalition nationale d'ONG travaillant sur la réforme pénale. L'initiative d'organiser cette conférence et de créer une coalition a été appuyée par Mme Uju Agomoh et M. Wale Fapohunda.

8. Directeur médical, Centre médical de réinsertion pour les victimes de la torture (MRCTV), Lagos, Nigeria.

A l'heure actuelle, la coalition se compose de 85 ONG et organismes religieux qui travaillent sur les prisons et la réforme pénale. Voici leurs objectifs :

- Promouvoir l'échange d'information, la compétence et les expériences
- Améliorer la portée, la qualité et le contenu du travail de réforme pénale
- Faciliter la formation et le développement des capacités de ses membres
- Faciliter une meilleure coopération entre la coalition et les organismes officiels apparentés
- Apporter un soutien pratique aux détenus, anciens détenus et leur famille

Depuis lors, la coordination et la coopération entre les ONG sont bien meilleures, les organisations se concentrant davantage sur leurs domaines de spécialisation et de compétence.

### **Le Centre médical de réinsertion pour les victimes de la torture (MRCTV)**

**J**e travaille comme directeur médical (à temps partiel et gratuitement) pour le MRCTV à Lagos. Le MRCTV est une organisation indépendante à but non lucratif qui fournit une aide médicale, physique et psychologique, directe et spécialisée aux victimes des abus des droits de l'homme et qui essaie de faire intervenir les professionnels de la santé dans les travaux relatifs aux droits de l'homme. Nous sommes sans doute la première ONG à proposer aux détenus des soins de santé complets et bien structurés.

Notre programme pénitentiaire porte sur trois concepts, à savoir :

- "le concept de soins intégrés" qui tient compte du fait que de l'arrestation à l'incarcération, et jusqu'à la libération, plusieurs facteurs entrent en jeu pour influencer la survie du détenu, sa réinsertion et son intégration dans la société au moment de sa libération, quand il devient un citoyen à part entière qui occupe un emploi rémunéré. Aussi l'intervention devrait-elle commencer en prison.
- "le concept de prisons saines" qui envisage la prison comme une communauté ou un cadre destiné à promouvoir la santé, et qui prend en compte sa capacité à exercer une influence positive sur la santé et les modes de vie des détenus ainsi que le rôle du personnel pénitentiaire - responsable de la santé ou d'autres secteurs - dans la promotion de la santé dans les prisons.
- "le concept de soins de base" qui utilise des moyens peu coûteux et culturellement acceptables, avec la participation de la communauté concernée, pour assurer la qualité de la santé. Ce concept fait intervenir la formation aux soins de santé, l'approvisionnement en eau et l'hygiène, une nourriture saine et suffisante, des médicaments de première nécessité dans les cliniques, la prévention et le traitement des blessures, l'immunisation contre les maladies courantes, la promotion d'habitudes et de modes de vie sains ainsi que la prévention de l'abus des médicaments.

En englobant ces trois concepts et en visant indifféremment tous les détenus dans le besoin, nous garantissons l'équité et l'accès aux groupes vulnérables comme les personnes en garde à vue, les prévenus et autres prisonniers. Le traitement se poursuit dans notre centre, le cas échéant, même après la libération.

Nous pensons aussi que le contact des prisonniers avec l'extérieur est le principal garde-fou contre toute forme d'abus. La plupart des abus se produisent parce que les prisons échappent au contrôle public, les pouvoirs publics ignorant souvent l'ampleur de l'"érosion" des droits du prisonnier et des abus commis, ainsi que les conditions déplorables et inhumaines qui prévalent.

Toutefois, ce contact a un prix, notamment la consigne (ouverte ou non) de ne pas divulguer ce que l'on a vu, accompagnée du risque de devenir partie intégrante du système et de finir par trouver acceptable des conditions ou des lois qui ne le sont pas. Nous avons mené ce projet pendant six mois environ, période pendant laquelle nous nous sommes occupés de plus de 600 détenus, dont des femmes et des enfants. Nous avons aussi fourni des soins au personnel et à leur famille.

Les consultations ont fait apparaître la prévalence de maladies dans les prisons dans l'ordre suivant :

- paludisme (173 cas)
- dermatoses (80 cas)
- tuberculose (73)
- infections respiratoires aiguës (73)
- maladies orthopédiques (45)
- maladies gastro-intestinales (29)
- problèmes oculaires (20)
- problèmes chirurgicaux (18)
- infections du conduit urinaire (18)
- troubles psychologiques (17)

Notons aussi, que des cas de diabète, d'épilepsie, d'asthme, de cancer, de grossesse et de maladies pelviennes inflammatoires ont également été observés.

Malgré les buts et les réalisations louables de ce programme, nous avons dû mettre un terme à l'activité intra-muros dans les prisons parce que nous ne pouvions pas publier nos travaux ni même amener les bailleurs de fonds potentiels dans les prisons pour leur montrer nos activités et les amener à soutenir notre action.

Cependant, l'ouverture actuelle des prisons nous permet d'espérer que nos travaux dans ce domaine puissent reprendre, forts de notre expérience passée. Il s'agit de privilégier les programmes suivants au détriment des dispensaires polyvalents :

- éducation à la santé pour aborder des questions comme le sida, l'hygiène personnelle, les modes de vie insalubres, etc.
- adduction d'eau et hygiène pour renforcer les sources existantes et en fournir de nouvelles.
- programmes de lutte contre les maladies contagieuses
- campagnes d'immunisation
- lutte contre les vers
- programmes chirurgicaux
- santé mentale et programmes de lutte contre la toxicomanie
- traitement suivant la libération et aide à la réinsertion dans notre centre à l'extérieur des prisons.

Nous abordons aussi l'absence de données fiables destinées à servir dans les interventions de planification de la santé dans les prisons nigérianes. Pour répondre à ce besoin, avec le soutien de PRI et la collaboration du service des prisons nigérianes, nous menons à l'heure actuelle une étude accessible, éthique, scientifique et objective pour déterminer les conditions sanitaires et les besoins de santé dans les prisons nigérianes. Le compte rendu de cette étude devrait fournir une indication précieuse sur l'ampleur des besoins et problèmes de santé et faciliter la planification des interventions gouvernementales et non gouvernementales. Il devrait aussi fournir la base d'une analyse internationale comparée en préconisant des améliorations dans la santé des détenus et en contribuant à la campagne mondiale en faveur de peines non carcérales tout en œuvrant pour une détention préventive plus humaine.

20 prisons sur 147 au Nigeria sont concernées par cette étude.

### **Recommandations pour améliorer la santé en prison**

Voici les recommandations que nous formulons pour améliorer la santé en prison :

- Réduction de la pauvreté et réformes économiques de nature à prévenir les délits dûs au besoin et à accroître l'affectation des ressources aux prisons tout en améliorant les salaires et

la protection sociale du personnel ainsi que les rapports entre détenus et en garantissant des visites et un soutien continus.

- Désencombrer les prisons par l'accélération des jugements et par l'introduction de peines non carcérales dans notre législation. Il serait souhaitable d'éviter, dans la mesure du possible, la détention préventive. Et quand celle-ci est prononcée, le temps passé en détention doit être décompté de la durée de la peine prononcée. Les détenus malades en phase terminale devraient être libérés.
- Garantir dans les prisons des conditions d'hygiène décentes, un contrôle de la ventilation et de la température, de l'éclairage, de l'habillement, de la literie, etc.
- Généralisation d'une formation à la santé et soins médicaux équivalents de ceux qui sont dispensés à l'extérieur. Au minimum, toute prison devrait avoir un centre de premiers soins géré par un personnel compétent associé à un système adéquat de renvoi vers des spécialistes et de paiement des soins si nécessaires.
- Assurer toute une gamme d'actions et de travaux constructifs pour améliorer la vie physique et affective des détenus, dont les visites conjugales, les liens communautaires étant un moyen important d'encourager la santé et de prévenir les abus.
- L'accès aux médias est de nature à éviter les abus et à encourager la communication et le soutien de la part de la communauté.
- Tout décès en prison devrait faire l'objet d'une enquête et un rapport détaillé devrait être obligatoire.
- Le temps passé à l'extérieur pour faire de l'exercice, profiter du soleil et de l'air frais est très important pour la santé et devrait être obligatoire.
- Les cas de maladies contagieuses ne devraient pas être simplement isolés mais traités énergiquement avec une anamnèse et un traitement adéquat.
- Le problème du sida en prison devrait être abordé expressément. Les risques et les pratiques comme l'usage multiple de rasoirs sales, d'aiguilles et de seringues et de matériel mal stérilisés par un personnel pénitentiaire démotivé et sans illusion, l'injection de drogue, le partage des seringues et l'homosexualité devraient être freinés.
- Les problèmes propres aux femmes en prison devraient être abordés, notamment les problèmes psychologiques et sociaux. Les nouveau-nés devraient pouvoir rester avec leur mère et les bébés devraient pouvoir disposer des soins post-nataux d'usage.
- Une bonne nourriture devrait être garantie et l'inspection de la nourriture des prisons est très importante. La quantité, la qualité et la préparation devraient être surveillées de près.
- La police et autres forces de l'ordre devraient être contraintes d'appliquer l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, afin d'éviter que ces derniers ne soient battus, torturés, brutalisés et que des détenus très malades ne se trouvent sur les lieux mêmes de la prison. Un moyen de les y contraindre est d'exiger qu'elles signent des rapports médicaux concernant des patients très malades.

## Conclusion

**E**n résumé, la politique d'ouverture des Services pénitentiaires du Nigeria porte déjà ses fruits. Nous avons noté des améliorations durant l'année qui s'est écoulée, qui dépassent tous les progrès observés pendant les dix années précédentes. Par ailleurs, on ne peut qu'appeler les services pénitentiaires du Nigeria et tous les autres services pénitentiaires à s'ouvrir aux ONG et à les inviter à les aider à améliorer la situation sanitaire dans les prisons africaines.

## Références

- Aeberhard ; P.A. *Historical Survey of Humanitarian Action : An International journal of health and human rights*; Published by the Human Rights Geneva, 1993
- Alfonso Dagan et al. *The NGO Puzzle UNICEF*, Lagos 1993
- Drucker P.F. *Managing non-profit organisation : practices and principles*, Butterworth Publishers, California, 1990
- McKinstry ed : *The role of voluntary organisation in emerging democracies*, Danish Centre for Human Rights, 1993
- Ehonwa O. and Odinkalu C. - *Behind the Wall*, Civil Liberties Organisation, Lagos, 1992
- Human Rights Watch - *Global report on prisons*, 1993
- Penal Reform International, *Making Standards Work*, The Hague, 1995
- Squires Neil, *Proceedings of the healthy prisons symposium*, Warrington, 1995
- The Nigeria Prison Service, *Safe and humane*, Abuja, 1995
- Goos C., *Proceedings of the 1st International Conference on Healthy Prisons*, Liverpool, 1996
- Okwuosah A., *Health status on inmates of Ikoyi Prison, Lagos*, MPH Thesis, University of Lagos, 1991
- NGO coalition on Penal Reform, *Interim report*, Lagos, 1998



# COMMUNICATIONS ECRITES

## *Les projets en cours au Nigeria pour réformer la santé en prison*

### *Administration pénitentiaire du Nigeria*

#### Etat des lieux

L'Administration pénitentiaire du Nigeria compte 147 prisons, 9 fermes-pénitentiaires, 2 maisons de redressement et une école de formation pour le personnel pénitentiaire. Au total, 22 000 personnes travaillent dans cette administration. La plupart de ces prisons ont été construites pendant la période coloniale britannique. Elles ont servi le système colonial. Pendant cette période, et encore quelques années après, les détenus étaient peu nombreux ; la plupart d'entre eux étaient des prisonniers politiques, des révolutionnaires ou des personnes ayant pris part aux révoltes. La population nigériane était alors principalement rurale. Il existait peu de centres urbains. Le taux de délinquance était très bas.

Jusqu'à la fin des années 1970, les taux de morbidité et de mortalité dans les prisons n'étaient pas différents de ceux de la population. La plupart des nigériens n'étaient pas informés de ce qui se passait derrière les murs. En fait, les décès étaient rares dans les prisons nigérianes. A l'époque, l'assistance médicale en prison consistait en des soins rudimentaires assurés dans les infirmeries situées à l'intérieur des prisons, par des infirmières ou des aides-soignants.

Vers 1985, cependant, les conditions de vie en détention ont commencé à se détériorer sérieusement. Les décès, jusque-là inconnus ou très rares, devinrent quotidiens dans la plupart des grands établissements. Les années 1986 à 1990 furent dramatiques. Il y eut plus de 4 000 morts entre 1988 et 1989. Ces décès peuvent entre autre être imputés aux mauvaises conditions de détention prévalant dans de vieilles prisons coloniales, inadaptées au nombre de détenus.

Ces vieilles prisons sont totalement en décalage avec les objectifs que l'administration pénitentiaire s'est fixé - rééducation et réinsertion des délinquants. La plupart prisons ont une petite capacité d'accueil et sont délabrées. Elles se caractérisent d'une manière générale par des sols défoncés, des toits qui fuient et une mauvaise aération. De plus, les systèmes d'évacuation des eaux usées et des égouts sont déficients. L'utilisation des seaux d'aisance, aujourd'hui interdite, est encore en usage dans certaines prisons. L'alimentation en eau et en électricité est faible et irrégulière.

Tout ces éléments contribuent à l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité observés. De nombreux détenus sont en attente de jugement. Ces longs délais d'attente imposés par le fonctionnement de la police et des institutions judiciaires, et les faibles capacités d'accueil de nos prisons aboutissent à une surpopulation quasi-généralisée.

Bien que beaucoup de gens aient entendu parler de ce problème, ils en ignorent peut-être les conséquences et les implications sanitaires. Il est admis que la surpopulation de nos prisons est largement due (95%) à l'incarcération de personnes accusées de délits graves comme des attaques à main armée, des meurtres, des viols, du trafic de stupéfiants, etc. Ces prévenus en attente de jugement vivent dans les conditions les plus horribles et sont dans la situation suivante :

- On ne peut les libérer sous caution, compte tenu de la gravité des faits qui leur sont reprochés;
- Ils ne peuvent faire l'objet d'un transfert pour désengorger certaines prisons car ils doivent être à proximité de leur lieu de jugement;
- Ils sont généralement détenus plusieurs années avant la fin de leur procès. Cette période pouvant varier entre 2 et 10 ans;
- Durant leur procès, ils perdent souvent le contact avec leur famille.
- Ils constituent la majorité de ceux qui tombent gravement malades et meurent en prison.

Ce problème de surpopulation carcérale détourne l'attention des autorités pénitentiaires du rôle traditionnel de rééducation et de réinsertion qu'est celui de la prison. Il favorise aussi la désorganisation du système et l'émergence de pratiques illégales au sein du personnel pénitentiaire, qui rendent la résolution des problèmes plus difficiles. Une gestion adéquate de la nourriture, de l'approvisionnement en produits de base et l'accompagnement des prévenus aux tribunaux sont devenus quasiment impossibles.

Les taux de morbidité et de mortalité sont étroitement liés à la congestion des prisons. La surpopulation favorise l'apparition de maladies transmissibles par voies fécales et orales, résultant du manque d'eau potable, de sa mauvaise qualité ainsi que de l'insuffisance des installations sanitaires. Diarrhées, gastro-entérites, salmonelloses et autres dysenteries et hépatites sont courantes.

La surpopulation carcérale est aussi responsable de la multiplication d'infections graves, transmises par voie salivaire, telles que la tuberculose ou d'autres maladies comme la gale, la teigne, etc. Dans certaines prisons, jusqu'à 10% des détenus souffrent de tuberculose et plus de 40% de maladies de peau. La plupart des décès enregistrés dans les prisons sont dus à la tuberculose seule ou associée à d'autres maladies. La surpopulation favorise aussi les pratiques homosexuelles et la contamination par le virus du sida/VIH.

Les maladies dues aux carences alimentaires comme le kwashiorkor, le bériberi, le scorbut et autres maladies dues à des carences en vitamines sont également présentes. On rencontre aussi des maladies psychiques, des problèmes d'hypertension, etc.

Le taux de morbidité élevé ne favorise pas une gestion efficace des prisons car il augmente les coûts tant au niveau du personnel qu'au niveau logistique. Il a aussi une incidence sur la santé du personnel pénitentiaire qui souffre de stress. Le personnel se plaint souvent d'insomnies, de douleurs abdominales et de maux de tête.

### **Solutions pratiques**

Compte tenu de l'ampleur des difficultés et de la faiblesse des moyens à notre disposition, il serait contre-productif de poursuivre la politique actuelle qui consiste globalement à traiter les problèmes au lieu de les prévenir.

Conformément au Programme national de santé publique, l'administration pénitentiaire a adopté un programme de soins de santé primaire (Primary Health Care). Le plan met l'accent sur la prévention, la promotion et la protection de la santé.

Notre programme comprend :

- l'approvisionnement suffisant en eau potable  
Quand ce programme a été lancé, de nombreuses prisons n'avaient pas accès à l'eau potable. Des efforts ont été faits pour relier nos prisons au réseau d'eau potable, là où il existe. Une grande partie de ce travail est maintenant réalisée.
- l'amélioration de l'hygiène générale  
La tinette est encore utilisée dans certaines de nos prisons, bien que cette méthode soit petit à petit abandonnée et remplacée par des W.C. Ce système est complété par des latrines améliorées et ventilées qui ont réduit la propagation des maladies transmissibles par voies fécale et orale. De plus, des camions ont été fournis pour l'évacuation des déchets organiques. L'évacuation des eaux usagées a été améliorée.
- l'éducation à la santé  
Des personnels de santé dépendant du gouvernement ou de la communauté ont été recrutés massivement et affectés à l'amélioration de l'hygiène des prisons. Dans la limite des ressources disponibles, il a été assuré à ce personnel tout l'appui logistique nécessaire à l'obtention de meilleurs résultats.
- un régime alimentaire équilibré  
Nous avons accru le budget alloué aux repas des détenus. Les responsables sanitaires des prisons sont chargés de s'assurer de la qualité et des quantités de nourriture servies quotidiennement aux détenus.

- l'amélioration de l'offre de produits de base  
Vêtements, literie et savons sont régulièrement distribués. Cette distribution reste insuffisante vu le nombre croissant de détenus qui ont besoin de ces produits.
- la vaccination contre les maladies contagieuses  
Des campagnes de vaccination sont périodiquement organisées par des infirmières et les services sanitaires pour lutter contre des maladies comme le tétanos, la méningite et la fièvre jaune. Le ministère fédéral de la Santé a été d'un grand secours.
- la fourniture des médicaments indispensables et des produits sanitaires  
Seuls les médicaments indispensables sont distribués trimestriellement dans toutes les prisons. Récemment, le Petroleum Trust Fund (PTF) a étendu ses actions de charité aux prisons en faisant don de médicaments et d'équipements médicaux.
- la désinfection des cellules.

Pour mettre en oeuvre ce plan, plusieurs commissions de santé ont été mises en place, dont les membres viennent de tous les services de l'administration pénitentiaire. Tous les personnels sont donc concernés.

### **Hôpitaux rattachés aux prisons**

Ce sont des hôpitaux situés dans chaque zone administrative pénitentiaire et chargés de soigner les maladies les plus graves des détenus et du personnel. Avant leur création, les infirmeries n'étaient pas équipées convenablement pour assurer des soins spécialisés. Les détenus malades étaient donc envoyés vers les hôpitaux publics les plus proches, ce qui favorisait les évasions. La plupart du temps ces détenus souffraient de discrimination et on leur refusait les soins par manque de moyens, malgré les circulaires gouvernementales assurant à tout prisonnier des soins gratuits dans n'importe quel hôpital public.

A partir de là, il est devenu impératif de construire des hôpitaux rattachés aux prisons. A l'heure actuelle, sur les huit hôpitaux de ce type prévus, quatre ont été achevés, équipés et fonctionnent.

D'autres projets sont en cours, ils comprennent :

- La rénovation et l'agrandissement des vieilles prisons, dispensaires et infirmeries.
- La construction de 43 nouvelles prisons au niveau national, 15 étant déjà en travaux.
- L'acquisition de plus d'ambulances et de camions de décharge des déchets organiques.
- Programmes de formation et de formation continue pour les travailleurs de la santé, programmes d'internat pour des médecins dans différents domaines. En attendant, des séminaires pour les internes en médecine et des conférences médicales sont continuellement organisés pour une remise à jour des connaissances.

### **Conclusion**

Pour conclure, il est juste de mentionner le rôle du gouvernement du Nigeria qui a débloqué des sommes importantes pour la rénovation et l'extension de toutes les anciennes prisons du pays. 110 millions de dollars ont été débloqués il y a un an et 65 autres doivent l'être sous peu. Cela va dans le sens de la politique du gouvernement, qui souhaite rénover les prisons pour se conformer à l'Ensemble de règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus.

Afin de remédier à la surpopulation carcérale, le gouvernement fédéral du Nigeria a mis sur pied des commissions judiciaires pour libérer les détenus en attente de jugement depuis une longue période et qui n'ont pas commis de délits graves. La Commission des grâces présidentielles procède à de nombreuses libérations de détenus pour raisons de santé. Plus de 3 000 détenus ont ainsi été libérés récemment. La décision a également été prise de libérer toute personne en attente de jugement depuis plus de 10 ans, sauf si elle est inculpée pour des délits graves (viols, vols qualifiés, trafic de stupéfiants, etc.).

Pour être complet, il faut rappeler le rôle essentiel joué par les ONG et les structures religieuses, dont les actions ont complété celles du gouvernement pour améliorer la santé en prison. Ces organisations ont

apporté leur appui par des dons de médicaments, d'équipements médicaux, de nourriture, de vêtements, etc., et en organisant plusieurs programmes éducatifs sur la santé à destination du personnel pénitentiaire et des détenus.

Nous espérons qu'avec les projets qui sont en cours pour réformer la prison, un meilleur environnement va voir le jour, qui permettra une gestion des prisonniers conforme aux objectifs de réhabilitation et de rééducation.

Merci.



## *Le VIH/sida en prison - le cas de la Namibie*

**M. Nyoka<sup>9</sup>**

### **Le sida en prison**

Les détenus ayant le virus du VIH sont confrontés à des problèmes médicaux, sociaux, économiques et politiques que l'incarcération tend à exacerber. Actuellement, la question controversée de la distribution de préservatifs aux détenus est débattue. On considère que c'est un moyen pour l'administration pénitentiaire de contenir la dissémination de la maladie en Namibie.

Cette solution assez originale a été préconisée après que d'autres pays l'eurent adoptée. En particulier l'Afrique du sud, où les services pénitentiaires procurent des préservatifs à leurs détenus.

La plupart des pays qui distribuent des préservatifs aux prisonniers l'ont fait après avoir étudié la question et rassemblé suffisamment d'informations leur permettant de conclure que c'était la décision " la plus sage ".

En Namibie, il n'y a pas eu d'étude de ce genre, mais l'opinion publique tend à pousser le gouvernement à suivre l'exemple de ces pays.

En Afrique, deux pays sont connus pour avoir permis la distribution de préservatifs afin de favoriser les rapports protégés : l'Afrique du Sud et le Mozambique. On ne connaît pas le processus qui a amené le Mozambique à prendre cette décision. En Afrique du sud, l'homosexualité est légale.

Une étude a pourtant été menée au Mozambique dans 4 établissements de Maputo, sur une population de 1 284 détenus, hommes et femmes, et mis en avant la probabilité et les facteurs de risque de transmission des MST. Il est intéressant de noter que 70 hommes (soit 5.5%) ont admis avoir eu des rapports sexuels en prison ; dans tous les cas sauf un, c'était avec un autre homme. Peut-être est-ce une des raisons pour lesquelles des préservatifs sont distribués.

Au Malawi, une enquête a été menée cette année par Penal Reform International dans 3 établissements importants. L'étude a porté sur la contamination par le sida/VIH dans les prisons, les soins aux personnes atteintes, la surveillance de l'évolution de la maladie. Le lien a été établi entre les pratiques homosexuelles et la contamination. Toutefois, l'étude n'est pas allée jusqu'à préconiser la mise à disposition de préservatifs.

### **Transmission du sida/VIH en prison**

Dans les pays développés comme la Grande Bretagne, des recherches ont été menées sur la maladie au sein du monde carcéral. Par exemple, 452 anciens détenus ont été interviewés sur leurs pratiques avant, pendant et après leur séjour en prison. L'étude a mis en évidence le fait que ceux qui avaient des pratiques à risque à l'intérieur ont eu tendance à prendre plus de risques à l'extérieur.

Ceux qui ont eu en prison des rapports avec pénétration ont continué à avoir ce genre de rapports plus fréquemment à l'extérieur, mais ils n'ont utilisé de préservatifs qu'à l'extérieur de la prison. Ils ont continué à pratiquer l'échange de seringues mais avec un nettoyage plus sûr qu'en prison.

Le partage de rasoirs est un autre facteur d'infection. Avant que la propagation du sida ne conduise à prendre des mesures de précaution, il était fréquent qu'un groupe de détenus se partage un seul rasoir. Un rasoir pouvant constituer une arme potentielle, les détenus avaient l'obligation de le restituer après usage, sous peine d'être privés de visite. L'inspection du gardien était ainsi facilitée et la lame n'était pas égarée.

Il arrive que les détenus utilisent la même brosse à dents. Le tatouage, qui entraîne de multiples piqûres sur la peau, est très pratiqué en prison, habituellement sans instruments neufs ou stérilisés. Il ne faut pas oublier les agressions et bagarres qui peuvent être suivies de saignements, ainsi que les incidents tels que morsures, crachats ou pertes de sang pendant la lutte, que ce soit avec les surveillants ou les autres détenus.

### **Mise à disposition de préservatifs**

---

9. Directeur général des prisons, Administration pénitentiaire de Namibie

La distribution de préservatifs à l'intérieur de la prison pour éviter le sida et les MST est matière à débat en Grande Bretagne et dans le monde depuis 1987, date à laquelle un expert de l'OMS a appelé, afin de prévenir ces maladies, à examiner attentivement cette solution. En 1988, le BMA (British Medical Association) a préconisé la distribution libre en prison, ainsi qu'une sensibilisation sur les risques de contamination. Le Prisons Reform Trust a adopté le même point de vue.

Les progrès ont été lents en Angleterre et au pays de Galles. En 1991, l'administration pénitentiaire britannique a commencé par encourager les directeurs de prisons à mettre sur pied des programmes de distribution à l'attention des prisonniers qui étaient libérés.

Une étude approfondie menée par les commissions sida de l'administration pénitentiaire en 1995 préconisait la généralisation de cette mesure, et rappelait qu'il s'agissait d'un problème de santé public auquel on ne pouvait répondre que par la distribution de préservatifs y compris aux détenus en cours de peine, même si l'on manquait de preuves tangibles sur l'étendue de la pratique sexuelle anale.

### **La prévention du sida/VIH**

Le ministre de l'Intérieur a accepté toutes les recommandations sauf celle sur la distribution de préservatifs aux détenus en cours de peine, recommandation qui ne fut de ce fait pas mise en oeuvre. Il n'y a donc pas de schéma généralisé de distribution de préservatifs, mais les Directeurs d'établissement peuvent le faire s'ils le souhaitent.

L'accès aux préservatifs étant en général assez difficile, le personnel médical s'inquiète du fait que leur responsabilité pénale puisse être engagée si un détenu contractait le virus ou une autre maladie en prison. Un médecin peut se trouver accusé de n'avoir pas rempli son obligation de soins s'il ne fournit pas de préservatifs alors que cela est justifié.

Ainsi, quand cela est justifié par les circonstances, les médecins sont encouragés à prescrire individuellement des préservatifs et des lubrifiants, s'il y a un risque avéré d'infection par relation sexuelle.

La disponibilité de préservatifs en prison est source de confrontations, amenant les enjeux de santé publique à s'opposer à la légalité. De nombreux responsables pénitentiaires n'ont pas permis la distribution de préservatifs aux détenus, bien que l'on sache que les activités homosexuelles existent en prison. Le règlement de nombreuses juridictions interdit toute sexualité. Il est justement avancé que distribuer des préservatifs reviendrait à tolérer et encourager certains comportements.

En Grande-Bretagne, bien que l'homosexualité soit acceptée dans l'espace privé entre personnes consentantes âgées d'au moins 21 ans, on objecte que les cellules ne sont pas des espaces privés, et les relations sexuelles y sont donc illégales.

Quelles sont les circonstances justifiant la prescription de préservatifs par le personnel médical dans le système pénitentiaire ? Premier cas de figure : comme je l'ai signalé auparavant lorsque, après diagnostic médical, il y a un risque avéré de contamination au travers d'un comportement sexuel. Deuxième cas : quand un détenu obtient une permission de sortie pour le week-end, reçoit une visite conjugale, est libéré sur parole ou libéré.

Cependant, aux Etats-Unis, où coexistent des systèmes pénitentiaires différents, on distribue des préservatifs dans seulement six Etats. Dans certaines prisons (Etat du Vermont, San Francisco, Philadelphie et dans le Mississippi), on donne des préservatifs aux détenus dès leur arrivée, ou des distributeurs automatiques sont mis à leur disposition dans les cantines.

Au Canada, l'Administration pénitentiaire a commencé à les distribuer en 1992. On sait que 11 des 17 pays du Conseil de l'Europe font de même. Cependant, même ceux-ci savent par expérience qu'il est préférable que les préservatifs soient distribués de manière discrète et soient facilement accessibles, par exemple dans les sanitaires ou les unités de vie.

Mais le message envoyé est contradictoire, puisque toute activité sexuelle est illégale et punissable dans certaines institutions.

Le personnel médical peut être en faveur de la distribution alors que l'administration et le personnel de

surveillance s'y opposent et quelquefois les détenus eux-mêmes. Des bagarres violentes ont eu lieu en Jamaïque, en 1998, pendant la distribution de préservatifs ; des détenus sont décédés et certains hauts responsables ont été révoqués.

En Israël, où environ 6 000 personnes sont incarcérées, des tests de dépistage sont effectués sur le mode volontaire ; la plupart acceptent le test. Il n'y a pas de séparation dans la journée, mais seulement la nuit où, malgré la surveillance, il peut y avoir des rapports sexuels et aussi une consommation de drogue. L'administration israélienne ne distribue ni préservatifs ni seringues pour éviter de légitimer l'homosexualité ou l'usage de drogues.

### **L'expérience de l'Administration pénitentiaire en Namibie**

L'Administration pénitentiaire de Namibie a commencé à accueillir des détenus porteurs du sida/VIH en 1994. Le nombre de personnes atteintes a augmenté de manière régulière jusqu'en 1997, date à laquelle la situation était la suivante :

	1997	1998
Personnes atteintes au 1er janvier	75	80
Nouvelles personnes atteintes	48	148
Décès dus au sida/VIH	5	10
Libérés pour raisons médicales	8	7
Libérés normalement	30	116
En prison au 31 décembre	80	95

L'examen médical n'est pas obligatoire, si bien que les détenus ne subissent pas de test de dépistage lors de leur admission. Seuls les détenus qui présentent un état de faiblesse générale et sont constamment malades sont orientés pour faire le test de dépistage.

Jusqu'à présent, on ne peut être sûrs que la maladie a été contractée en prison, étant donné la longue période d'incubation avant que les premiers symptômes n'apparaissent.

S'il arrive que la maladie ait été attrapée en prison, il est alors important de bien analyser quelle en est l'origine probable plutôt que de tirer des conclusions hâtives.

Les causes probables de contamination sont les suivantes : sodomie, seringues à multi-usage dans les hôpitaux, usage de drogue par piqûre intraveineuse, utilisation partagée des mêmes lames de rasoir, de brosses à dents, bagarres et agressions provoquant des saignements, morsures, tatouage.

La population pénitentiaire en Namibie, et particulièrement à la prison centrale de Windhoek, a doublé ces toutes dernières années. La surpopulation et le sous-effectif en personnel sont répandus. Les détenus sont incarcérés et mis en liberté plus fréquemment, devenant par là même des agents plus actifs dans la population générale. Comme il y a un plus grand nombre d'entrées et de sorties, les problèmes et les maladies liées à l'incarcération telles que la tuberculose ou le sida sont plus nombreux.

Une plus grande maîtrise et une meilleure prévention du sida dans notre cas ne devrait pas seulement passer par la distribution de préservatifs, mais aussi par l'amélioration significative de l'hygiène en général et des installations médicales en prison. Avec la surpopulation actuelle, la propreté et l'hygiène ne sont pas suffisants, et raccourcissent les périodes d'incubation.

Il est probable que les pratiques homosexuelles sont la conséquence du manque de relations hétérosexuelles inhérent à l'incarcération. Les personnels doivent, en étant conseillés, organiser une sensibilisation sur les pratiques à risque. La prison est l'occasion d'informer et d'éduquer des gens susceptibles d'avoir un comportement à risques. Cette information est peu susceptible de leur parvenir dans leur milieu habituel.

Fournir des préservatifs est un moyen globalement acceptable pour contenir la maladie du sida/VIH, dans les cas où les rapports non protégés sont en cause. La sexualité, protégée ou non, est proscrite en prison, mais cela ne garantit pas qu'elle ne soit pas pratiquée.

De plus, l'homosexualité est non seulement illégale mais elle est culturellement et religieusement controversée. L'Eglise a fortement résisté à l'utilisation du préservatif. De même la culture africaine est contre l'homosexualité.

Les pays africains suivants ont les plus forts taux de personnes atteintes, et hésitent pourtant à adopter cette solution pour des raisons morales.

Pays	Taux pour 100 000
Zimbabwe	564,4
Zambie	530,1
Malawi	505,4
Namibie	420,6
R.D. Congo	372,4
Botswana	351,6
Tanzanie	281,4
Swaziland	270,3

Source : United Nations Human Development Programme

Ces pays poursuivent divers programmes de lutte contre le sida/VIH et soutiennent que :

- L'homosexualité est toujours considérée comme un délit et peut être réprimée sévèrement. Cela peut aller jusqu'à la peine de prison à perpétuité dans certains pays.
- Les personnels des prisons sont là pour réprimer les activités interdites, c'est-à-dire les relations sexuelles, injections de drogues, etc.
- Le sida/VIH dans les prisons n'est pas nécessairement contracté à la suite de rapports non protégés.

## Conclusion

Les approches en matière de prévention du sida/VIH et de surveillance varient selon les législations. Les tests doivent-ils être obligatoires ou volontaires ? Les malades doivent-ils être séparés ou non ? Des distributions de préservatifs, de javel ou d'aiguilles stériles doivent-elles être organisées ? Ce sont des questions débattues avec passion par les personnels de santé publique et pénitentiaires. L'évaluation exacte des risques dans les institutions est aussi sujette à controverse, car l'on pense que le fait même de se poser la question, c'est déjà tolérer les comportements que les personnels administratifs s'efforcent de prévenir.

L'éducation et la prévention pour limiter les risques sont les mesures les moins discutées et les moyens les plus largement employés. La conduite à tenir vis-à-vis de la question du préservatif en prison devrait prendre en compte les contextes politiques, législatifs, et socioculturels.

## Références :

- HIV/AIDS in Malawi prisons* Research paper for Penal Reform International  
*HIV prevention in prisons and jails : obstacles and opportunities* Public : Mec. Query.  
*HIV in UK prisons : a review of seroprevalance, transmission and patterns of risk.*  
*AIDS and HIV infection in prisoners* : The Aids Knowledge Base  
*Prescribing of condoms in prison* : survey report BMA Foundation for AIDS



## *Appel de l'Aumônerie catholique des prisons de Madagascar*

La prison qui devrait être un lieu de réhabilitation ne l'est quasiment jamais,

Les plus grands criminels et délinquants ne sont pas forcément en prison,

Souvent, les détenus sont emprisonnés pour des actes qu'ils ont été acculés à commettre, dus à leur grande pauvreté,

Il y a encore beaucoup de détenus qui ne sont pas jugés et sont en prison faute de moyens, faute de pouvoir se soigner et s'alimenter correctement,

Il n'existe pas à Madagascar de possibilité d'aménagement des peines en cours de détention,

En l'an 2000, nous devons être capables de pardon, autrement que par des paroles, mais plutôt par des actes,

Aussi, nous invitons les autorités à tout mettre en œuvre pour que des libérations, remises de peine importantes et amnisties soient accordées,

Nous demandons à la population, aux familles, d'accueillir les personnes libérées, de leur tendre la main,

Nous continuerons à travailler avec les détenus pour qu'ils se préparent à ces éventuelles libérations,

Nous nous adressons particulièrement aux directeurs d'administrations pénitentiaires pour qu'ils incitent leur gouvernement à mettre en œuvre cet appel, pour que l'Afrique soit un exemple et ouvre le millénaire par des actes de générosité envers les personnes habituellement parmi les plus rejetées.

Monique Clouzeau

Médecin

Aumônerie Catholique des Prisons



# TRAVAUX DE GROUPE

## *Connaissance des standards et instruments internationaux en matière de santé en prison*

Le groupe a établi que :

- Les standards en matière de santé ne sont pas ou peu connus, y compris des institutions et personnes directement concernées (ONG ou administrations).
- Il n'existe pas de texte propre et spécifique regroupant les standards internationaux en matière de santé en prison.
- Tous les Etats ne disposent pas d'une législation et de règles spécifiques en matière de santé en prison.
- Les pays africains ne disposent pas d'instruments spécifiques et communs sur les problèmes de la santé en prison.
- Les standards internationaux sont rarement intégrés dans les législations nationales.
- La diffusion des standards internationaux et des règles minimales en matière d'hygiène et de santé en prison ne s'effectue pas de manière adéquate.
- Le manque d'hygiène et la malnutrition contribuent au non-respect des standards internationaux en matière de santé en prison.

### **Recommandations**

1. Il convient d'établir un texte spécifique en matière de santé en prison qui regrouperait les standards internationaux et énoncerait des règles.
2. Tous les Etats devraient disposer d'une législation et de règles spécifiques en matière de santé en prison.
3. Tous les Etats devraient s'engager à respecter les standards internationaux en matière de santé. L'expérience prouve qu'il est plus aisé de faire pression sur eux dès lors qu'ils se sont formellement engagés à respecter des règles et des standards. Les pays africains devraient ratifier les conventions internationales.
4. Les pays africains devraient disposer de standards et de règles communs, et d'un texte ou d'une déclaration propre en matière de santé en prison.
5. Tout doit être fait pour que la connaissance et la diffusion des standards internationaux en matière de santé en prison s'améliore. Les ONG ont un grand rôle à jouer en la matière afin de sensibiliser le public, les Etats et tous ceux et celles qui peuvent avoir une influence (médias, etc.).
6. Les règles et standards internationaux en matière de santé devraient être diffusés dans les prisons, les administrations et autres lieux concernés.
7. Les règles d'hygiène devraient être diffusées de la meilleure manière possible compte tenu du fait qu'une amélioration minimale de l'hygiène en prison contribue à la réduction des maladies et du taux de mortalité.



# *La pratique et l'utilisation des standards et instruments internationaux en matière de santé en prison*

## **Déclaration**

**L**e groupe note que les Etats africains, bien que n'ayant pas participé à la rédaction de la Déclaration universelle des droits de l'homme, ont reconnu cette Déclaration, ainsi que la Charte des droits de l'homme et des peuples, l'Ensemble de règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, etc. et ne les ont pas contestés.

Le groupe a conclu qu'il était par conséquent important que cet Ensemble de règles minima soit mis en œuvre par les Etats africains et que ces règles devraient être améliorées mais jamais remises en cause. Si tel était le cas, cela voudrait dire que les gouvernements en question n'accordent pas la même valeur aux vies africaines que d'autres Etats qui appliquent ces standards à leurs propres citoyens. Tout autre argument en faveur de la modification de ces règles n'est qu'un miroir aux alouettes. La mise en œuvre de ces règles minima n'est pas une simple question de ressources mais de volonté politique.

Aussi le groupe a-t-il formulé les propositions suivantes pour garantir la mise en œuvre de cet ensemble de règles.

## **Recommandations**

1. Sensibiliser les Etats à élaborer une volonté politique afin d'améliorer la santé dans les prisons.
2. Faire pression sur les Etats afin qu'ils réexaminent leurs dispositions constitutionnelles, de sorte qu'y apparaissent les droits fondamentaux tels que le droit à la vie ou le droit à la santé lorsque ce n'est pas le cas.
3. Faire pression sur les Etats pour intégrer les instruments internationaux dans les législations ou réglementations nationales.
4. Prendre les mesures nécessaires pour réviser dans un sens plus libéral les processus constitutionnels ou statutaires des Etats permettant l'accès aux prisons.
5. Attirer l'attention du public sur les problèmes provenant des liens existants entre les prisons fermées et la santé.
6. Le cas échéant, prendre les mesures législatives nécessaires pour inciter un gouvernement à permettre des visites, inspections, évaluations et contrôles de l'application des standards dans les systèmes pénitentiaires.
7. Inviter les gouvernements à faire preuve d'une volonté politique suffisante en amenant les différentes autorités (la police, le pouvoir judiciaire, etc.) à désengorger les prisons par l'accélération des jugements, l'acquiescement, etc. Ces mesures à elles seules contribueront à moins solliciter les ressources, tout en libérant les moyens nécessaires afin d'améliorer les services de santé et l'alimentation des prisonniers.
8. Sensibiliser le public à s'intéresser à ces questions et inviter les familles à se soucier de la santé de leurs proches en prison.
9. Encourager les associations à faire pression sur les Etats afin qu'ils améliorent les conditions régnant dans les prisons et fournissent une aide diversifiée pour améliorer le bien-être des prisonniers.
10. Collaborer avec la presse pour rendre publiques des questions relatives aux prisons afin d'informer le public et d'inciter les Etats à mettre en œuvre les règles minimales.
11. Faire pression sur les Etats pour qu'ils remettent régulièrement les rapports dus à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Ces rapports devraient être

rassemblés et largement diffusés.

12. Tout en reconnaissant les problèmes liés à la progression de la criminalité et le besoin d'un système judiciaire efficace, mettre en exergue les négligences et les carences relatives à la santé des prisonniers et faire appel à la mise en œuvre de règles minimales et de réformes pénales. Solliciter le soutien de personnalités de premier plan, chefs d'Etat et autres dirigeants, dont certaines ont peut-être subi une incarcération.
13. Encourager les organismes internationaux à persuader ou à faire pression sur les Etats nationaux pour qu'ils autorisent les visites en prison, l'inspection des installations et la mise en œuvre des règles minimales.
14. Inviter les prisonniers à être les agents de leur propre bien-être en les faisant participer à des travaux agricoles pour subvenir à leurs besoins alimentaires. La nourriture et les autres produits du travail des détenus devraient être utilisés exclusivement pour améliorer l'alimentation des détenus.



## *Quelles mesures devraient être prises par les gouvernements et les institutions internationales lorsque les standards et instruments internationaux ne sont pas respectés ?*

### **Gouvernements**

**I**ncorporer les standards à la législation interne et mettre en place des mécanismes chargés de leur mise en œuvre afin de s'assurer que ces standards sont appliqués.

Diffuser les standards via les médias afin de sensibiliser l'opinion publique, de sorte que celle-ci prenne conscience de l'importance de ces standards et appuie leur application.

Promouvoir, encourager, et appuyer la recherche sur les conditions de vie des prisonniers, pour informer le public des conditions qui prévalent actuellement dans les prisons et montrer que certaines situations rencontrées en prison pourraient être améliorées sans accroître les coûts.

Nombre de personnes influentes du système judiciaire dans différents pays sont, aussi étonnant que cela puisse paraître, souvent ignorantes de l'existence des standards et pourraient, dès lors, bénéficier des mesures évoquées aux points ci-dessus.

La formation du personnel pénitentiaire devrait aborder la question des droits de l'homme de sorte que dans son contact quotidien avec les prisonniers, il traite ceux-ci humainement et encourage leur réhabilitation ainsi que leur réintégration au sein de la société en tant que personnes responsables et citoyens respectueux de la loi.

### **Les institutions internationales**

**E**lles devraient éviter toute confrontation contre productive avec les gouvernements et institutions concernées.

Elles devraient adopter et favoriser les bonnes pratiques et déconseiller les mauvaises.

Elles devraient nommer et sélectionner des porte-parole clés, tant au sein des gouvernements que de la société civile, afin de rendre leurs prises de position plus efficaces.

De manière générale, les institutions internationales devraient mettre en place des programmes d'éducation afin de sensibiliser le maximum de personnes possible à l'importance des standards minimaux pour les prisonniers et ainsi faire croître l'intérêt porté à l'amélioration des conditions de vie et de travail du personnel pénitentiaire sans le soutien duquel il est très souvent difficile de veiller à l'application des standards dans quelque prison que ce soit.



## *Les conséquences de la vie carcérale sur la santé*

**L**e groupe a tenu à rappeler tout d'abord que, en dehors du droit d'aller et venir librement, le détenu doit bénéficier de tous les droits dont bénéficient ses concitoyens.

### **Définition des facteurs de la vie carcérale qui influent sur la santé des détenus**

- surpopulation carcérale / promiscuité
- malnutrition
- oisiveté
- inadaptation des locaux

### **Outre les points cités précédemment, d'autres facteurs agissent sur la santé mentale des détenus**

- la situation même d'enfermement
- la nature du délit et par conséquent le rapport à la peine
- la situation des enfants en bas âge incarcérés avec leurs mères

### **Le cas particulier des malades mentaux**

Deux cas peuvent se poser :

- Le détenu souffrait de troubles mentaux avant son incarcération
- Le détenu devient malade du fait de son incarcération ou pendant son incarcération

Différentes approches ont été proposées par le groupe, en fonction des expériences menées dans les différents pays :

- Le détenu malade mental est suivi par un établissement spécialisé en cas de crise, après quoi il rejoint l'établissement pénitentiaire ;
- Au Sénégal, les établissements pénitentiaires disposent parfois d'un quartier spécial où sont regroupés les malades mentaux, qui bénéficient alors de soins spécifiques
- Au Bénin, les détenus qui souffrent de troubles psychiques sont envoyés directement, et sans accompagnement, dans des hôpitaux psychiatriques, malgré les risques d'évasion
- Les participants étaient cependant d'accord sur le fait que, en cas de détention préventive, le juge d'instruction devrait viser la décision de placer le détenu dans une institution spécialisée.

### **Recommandations d'ordre général**

1. Lutter contre la promiscuité et la surpopulation
2. Développer les alternatives à l'incarcération
3. Améliorer le processus judiciaire
4. Limiter le recours à l'emprisonnement en n'incarcérant qu'en dernier recours et en utilisant la libération provisoire quand possible/nécessaire
5. Etablir une séparation stricte entre les prisonniers (et notamment les femmes et les mineurs), afin de prévenir les abus sexuels
6. Combattre la malnutrition, améliorer la qualité et la quantité de la nourriture (avec des mécanismes de contrôle)
7. Développer des activités au sein des prisons
8. Mettre en place des fermes pénitentiaires et des unités de production au sein des prisons

9. S'assurer que les détenus puissent bénéficier de temps de loisir

**Recommandations relatives à la santé**

1. Améliorer l'accès aux soins
2. Etendre les politiques du ministère de la santé publique aux prisons
3. Effectuer une sensibilisation sur les MST/sida
4. Développer des programmes d'éducation sanitaire, notamment en ouvrant la portes aux ONG et à tous ceux qui souhaitent s'impliquer dans ce domaine.



## *Les soins de santé : disponibilité et accès*

Le groupe a identifié des problèmes, et proposé des solutions.

- Insuffisances des ressources

Faire du lobbying pour encourager le gouvernement à débloquer les fonds nécessaire.

- Les services de santé des prisons sont sous l'autorité de l'administration pénitentiaire.

Les questions de santé devraient être rattachées au ministère de la Santé publique.

- Surpopulation

Réduire la surpopulation carcérale en transférant les plus gravement malades vers les hôpitaux ou en les renvoyant dans leur famille. S'assurer d'une bonne coordination entre les institutions concernées, et s'assurer de la disposition des cliniques et des hôpitaux à prendre en charge des prisonniers.

- Infrastructures désuètes et mal entretenues.

Des programmes adéquats d'entretien des bâtiments devraient être conduits.

- Besoin de services médicaux spécialisés.

Rien n'est prévu pour les femmes et les soins pré- et post-nataux, ni pour les malades mentaux. Encourager les cliniques privées à fournir des consultations et soins gratuits aux prisonniers.

- Le droit à la santé

Des programmes de sensibilisation du public mettant en avant le fait que les prisonniers doivent avoir les mêmes droits à la santé que leurs concitoyens. Les mécanismes de supervision doivent être révisés pour s'assurer de l'égalité des traitements et de la non-discrimination.

- Mauvaise gestion des dossiers

Une bonne gestion des dossiers permet de s'assurer que chacun a accès aux soins de santé.

- Mesures de prévention

Les mesures de prévention devraient notamment prévoir l'utilisation de préservatifs.

- Formation et sensibilisation

Formation du personnel pénitentiaire ainsi que des prisonniers.



## *La santé des prisonniers vulnérables*

### **Définitions**

**Q**ui est vulnérable ? Qu'est-ce qui rend une personne plus vulnérable et pourquoi ? On peut mettre dans cette catégorie : les femmes, les mineurs, les malades mentaux, les personnes affectées par le virus du sida/VIH, les réfugiés et étrangers en détention, les détenus pauvres et les personnes âgées.

Les soins médicaux recouvrent deux types de mesures : des mesures de prévention et de promotion sanitaire et des mesures curatives. Les premières sont préférables aux secondes.

### **Actions recommandées pour chaque catégorie**

#### *Les femmes*

- Accès à des services de prévention tels que des unités médicales mobiles, aussi bien privées que publiques, pour le suivi des femmes enceintes.
- Visites prénatales obligatoires pour les femmes enceintes.
- Accès à des soins en dehors de la prison pour les femmes enceintes.
- Séparation des hommes et des femmes et surveillance des détenues par des surveillantes.
- Prise en compte des besoins sanitaires spécifiques des femmes, distribution régulière de serviettes hygiéniques.
- Attention particulière apportée aux femmes emprisonnées avec leurs enfants, et notamment préparation d'un régime alimentaire adapté pour leurs enfants.
- Recherche sur l'impact psychologique de l'enfermement sur les enfants qui restent en prison avec leur mère.

#### *Les mineurs*

- Education sexuelle.
- Campagnes de prévention audiovisuelles, et activités théâtrales pour sensibiliser les adolescents.
- Séparation des mineurs et des adultes en détention.
- Education formelle et informelle pour toutes les catégories : prévenus, condamnés, ou sous le coup d'une mesure de contrainte par corps.

#### *Les malades mentaux et porteurs du sida/VIH*

- Il revient aux médecins travaillant en prison, aux psychologues et aux travailleurs sociaux de demander leur libération aux autorités.
- Encourager la participation des ONG, des églises et autres intervenants extérieurs de la société civile pour aider à mettre en place d'un meilleur régime de santé et de services d'hygiène adaptés aux malades du sida.
- Leur apporter un régime alimentaire personnalisé et adapté.

#### *Les réfugiés*

Ils ne sont pas répertoriés comme tels en prison, mais sont comptabilisés avec les autres personnes condamnées, en détention provisoire ou sous le coup d'une mesure de contrainte par corps. Ils rencontrent des problèmes spécifiques :

- Pas de visites de parents.
- Pas de colis de l'extérieur répondant aux besoins essentiels qu'ils peuvent avoir.

- Longue attente avant de passer en justice.
- Pas de garants.
- Moins d'accès à l'information concernant l'assistance juridique.

Aussi, les organisations et institutions s'occupant des réfugiés et les autorités pénitentiaires devraient échanger les informations nécessaires.

- Le HCR et les ministères concernés par les réfugiés devraient être informés.
- La société civile devrait être encouragée à s'investir plus.
- L'installation du prisonnier réfugié dans le pays ou en dehors du pays devrait être prévue.

#### *Les étrangers*

- L'information devrait circuler en direction des ambassades et dans certains pays.

#### **Recommandations générales**

- Tous les efforts doivent être faits pour que des alternatives à la prison soient proposées à ceux qui sont les plus vulnérables.
- La réhabilitation et réinsertion de ces personnes devrait être prévue, c'est-à-dire la préparation à la sortie, par des contacts avec les familles, la sensibilisation des proches et des institutions concernées.



# CEREMONIE DE CLOTURE

## *Allocution de Ahmed Othmani*

Je tiens, tout d'abord, à vous remercier de votre participation à cet atelier.

Deux documents seront préparés et distribués :

- Les recommandations
- Le rapport intégral

Cet atelier a été une nouvelle étape, une contribution à la préparation de la Conférence pan-africaine qui se tiendra ultérieurement. Une nouvelle étape aussi dans l'application de la Déclaration de Kampala. Cet atelier participe, en effet, à la dynamique créée en 1996, à Kampala, en faveur d'une réforme pénale et pénitentiaire, d'un surcroît d'efforts pour rendre les prisons plus humaines et pour assurer une meilleure prévention de la criminalité et une meilleure réinsertion.

De plus, cet atelier a apporté sa pierre à l'édification du réseau qui relie les nations, les fonctions et les responsabilités (fonctionnaires, professionnels de la santé, ONG). Il a été caractérisé par un esprit de dialogue et une façon non conflictuelle d'aborder les problèmes, ce qui reste au demeurant la meilleure façon de procéder.

Nous nous reverrons.

Ma gratitude va à l'équipe d'interprètes qui ont prêté leur concours bénévole.

Je tiens à remercier l'Administration pénitentiaire d'Ouganda, Monsieur Etima et son équipe. Nous collaborons depuis longtemps déjà et continuerons d'être solidaires pour aborder les problèmes en présence, trouver des solutions, faire du mal un moindre mal, rendre les prisons moins "emprisonnantes" en les ouvrant à l'inspection et à toutes formes d'assistance. Repoussons les murs des ténèbres vers une plus grande humanité. PRI est reconnaissant pour cette collaboration et ce soutien permanents.

Merci au professeur Dankwa. Il a besoin de soutien et nous avons besoin de son travail et de ses efforts. Félicitations pour sa nomination à la Présidence de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et un grand merci pour sa présence active tout au long de cet atelier.

Merci à vous tous. Bon retour. J'espère que cette manifestation vous aura été utile et vous servira dans vos travaux.



## *Allocution du Professeur Dankwa<sup>10</sup>*

**L**a Commission africaine des droits de l'homme et des peuples remercie Monsieur Etima, Directeur de l'Administration pénitentiaire d'Ouganda, pour avoir assuré cette manifestation et contribué à son succès. L'ensemble n'aurait pas pu se produire sans son intervention.

Nous œuvrons tous pour rendre efficace la protection des droits de l'homme en Afrique.

Je souhaite que nous quittions cette manifestation renforcés et décidés à obtenir de meilleures conditions de détention.

Je tiens à féliciter le Mali de son rapport complet sur la situation des droits de l'homme qu'il a présenté à Kigali à l'occasion de la session de la Commission africaine en novembre 1999.

Je regrette de ne pouvoir en faire de même pour l'Ouganda. Aussi est-il difficile pour la Commission africaine de dire quelle est la situation des droits de l'homme en Ouganda, en dépit de tous les éléments positifs.

Tous les Ougandais doivent faire pression sur les pouvoirs publics pour que soit soumis un rapport dans les plus brefs délais.



---

10. Président de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et Rapporteur spécial de la Commission sur les prisons et les conditions de détention en Afrique.

## *Allocution de Joseph Etima<sup>11</sup>*

Les bonnes choses, comme les mauvaises, ont une fin. De nombreuses personnes ne comprennent pas la réalité de la prison, ni la nécessité d'un traitement pour les prisonniers. Nous arrivons à la fin de cette réunion préparatoire. Des participants anglophones, francophones et lusophones se sont réunis pour examiner des questions intéressant le droit et le contrôle social.

Merci à tous.

Vous n'avez pas eu l'occasion de voir l'autre partie de la ville, c'est pour être sûrs que vous reviendrez.

Cette manifestation a bénéficié de la présence du professeur Dankwa. Il occupe la position la plus élevée en Afrique dans le domaine des droits de l'homme et nous a honoré de sa présence. C'est un signe de l'importance de cet atelier. Le professeur Dankwa est aussi Rapporteur spécial et nous a fait profiter de son expérience.

L'Ouganda n'a pas soumis son rapport sur les droits de l'homme à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Ce rapport a été remis par le Parlement à la Commission ougandaise des droits de l'homme et sera consulté par le ministère de la Justice. Le professeur Dankwa le trouvera sur son bureau avant qu'il ne revienne en Ouganda.

Je remercie PRI d'avoir à nouveau choisi l'Ouganda comme pays hôte. Certains pensent peut-être que je soudoie le Président de PRI, mais c'est simplement que notre pays est la perle de l'Afrique, et qu'il est facile d'accès.

L'engagement de l'Administration pénitentiaire d'Ouganda à l'égard de PRI est là pour durer. Nous continueront de lutter pour parler en toute liberté. Nous travaillons dans des domaines où des changements s'imposent.

Merci aux organisateurs, à la presse et aux interprètes.

Nous continuerons d'être les apôtres et les ambassadeurs du changement pour les questions liées à l'incarcération.

La séance est levée.



---

11. Directeur de l'Administration pénitentiaire d'Ouganda.

# PROGRAMME

12 décembre 1999		Intervenants
09.00	<i>Inscription</i>	
10.00	<i>Plénière: Discours de bienvenue</i>	Chants de prisonnières Représentant du ICPMS M. Othmani, Président, PRI Prof. Dankwa, Président, Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, invité d'honneur M. Etima, Directeur de l'Administration pénitentiaire, Ouganda
10.45	<i>Plénière: La santé en prison, le point de la situation</i>	Dr Pandya, Malawi
11.15	<i>Pause</i>	
11.30	<i>Plénière: Les standards et instruments internationaux et la santé en prison</i>	Dr Elio Corvaja, Inter Center, Italie
12.00	<i>Groupes de travail:</i> 1) Connaissance des standards 2) La pratique et l'utilisation des standards 3) Quelles mesures pourraient être prises par les gouvernements ou les organisations internationales en cas de non application?	
13.00	<i>Déjeuner</i>	
14.00	<i>Plénière: Présentation de quelques initiatives prises pour améliorer la santé en prison, méthode et résultats</i>	
14.00	<i>Plénière: Le cas du Nigeria</i>	M. Kalu, Directeur adjoint, Administration pénitentiaire et Dr Briggs, Directeur adjoint en charge de la santé, Administration pénitentiaire, Nigeria Dr Okwuosah, Centre médical pour la réhabilitation des victimes de la torture, Nigeria
14.40	<i>Plénière: Le cas du Burkina Faso (la prévention du sida/VIH)</i>	M. Voho, Directeur, Administration pénitentiaire et de la réinsertion sociale, Burkina Faso
15.00	<i>Plénière: Le cas du Malawi</i>	Dr Jolofani, Malawi
15.30	<i>Pause</i>	
15.45	<i>Groupes de travail: discussion des questions ci-dessous et identification des exemples de bonnes mesures pour faire face aux problèmes de santé en prison</i>	

	<p>Les conséquences de la vie en prison sur la santé (alimentation, nutrition, exercice physique, conditions de détention, etc.)</p> <p>La possibilité de se faire soigner en prison et l'accès aux soins</p> <p>La santé des prisonniers vulnérables (les femmes, les mineurs, les malades mentaux, les malades du sida/VIH)</p>	
16.45	<i>Pause</i>	
17.00	<i>Plénière: Compte-rendu et présentation par chaque groupe d'exemples de bonnes mesures et d'initiatives à prendre</i>	
17.45	Préparation de la Conférence internationale sur la santé en prison en Afrique ( <i>date à confirmer</i> )	Président : M. Etima, Directeur de l'Administration pénitentiaire, Ouganda Secrétaires : Nalwanga Sarah, Dr. Arinaitwe, Muhumuza Eli, Florence Nabatanzi
19.15	<i>Fin de la première journée</i>	
<b>13 Décembre 1999</b>		<b>Intervenants</b>
09.00	<i>Plénière: Présentation de quelques initiatives prises pour améliorer la santé en prison, méthode et résultats</i>	Dr Nyabwana, Directeur adjoint des prisons, en charge de la santé, Ouganda
09.00	<i>Plénière: Le cas de l'Ouganda</i>	Dr Nyabwana, Directeur adjoint des prisons, en charge de la santé, Ouganda
09.30	<i>Plénière: Le cas du Mali (la santé des femmes et des mineurs)</i>	Céline Rousselin, Balemaya, Mali
10.00	<i>Plénière: Discussion</i>	
10.30	<i>Groupes de travail: Recommandations</i> Groupe 1: aux ONG Groupe 2 : aux bailleurs de fonds Groupe 3: aux gouvernements et organisations inter-gouvernementales	
11.15	<i>Pause</i>	
11.30	<i>Plénière: compte-rendu</i>	
12.30	<i>Déjeuner</i>	
14.00	Brève déclaration du Dr Clouzeaux, Madagascar	
14.15	<i>Présentation des travaux de l'après-midi (état des lieux, bonnes pratiques, recommandations)</i>	
14.45	<i>Travail de groupe</i>	
16.15	<i>Pause</i>	
16.30	<i>Compte-rendu en plénière</i>	
17.00	<i>Evaluation</i>	
18.00	<i>Cérémonie de clôture</i>	

# LISTE DES PARTICIPANTS

## *Représentations diplomatiques*

<p><b>Son Excellence l'ambassadeur d'Allemagne</b> Ambassade d'Allemagne German Development Service PO BOX 7251 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 268 660 Fax: 256 41 268 736 deduga@imul.com</p> <p><b>Roberto Fedeli</b> Coopération italienne Ambassade d'Italie PO BOX 4646 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 233 775 Fax: 256 41 235 266 emerkamp@infocom.co.ug</p>	<p><b>Cornelia Grade</b> German Development Service PO BOX 7251 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 268 660 Fax: 256 41 268 736 deduga@imul.com</p>
--	--

## *Invités d'honneur*

<p><b>Joseph Etima</b> Directeur de l'Administration pénitentiaire d'Ouganda PO BOX 7182 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 233 959 Fax: 256 41 343 330</p>	<p><b>Prof. E.V.O. Dankwa</b> Président Commission africaine des droits de l'homme et des peuples 26 Legon Hill Legon - Ghana Tél.: 233 21 500 798 Fax: 233 21 500 798 danfamily@ug.edu.gh</p>
---	--

## *ONG, Organisations inter-gouvernementales et individus*

<p><b>Olga Luis Chapo Alafo</b> Ligue mozambicaine des droits de l'homme Maputo - Mozambique Tél.: 258 1 405 941 / 401 256 Fax: 258 1 406 022 liga@zebra.uem.mz</p> <p><b>Joseph DeGabriele</b> PO BOX 1292 Zomba - Malawi Tél.: 265 522 038 Fax: 265 522 038 degabriele@sdpn.org.mw</p> <p><b>Monique Clouzeau</b> Aumônerie Catholique des Prisons BP 6 bis Tananarive - Madagascar Tél.: 261 20 22 40366</p>	<p>Fax: 261 20 22 40366 j.clouzeau@simicro.mg</p> <p><b>Michael Ekpo</b> PRAWA Number 12 Olukole Street Off Olufemi Road. Surulere Lagos - Nigéria Tél.: 234 1 5844054 michekpo@dpha.linkserve.com</p> <p><b>Alpha Fall</b> Institut des droits de l'homme et du développement PO BOX 1896 Banjul - Gambie Tél.: 220 496 421 Fax: 220 494 178 afall@africaninstitute.org</p>
---	--

**Judith Van Heerden**

Université du Cap  
Primary Health Care Unit,  
Pet. PHC,  
Medical School UCT  
Cape Town - Afrique du Sud  
Tél.: 21 448 6815  
Fax: 21 447 7478  
jheerden@uctgsh.uct.ac.za

**Stéphanie Hoey**

Foundation for Human Rights Initiative  
PO BOX 11027  
Kampala - Ouganda  
Tél.: 256 41 530095  
Fax: 256 41 540 561  
fhri@starcom.co.ug

**Samuel Iryivuze**

ABDP  
PO BOX 3360 / Avenue Moso n° 4,  
Rohero 2  
Bujumbura - Burundi  
Tél.: 257 2 17391  
Fax: 257 2 17391

**Jalo Iwesigyomwe**

Défense des enfants international  
PO BOX 12137  
Kampala - Ouganda  
Tél.: 256 41 257 570

**Mikael Johansson**

Institut Raoul Wallenberg  
PO BOX 1155  
S-22105 Lund - Suède  
Tél.: 46 46 222 12 06  
Fax: 46 46 222 12 22  
mikael.johansson@rwi.lu.se

**Kambou Kassoum**

Magistrat  
MBDHP  
Cour Suprême ou  
01 BP 3740 Ouagadougou 01  
Ouagadougou - Burkina Faso  
Tél.: 226 36 48 67(domicile), 226 20 60 07  
(MBDHP), 30 64 15/16 (Cour Suprême)  
Fax: 226 31 32 28

**Apolo Kakaire**

Foundation for Human Rights Initiative  
Plot 77 Makerere Hill Road  
PO BOX 11027  
Kampala - Ouganda

Tél.: 256 41 530 095  
Fax: 256 41 540 561  
fhri@starcom.co.ug

**Brahima Kelly**

Secrétaire aux affaires juridiques et judiciaires  
Association Malienne des Droits de l'Homme  
Bamako - Mali  
Tél.: 223 22 34 62  
Fax: 223 22 34 62  
amd@malinet.ml

**Mugambi Kiai**

Chargé de programme - Projet prisons  
Commission des droits de l'homme du Kenya  
PO BOX 41079  
Nairobi - Kenya  
Tél.: 254 2 574 998 / 576 066  
Fax: 254 2 574 997  
khrc@africaonline.co.ke

**Agathe Lawson**

UNAIDS  
PO BOX 24578  
Kampala - Ouganda  
Tél.: 256 41 340 114  
Fax: 256 41 340 113  
agathelawson@hotmail.com

**Nobuntu Mbelle**

Comité des droits de l'homme  
PO BOX 1561, Southdale  
Gauteng 2135 - Afrique du Sud  
Tél.: 27 11 403 4450/1  
Fax: 27 11 339 1422  
mbelle@hrc.org.za

**Justa Mwaituka**

Directrice exécutive  
Kiwohede (Kimanga Womens Health and  
Development Organs)  
Buguruni 217  
PO BOX 1269  
Dar-Es-Salaam - Tanzanie  
Tél.: 255 0812 763 179 / 255 51 861 111  
amreftan@africaonline.co.tz

**Fatou Sarr Ndèye**

Présidente de la Commission Femme de la  
section régionale de Dakar  
RADDHOBP 15246  
Dakar-Fann - Sénégal  
Tél.: 221 824 60 56  
Fax: 221 824 60 52  
raddho@telecomplus.sn

<p><b>Toussaint Ndjoufa</b> Fraternité des Prisons 03 BP 3642 Jericho Cotonou - Bénin Tél.: 229 30 28 77 Fax: 229 31 38 37 mips@intnet.bj</p> <p><b>Jean-Baptiste Niyizurugero</b> Responsable programme Afrique APT route de Ferney case postale 2267</p>	<p>CH1211Genève 2 - Suisse Tél.: 41 22 734 2088 Fax: 41 22 734 56 49 jbn@apt.ch</p> <p><b>Mohamed Zari</b> Directeur Centre des droits de l'homme et de l'assistance aux prisonniers 48 Monia Street, Embaba Giza - Egypte Tél.: Fax: 20 2 310 85 53 russabry@rusys.eg.net</p>
--	--

## **Administrations pénitentiaires**

<p><b>Jaouad Amar</b> Médecin Chef Administration pénitentiaire Rabat - Maroc Tél.: 212 7 70 57 14 Fax: 212 7 70 57 35</p> <p><b>A. Salum Chambuso</b> Adjoint au directeur de l'Administration pénitentiaire Médecin chef Prison Administration Tanzania Prisons PO BOX 9190 Dar-Es-Salaam - Tanzanie Tél.: 255 51 110 314 / 110 319 / 116 585 255 51 68 266 (domicile) Fax: 255 51 11 37 37 prisons@raha.com</p> <p><b>Lino Hadonou</b> Directeur de l'Administration pénitentiaire BP 967 Cotonou - Bénin Tél.: 229 313 146 - 313 147 Fax: 229 31 34 48</p> <p><b>Leyti Ka</b> Directeur de l'Administration pénitentiaire Dakar - Sénégal Tél.: 221 823 8603 Fax: 221 823 27 27 (c/o Min Just)</p> <p><b>Younes Mrini</b> Médecin chef du complexe pénitentiaire de Casablanca Administration pénitentiaire Casablanca - Maroc Tél.: 212 2949937</p>	<p><b>D. W. Manyera</b> Directeur de l'Administration pénitentiaire Prison Administration PO BOX 28 Zomba - Malawi Tél.: 265 522 711 - 523 132 Fax: 265 523 123</p> <p><b>Jairus Mutambikwa</b> Sous-secrétaire aux prisons Zimbabwe Prison Service 47 Mbuya Nehanda Harare - Zimbabwe Tél.: 263 4 706501/4 Fax: 263 4 739 986 zps@gta.gov.zw</p> <p><b>Sarah Nalwanga</b> Agent service social Prisons Headquarters PO BOX 7182 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 256 752</p> <p><b>John W.Nyoka</b> Ministre des prisons et des services correctionnels Private Bag 13281 Windhoek - Namibie Tél.: 264 - 0811294324 Fax: 264 61 233879 nyoka@iafrica.com.na</p> <p><b>Désiré Rajaonson</b> Directeur de l'Administration pénitentiaire Ministère de la Justice, Faravohitra 101, BP 231 Tananarive - Madagascar Tél.: 261 22 64469 , 22 24030</p>
--	--

<p>Fax: 261 20 22 64 458 (c/o) p.angelo@simicro.mg</p> <p><b>Bourama Sidibé</b> Directeur de l'Administration Pénitentiaire et de l'Education Surveillée Quartier Quinzambougou, rue 530, Porte 333, proche pharmacie Kénéya Bamako - Mali Tél.: 223 21 41 44, 23 18 67 (domicile) 77 20 41 (cellulaire) Fax: 223 23 04 53 / 23 00 63</p> <p><b>Déo Suzuguye</b></p>	<p>Directeur Général Administration générale des affaires pénitentiaires BP 200, Ministère de la Justice Bujumbura - Burundi Tél.: 257 22 44 86 Fax: 257 21 95 45</p> <p><b>Alban Edouard Yadidi</b> Médecin chef Prison Administration PO BOX 28 Zomba - Malawi Tél./Fax: 265 523 123</p>
--	--

## **Intervenants**

<p><b>Elio Corvaja</b> Inter Center Via Ghibellina, 59 Messine - Italie Tél.: 39 90 710554/5 Fax: 39 90 719 263 intercen@tin.it</p> <p><b>Dorothy Jolofani</b> PO BOX 1292 Zomba - Malawi Tél.: 265 522 038 Fax: 265 522 038 degabriele@sdpn.org.mw</p> <p><b>Dr. Anthony Okwuosah</b> Medical Rehabilitation Centre for Trauma Victims 20 Mbonu Ojike Street, Off Ayinde Giwa Street, Surulere Lagos - Nigéria Tél.: 234 1 886710 / 888599 Fax: 234 1 2635048 nigmrcv@hotmail.com</p> <p><b>D.Pandya</b> A.H.I. Clinic PO BOX 56 Zomba - Malawi Tél.: 265 911 309 Fax: 265 523 058 pandya@sdpn.org.mw</p>	<p><b>Dr. Nyabwana</b> Vice président régional ICPMS Director of Prisons Medical Services Administration pénitentiaire d'Ouganda PO BOX 7182 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 077 458 357 - 255 419 - 344 262 Fax: 256 41 343 330 prishc@swift.ugand.com</p> <p><b>Céline Rousselin</b> Balemaya Korofina Nord, rue 123, porte 97, BP 2887 Bamako - Mali Tél.: 223 24 12 18 (domicile) 20 04 38 (prison) Fax: 223 24 12 18 balemaya@africone.net.ml</p> <p><b>Médard Voho</b> Directeur Direction de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion sociale Ex-siège de la commission d'enquête indépendante, 189 rue 3-115 Ouagadougou - Burkina Faso Tél.: 226 36 52 64 (domicile) Fax: 226 33 01 12, 31 62 39</p>
--	---

## **Interprètes**

<p><b>Paul Oxby</b> Interprète Paris - France Tél.: 33 (0)1 42 52 05 23</p>	<p>paul.oxby@ocde.org</p> <p><b>Bernadette Hétier</b> Interprète Paris - France</p>
---	---

Tél.: 33 (0)6 09 10 38 01 Fax: 33 (0)1 60 02 24 99 <b>Madeleine Walter Hurel</b> Interprète	166 boulevard du Montparnasse, 75014 Paris - France Tél.: 33 (0)1 45 38 54 58
--	---

## **Organisateurs**

### **Penal Reform International**

<b>Paul English</b> Coordonnateur de programmes PRI Unit 114, The Chandlery London SE1 7QY- Royaume Uni Tél.: 44 171 721 7586 Fax: 44 171 721 8785 penglish@dircon.co.uk  <b>Cécile Marcel</b> Coordonnatrice de programmes PRI 84 rue de Wattignies, 75012 Paris - France Tél.: 33 1 55 78 21 21 Fax: 33 1 55 78 21 29 cecilema@aol.com  <b>Zarir Merat</b> Assistant du Président PRI 84 rue de Wattignies, 75012 Paris - France Tél.: 33 1 55 78 21 21 Fax: 33 1 55 78 21 29 zarirmerat@aol.com	<b>Ahmed Othmani</b> Président PRI 84 rue de Wattignies, 75012 Paris - France Tél.: 33 1 55 78 21 21 Fax: 33 1 55 78 21 29 aothmani@aol.com  <b>Audrey Pascaud</b> Coordonnatrice de programmes PRI 84 rue de Wattignies, 75012 Paris - France Tél.: 33 1 55 78 21 21 Fax: 33 1 55 78 21 29 apascaud@aol.com  <b>Adam Stapleton</b> Consultant PRI PO BOX 90222 Lilongwe - Malawi Tél.: 265 833129 Fax: 265 782945 pri@eomw.net
---	--

### **Services pénitentiaires d'Ouganda**

<b>J. Byesigwa</b> Adjoint au directeur de l'Administration pénitentiaire Administration pénitentiaire d'Ouganda PO BOX 7182 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 233 959 Fax: 256 41 343 330  <b>G. W. Edanyu</b> Adjoint au directeur de l'Administration pénitentiaire Administration pénitentiaire d'Ouganda PO BOX 7182 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 233 959 Fax: 256 41 343 330	<b>Marry Kaddu</b> Adjoint au directeur de l'Administration pénitentiaire Prison de femmes Luzira Administration pénitentiaire d'Ouganda PO BOX 7182 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 221 343 - 075698014 Fax: 256 41 343 330  <b>C. B. Kaliisa</b> Administration pénitentiaire d'Ouganda PO BOX 7182 Kampala - Ouganda Tél.: 256 41 254 598 Fax: 256 41 343 330
---	---

<p><b>James Mwanje</b>  Adjoint au directeur de l'Administration pénitentiaire  Administration pénitentiaire d'Ouganda  PO BOX 7182  Kampala - Ouganda  Tél.: 256 41 220 873, 341 484  jmwanje@infocom.ug</p> <p><b>Kurt Neudek</b>  Adjoint au Directeur de l'Administration pénitentiaire  Administration pénitentiaire d'Ouganda</p>	<p>PO BOX 7182  Kampala - Ouganda  Tél.: 251 46 976 075 - 648 390  Fax: 256 41 251 976 - 343 330  guest.gtz-uganda@ug.gtz.de</p> <p><b>Beatrice Wambete</b>  Administration pénitentiaire d'Ouganda  PO BOX 7182  Kampala - Ouganda  Tél.: 256 41 230 201  Fax: 256 41 343 330</p>
---	--

## **Journalistes**

<p><b>Xavier Barros</b>  Correspondant pour l'Afrique de l'Est  Efe, Agence de presse espagnole  Chester House,  PO BOX 47590  Nairobi - Kenya  Tél.: 254 2 339 736 ext 286  efe@form-net.com</p>	<p><b>William Tayebura</b>  The New Vision Newspaper  Kampala - Ouganda  Tél.: 256 41 077 402962</p> <p><b>Darlington Mabonga</b>  The Voice Newspaper  Kampala - Ouganda  Tél.: 256 41 232 833</p>
---	---



# ANNEXES

## *Instruments internationaux de référence sur la santé en prison*

**1948 Déclaration universelle des droits de l'homme**, résolution 217 A (111) adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale des Nations unies.

*Droits de l'homme, recueil d'instruments internationaux*, Nations unies, New York, 1988, pp.1-7.

**1950 Convention européenne de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales**, adoptée le 4 novembre 1950 et entrée en vigueur le 3 septembre 1953.

*Convention européenne des droits de l'homme*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1991.

**1955 Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus des Nations unies**, adopté lors du premier Congrès des Nations unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants qui s'est tenu à Genève en 1955. Le Conseil économique et social l'a ratifié dans sa résolution 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957. Procédures de mise en oeuvre effective de cet Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus adoptées par le Conseil économique et social dans sa résolution 2076 (LMI) du 13 mai 1977.

*Droits de l'homme, recueil d'instruments internationaux*, Nations unies, New York, 1988, pp.190- 209.

**1964 Déclaration d'Helsinki. Recommandations aux médecins menant des recherches biomédicales impliquant des êtres humains**, adoptées lors de la 18<sup>ème</sup> Assemblée médicale mondiale en juin 1964 et amendée par la 29<sup>ème</sup> Assemblée médicale mondiale (Tokyo, octobre 1975), la 35<sup>ème</sup> Assemblée médicale mondiale (Venise, octobre 1983), et la 41<sup>ème</sup> Assemblée médicale mondiale (Hong Kong, septembre 1989).

*Déclaration d'Helsinki*, Association médicale mondiale, Ferney-Voltaire, 1990.

**1966 Pacte international relatif aux droits civils et politiques**, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 2 200 A (XM) du 16 décembre 1966 et entré en vigueur le 23 mars 1973.

*Droits de l'homme, recueil d'instruments internationaux*, Nations unies, New York, 1988, pp.18-38.

**1975 Rôle de l'infirmier dans les soins aux détenus et prisonniers**, adopté par le conseil des délégués nationaux du Conseil international des médecins qui s'est tenu à Singapour en août 1975.

*Codes d'éthique professionnelle*, Amnesty International, Londres, 1984, pp. 31-32.

**1979 Code de conduite pour les responsables de l'application des lois**, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 34/169 du 17 décembre 1979.

*Droits de l'homme, recueil d'instruments internationaux*, Nations unies, New York, 1988, pp.226- 232.

**1982 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 dans sa résolution 37/194 du 18 décembre 1982.

*Droits de l'homme, recueil d'instruments internationaux*, Nations unies, New York, 1988, pp. 233- 236.

**1983 Protection légale des personnes atteintes de troubles mentaux et internées contre leur gré**, adoptée par le Conseil des ministres du Conseil de l'Europe le 22 février 1983 dans sa recommandation N° R (83) 2.

*Protection légale des personnes atteintes de troubles mentaux et internées contre leur gré*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1983.

**1984 Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants**, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 39 146 du 10 décembre 1984.

*Droits de l'homme, recueil d'instruments internationaux*, Nations unies, New York, 1988, pp. 212- 226.

**1987 Convention européenne contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants**, adoptée par le Conseil de l'Europe le 26 novembre 1987 et entrée en vigueur le 1er février 1989.

*Convention européenne contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants*, Strasbourg, 1989.

**1987 Règles européennes relatives aux prisons, version revue de l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus**, adoptées par le Conseil des ministres du Conseil de l'Europe le 12 février 1987 dans sa recommandation N° R (87) 3.

*Règles européennes relatives aux prisons*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1987.

**1988 Recommandation 1080 (88) relative à une politique européenne conjointe de la santé pour enrayer la propagation du sida dans les prisons**. Adoptée par l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe le 30 juin 1988. *Texte disponible auprès du Conseil de l'Europe*.

**1988 Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement**, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 43/173 du 9 décembre 1988. *Texte en annexe à la résolution*.

**1989 Principes relatifs à la prévention efficace des exécutions extrajudiciaires, arbitraires et sommaires et aux moyens d'enquêter efficacement sur ces exécutions**, adoptés par le Conseil économique et social des Nations unies dans sa résolution 1989 165 du 24 mai 1989.

*Manuel de la prévention efficace des exécutions extrajudiciaires, arbitraires et sommaires et des moyens d'enquêter efficacement sur ces exécutions*, Nations unies, New York, 1991, pp. 41-46.

**1989 Convention internationale des droits de l'enfant**, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989 et entrée en vigueur le 2 septembre 1990.

*Convention internationale des droits de l'enfant*, UNICEF, New York, 1991.

**1990 L'infection par le virus immunodéficientaire humain (VIH) et le syndrome immunodéficientaire acquis (sida) en prison**, résolution 18 du 8ème Congrès des Nations unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants, La Havane, Cuba, 27 août-7 septembre 1990. *Rapport du 8ème congrès des Nations unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants*, U.N.Doc. A/CONF.144M du 5 octobre 1990, p. 167.

**1990 Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus**, adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 45/111 du 14 décembre 1990; *Texte en annexe à la résolution*.

**1991 Déclaration de l'Association médicale mondiale relative aux grévistes de la faim**, adoptée par la 43ème Assemblée médicale mondiale, Malte, novembre 1991.

*Déclaration de l'Association médicale mondiale relative aux grévistes de la faim*, Association médicale mondiale, Ferney-Voltaire, 1991.

**1991 Principes pour la protection des personnes atteintes de maladies mentales et pour l'amélioration des soins de santé mentale**, adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 46/119 du 17 décembre 1991. *Texte en annexe à la résolution*.



## *Bulletin officiel*

### *Extrait du règlement pénitentiaire du Maroc*

N° 4726-5 journa II 1420 (16-9-99)

#### **Section 2 - Des attributions des médecins des établissements pénitentiaires**

##### *Article 129*

Le médecin de l'établissement chargé de veiller à la santé physique et mentale des détenus doit examiner :

- Les détenus nouvellement écroués dans l'établissement
- Les détenus signalés malades ou qui se sont déclarés tels
- Les détenus punis de cellule ou placés à l'isolement
- Les détenus à transférer
- Les détenus admis à l'infirmierie
- Les détenus réclamant, pour des raisons de santé, l'exemption de toute activité professionnelle ou sportive ou un changement d'affectation

Si le médecin estime que la santé physique ou mentale d'un détenu risque d'être gravement compromise par le mode de détention, il en avise par écrit le directeur de l'établissement, qui doit prendre les mesures provisoires indispensables, informer le directeur de l'administration pénitentiaire et, s'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive, l'autorité judiciaire compétente.

##### *Article 130*

Il appartient en outre au médecin :

- De veiller au contrôle de l'alimentation et de l'hygiène dans l'établissement
- De veiller à l'application des règles relatives à la séparation des malades aigus, contagieux et malades mentaux et de prescrire, le cas échéant, leur admission à l'infirmierie ou de prescrire leur transfert vers une annexe sanitaire spécialisée dans un autre établissement pénitentiaire ou leur hospitalisation
- De proposer l'hospitalisation des libérés malades ne pouvant rentrer dans leur foyer
- De prescrire des consultations auprès des médecins spécialistes
- De décider de la destination des médicaments trouvés en possession des détenus ou qui leur seraient envoyés de l'extérieur
- D'établir des certificats de décès lorsque la mort survient à l'intérieur de l'établissement
- De délivrer les attestations prévues par la législation en vigueur en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'acte criminel
- De délivrer des certificats médicaux aux détenus et sous réserve de l'accord exprès de ceux-ci à leur famille ou leur avocat
- De délivrer des attestations relatives à l'état de santé des détenus et contenant les renseignements nécessaires à l'orientation et au traitement pénitentiaire ou post-pénal, ceci, chaque fois que l'administration pénitentiaire ou l'autorité judiciaire en a fait la demande.

##### *Article 131*

En cas de grève de la faim, le directeur de l'administration pénitentiaire et la famille du détenu ou l'autorité judiciaire lorsqu'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive, sont avisés.

Le détenu peut être contraint à se nourrir si sa vie se trouve en danger, et ce conformément aux instructions et sous le contrôle du médecin.

#### *Article 132*

Il est interdit de soumettre les détenus à des expérimentations médicales ou scientifiques.

#### *Article 133*

Les détenus ne peuvent faire don de leur sang qu'à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, et après approbation du directeur de l'administration pénitentiaire.

#### *Article 134*

Le médecin constitue le dossier médical des détenus, donne un avis technique pour la classification et l'affectation des détenus.

#### *Article 135*

Les prescriptions du médecin sont inscrites sur un registre spécial tenu à l'infirmerie.

Ce registre doit être visé par les médecins inspecteurs lors de leurs inspections de l'établissement.

Les soins prescrits sont dispensés par les auxiliaires médicaux, sous le contrôle du médecin.

### **Section 3 - Des hospitalisations**

#### *Article 136*

Au cas où le médecin de l'établissement estime que les soins nécessaires ne peuvent être dispensés sur place ou s'il s'agit d'une affection épidémique, les détenus malades doivent être admis dans l'hôpital le plus proche.

Le médecin chef de service doit, sous sa responsabilité, examiner le détenu pour s'assurer de la nécessité de le garder à l'hôpital. Il peut à tout moment ordonner de le renvoyer à l'établissement pénitentiaire s'il constate que le détenu peut y être soigné.

Les détenus ne peuvent être hospitalisés dans un établissement privé sauf approbation du ministre de la Justice.

Les mêmes dispositions prévues au 2<sup>o</sup> alinéa ci-dessus s'appliquent au médecin directeur de la clinique privée.

#### *Article 137*

L'hospitalisation n'a lieu que sur prescription médicale. Avis en est donné avant le déplacement du détenu malade, à l'administration pénitentiaire ainsi qu'à l'autorité judiciaire compétente s'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive.

En cas d'urgence, avis est donné à ces autorités après hospitalisation.

Le directeur de l'établissement pénitentiaire doit donner également tous les renseignements utiles à l'autorité concernée, pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de gendarmerie et, d'une façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident, compte tenu de la personnalité du détenu.

Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à purger leur peine ou à poursuivre leur placement en détention préventive, le régime de détention demeure applicable aux détenus hospitalisés.

Si la peine prend fin au cours de l'hospitalisation, il y a lieu à lever l'écrou.

### **Section 4 - De la naissance en détention et de l'admission des enfants en bas âge**

#### *Article 138*

Toute naissance à l'intérieur de l'établissement fait l'objet d'une déclaration au service chargé de l'état civil par le directeur de l'établissement ou par l'agent chargé du service social.

Il est fait mention à l'acte de naissance de l'adresse de l'établissement sans en mentionner la dénomination et sans faire état de l'incarcération de la mère.

Lorsqu'une détenue est sur le point d'accoucher, elle peut bénéficier d'une permission exceptionnelle conformément à l'article 46 ci-dessus.

*Article 139*

Les enfants en bas âge peuvent être admis à accompagner leurs mères détenues sur ordre écrit de l'autorité judiciaire compétente.

Les enfants peuvent être laissés avec leur mère jusqu'à l'âge de trois ans. Toutefois cette limite peut être prolongée jusqu'à l'âge de cinq ans, à la demande de la mère et sur autorisation du ministre de la Justice.

Il appartient au service social d'organiser le placement de l'enfant dans l'intérêt de celui-ci, avant qu'il ne soit séparé de la mère et avec l'accord de la personne qui détient le droit de garde.



# ***Projet d'assistance médicale aux prisonniers du Burundi***

## **Lieu d'exécution**

Le projet concerne tous les prisonniers malades se trouvant dans les prisons à haute densité de population comme la prison centrale de Mpimba, la prison de Gitega et la prison de Ngozi.

## **Nom de l'organisme responsable du projet**

C'est l'Association Burundaise pour la Défense des Droits des Prisonniers (ABDP) qui concevra et exécutera le projet.

Adresse : 4 avenue Moso, Rohero II, Municipalité de Bujumbura

BP 3360 Bujumbura II

Tél./fax : (257) 2 17 391

E-mail : [cjk@cbinf.com](mailto:cjk@cbinf.com) (à l'attention ABDP)

## **Nom et adresse de la personne responsable du projet de l'ABDP**

Le parlementaire Laurent Gahungu, Secrétaire Général de l'ABDP, chargé de la coordination des activités de l'Association :

Tél. : Service 257 2 17 391

Assemblée 257 2 33 641

257 2 33 664

Boîte Postale 3360 Bujumbura II - ABDP

120 Bujumbura - Assemblée Nationale

## **Objectifs**

Défense des droits lésés des prisonniers dont l'assistance judiciaire des détenus, l'encadrement moral, intellectuel et physique, l'assistance médicale et sociale, le suivi régulier des dossiers des prisonniers en difficulté.

## **Réalisations antérieures**

Parmi les nombreuses tâches auxquelles l'ABDP fait face quotidiennement figurent :

- La distribution de médicaments dans les prisons de Mpimba (4 fois), de Gitega (2 fois), Ngozi (1 fois) avec le concours du Groupe de Volontariat Civil, de la famille Ntanyotora Joseph, et la participation de la communauté des jeunes membres du Centre Jeune Kamenge;
- La distribution des ballons de football, de handball et de volley-ball ;
- La fourniture d'un transformateur de piano pour la chorale de Mpimba ;
- L'opération chirurgicale de la vésicule biliaire de la détenue Madame Rurahinda Stéphanie avec le concours de la section de Coopération à l'Ambassade de Belgique ;
- L'achat de médicaments pour quelques prisonniers à hauteur de 124 075 FBU ;
- La distribution de couvertures aux prisonniers de Gitega pendant l'épidémie de choléra ;
- La constitution d'une bibliothèque à la prison centrale de Mpimba avec environ 520 livres ;
- Le suivi des dossiers des prisonniers au niveau des différentes juridictions et ;
- L'assistance judiciaire avec des avocats nationaux.

## **Compétences**

L'ABDP est, compte tenu des actions déjà menées par ses cadres, très assurée quant à la réussite du projet. La rigueur s'impose, surtout dans le cadre du suivi et de l'évaluation des stocks en collaboration avec les différents services médicaux des établissements pénitentiaires avec lesquels nous travaillons régulièrement.

## **Bénéficiaires**

Le projet concerne tous les prisonniers malades se trouvant dans les prisons régulièrement desservies par l'ABDP et pour d'autres dont le montant ne peut être assumé par les services pénitentiaires. Comme par exemple les cas morbides dont le traitement nécessite des spécialistes ou des examens spéciaux.

## **Justification**

En initiant ce projet, l'ABDP a circonscrit cette action dans le cadre des objectifs généraux de l'ABDP dont l'assistance sociale aux détenus.

A travers les contacts que nous avons dans les prisons, nous avons remarqué que les prisonniers éprouvent de sérieuses difficultés à trouver des médicaments ou les moyens de se payer des soins de santé et examens médicaux spéciaux. Très récemment, la Direction Générale des Affaires Pénitentiaires a informé les différents services des établissements pénitentiaires des difficultés que la direction éprouvait à couvrir les frais liés à la couverture des soins de santé des détenus.

C'est pour cette raison que l'ABDP a pensé élaborer ce projet pour que les détenus puissent jouir de leur droit à la santé.

## **Résultats attendus**

L'une des missions des maisons de détention est la préparation du délinquant à sa sortie et sa réinsertion dans la société et son milieu d'origine. Il apparaît donc que pendant cette période, la santé doit être protégée, surtout dans des situations de forte morbidité.

L'apport en médicaments est un aspect fondamental. A titre d'exemple, au cours de l'année 1998, l'ABDP a fourni deux lots de médicaments à la prison centrale de Mpimba et à la maison spécialisée de détention pour femmes de Ngozi. Le taux de mortalité observé dans les trois grandes prisons nous montre combien la disponibilité en médicaments et les facilités d'accès aux soins de santé occupent une place importante pour la survie des détenus. Car à Bujumbura, environ 36 décès ont été enregistrés, contre 199 à Gitega et 379 à Ngozi.

L'ABDP souhaiterait contribuer à la diminution de ces chiffres déplorables.

## **Description des opérations**

Après l'obtention des fonds, l'Association procédera à l'achat de médicaments, et à la prise en charge des soins et examens que les services pénitentiaires ne peuvent couvrir. Les médicaments achetés seront mis à la disposition des infirmeries se trouvant dans les hôpitaux, tandis que les fonds pour les examens spéciaux seront directement gérés par l'Association.

## **Participation de l'opérateur, des bénéficiaires et d'autres intervenants**

Comme pour les autres projets, l'ABDP collaborera avec l'Administration pénitentiaire pour assurer un meilleur suivi des activités. Elle aura aussi pour tâche de veiller à la bonne utilisation des médicaments et contrôler qu'ils ne sont pas détournés et que les bénéficiaires ne puissent pas vendre les médicaments qui leur sont fournis. Un système de contrôle des cas à retenir pour l'assistance sera étudié conjointement avec l'administration pénitentiaire et les personnels concernés.

## Budget détaillé

### A. Produits pharmaceutiques

Ordre	Désignation	Quantité	Coût total
01	Acide folique	10 000 comprimés	54 127fbu
02	Acide Nalidixique	2 000 comprimés	761 062 fbu
03	Anti-acide	3 000 comprimés	27 285 fbu
04	Aspirine 100mg	50 000 comprimés	130 090 fbu
05	Aspirine 500mg	30 000 comprimés	193 145 fbu
06	Chloroquinine 100mg	45 000 comprimés	244 9220 fbu
07	Erythromycine 500mg	3 000 comprimés	251 203 fbu
08	Fer-Acide Folique	3 000 comprimés	27 322 fbu
09	Fumarate ferreux	3 000 comprimés	17 580 fbu
10	Indométhacine	3 000 comprimés	12 470 fbu
11	Mébedazole	90 000 comprimés	854 020 fbu
12	Métronidazole	90 000 comprimés	796 420 fbu
13	Onatrimoxazole	3 000 comprimés	22 626 fbu
14	Papavérine 30mg	6 000 comprimés	72 044 fbu
15	Paracétamol 100mg	10 000 comprimés	26 836 fbu
16	Paracétamol 500mg	100 000 comprimés	693 450 fbu
17	Prométhazine	3 000 comprimés	19 298 fbu
18	Quinine 100mg	15 000 comprimés	200 718 fbu
19	Quinine 500mg	15 000 comprimés	896 018 fbu
20	Amoxicilline 500mg	6 000 gélules	238 833 fbu
21	Ampicilline 500mg	6 000 gélules	199 440 fbu
22	Tétracycline 250mg	15 000 gélules	219 545 fbu
23	Cloxacilline 500 mg	1 000 gélules	303 473 fbu
24	Alcool dénaturé 70%	6 litres	34 844 fbu
25	Benzoate de Benzyl sol 25%	12 litres	86 182 fbu
26	Bleu de méthylène 1%	6 litres	39 490 fbu
27	Eosine solution alcoolique	6 litres	35 061 fbu
28	Maalox	72 flacons	589 090 fbu
	<b>1) Total produits pharmaceutiques</b>		<b>9 262 022 fbu</b>

B. Frais de fonctionnement

<b>Ordre</b>	<b>Désignation</b>	<b>Unité</b>	<b>Coût total</b>
1	Location salle de conservation (6 mois)	12 000	720 000 fbu
2	Transport des médicaments	Forfait	500 000 fbu
3	Sentinelle	30 000	180 000 fbu
4	Suivi et contrôle	600 000	3 600 000 fbu
5	Communications	1 800 000	1 800 000 fbu
	<b>2) Total frais de fonctionnement</b>		<b>6 600 000 fbu</b>
	<b>Total 1) + 2)</b>		<b>17 862 022 fbu</b>



## *Séminaire de sensibilisation MST/sida dans les prisons africaines<sup>12</sup>*

Le séminaire international de sensibilisation et de formation qui s'est tenu à Ouagadougou du 26 novembre au 9 décembre 1998 et qui avait pour thème " MST/sida et prisons africaines " était le début d'exécution d'un projet pilote initié par l'APA et qui consistait en une campagne de sensibilisation sur les MST et le sida dans les prisons du Burkina Faso et d'autres pays africains. Face à la pandémie du sida, qui est une question de santé publique, personne ne doit être tenu à l'écart du circuit de l'information sur ce fléau.

Au regard même de ses objectifs, qui intègrent l'amélioration des conditions de détention dans les prisons africaines, l'APA ne pouvait rester inactive dans les prisons au sujet de ce phénomène.

Partant de l'idée que dans tous les pays africains il existe, depuis l'apparition du VIH/sida, des comités nationaux de lutte contre le sida, des sociétés ou institutions qui commercialisent les préservatifs, des ONG et associations luttant contre le sida, il était possible de créer une synergie entre les structures ci-dessus, les administrations pénitentiaires et le personnel pénitentiaire afin de mener des actions de sensibilisation sida dans tous les établissements pénitentiaires et de manière systématique, car il est évident pour l'APA que s'il y a des risques pour la population libre à contracter le virus du sida, ces risques sont accrus pour les personnes en milieu carcéral du fait même de la nature des prisons de nos différents pays.

Le projet de sensibilisation sur les MST et le sida dans les prisons engagé par l'APA comportait quatre phases:

Une première phase au cours de laquelle il s'agissait de sensibiliser et de former tous les agents de l'Administration pénitentiaire en tant qu'éléments de la société, afin que par un phénomène boule de neige, l'information se diffuse dans leurs milieux familiaux, professionnels, de loisirs, etc.

Une deuxième phase où il a fallu former de manière complémentaire les agents jugés les plus performants au cours de la première phase, notamment en technique de communication. Cette formation a été assurée par les médecins spécialistes du Comité national de lutte contre les MST/sida.

Une troisième phase où il est prévu que ces agents formés organisent des séances de sensibilisation à l'intention des détenus des établissements pénitentiaires dans lesquels ils sont en fonction. Il faut préciser qu'il a été retenu 2 agents par établissement. Ces agents formés pourront bénéficier du soutien technique des comités régionaux d'éducation à la santé (CRESA) relevant du ministère de la Santé et avec lesquels ils ont eu une journée d'échanges au cours de leur formation.

Une quatrième phase au cours de laquelle une équipe d'agents (4) et des volontaires médecins organiseront des tournées de suivi et également de sensibilisation à l'effet de se rendre compte de l'état d'exécution des activités de sensibilisation des détenus, des difficultés rencontrées, des insuffisances de la formation, des succès...

L'APA sait que cette stratégie déjà engagée a ses limites mais elle la considère comme une expérience pilote ; c'est pourquoi le projet n'exclut pas plus tard la participation directe des détenus eux mêmes dans ce processus de sensibilisation. A l'expérience, l'APA se rend bien compte que certains messages "passent" mieux de détenus à détenus que de surveillants à détenus. Dans cet esprit, l'APA a une pensée vers la création, par exemple, de troupes de théâtre composées de détenus qui présenteront des sketches de sensibilisation sur les MST et le sida...

Mais pour l'heure, l'APA estime que le capital humain et intellectuel ainsi composé (agents publics appartenant à l'Administration pénitentiaire pour la sensibilisation dans les prisons) sera disponible. L'APA entend ainsi contribuer efficacement à la lutte généralisée contre les MST et le sida. De par sa vocation, l'APA estime qu'avec des aménagements, cette expérience peut être reprise dans d'autres pays africains et c'est en cela que la présence de séminaristes venus de certains pays de la sous région a été très bénéfique et considérée comme une ébauche de projet à initier dans ces domaines.

---

12. Texte extrait de : Bulletin de l'APA, juin 1999, p 8-9, Séminaire de sensibilisation MST/sida dans les prisons africaines, par TRAORE Issa, membre de l'APA et chargé bénévole du suivi du projet.

## ***Les prisonniers en Ouganda ont-ils des raisons de célébrer l'anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme ?***

***Doreen Nakasaga Lwanga***<sup>13</sup>

La célébration du 51<sup>ème</sup> anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme, le vendredi 10 décembre, aura-t-elle une signification pratique pour ceux qui occupent nos prisons en Ouganda? Qu'en est-il de ceux qui sont détenus dans des endroits secrets, tels que ceux connus en Ouganda sous le nom de "maisons de sécurité" ? Et de ceux qui croupissent dans la prison de Kigo où, d'après Stella Amabilis, coordinateur de l'"Association des défenseurs publics", même les avocats n'ont pas droit de visite ?

La composition de la population carcérale en Ouganda a beaucoup changé cette année. Les hommes d'affaires et les hommes politiques se sont ralliés aux agriculteurs, aux "oisifs", aux "profanateurs" et aux fraudeurs du fisc. Quand je vais dans les prisons, les gens disent souvent : Si j'avais su que j'allais partager une cellule avec le directeur de la fameuse banque "blanche et verte" ou avec ce colosse du Nord qui travaillait dans le bureau du Premier ministre ! Que faut-il de plus pour prouver que la "justice" en Ouganda s'adresse tant aux riches qu'aux pauvres ?

Je crains que les prisonniers aient besoin de davantage de preuves. Commençons par l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus. Nous pouvons acheter des armes pour les guerres qui ont lieu dans d'autres pays, mais notre gouvernement ne dispose pas d'assez de fonds pour permettre aux services pénitentiaires de garantir que cet Ensemble de règles minima profite aux prisonniers en ce qui concerne leur hygiène personnelle, leur habillement, leur literie, leur nourriture, l'exercice, le sport, les soins médicaux et l'hébergement. Ainsi, les détenus des prisons de Luzira mangent un repas par jour à 16 heures, repas composé de posho et de haricots et dépourvu de légumes et de fruits.

Seuls les prisonniers qui travaillent (ou à qui leur famille apporte de la nourriture) peuvent espérer bénéficier d'un régime alimentaire suffisant. Il n'est pas exceptionnel que les personnes qui visitent les prisons apprennent que des prisonniers se sont effondrés et sont morts sur leur lieu de travail en raison de la malnutrition (voir aussi Hudson Apunyo, "Huit prisonniers s'enfuient à Lira", *The Monitor*, 18 octobre 1999).

Le but d'une peine de prison est la réinsertion ; lorsqu'un délinquant a purgé une peine (qui est une sanction en soi), il devrait être prêt à se réinsérer dans la société comme citoyen utile. Le mauvais traitement des détenus par le personnel pénitentiaire, qui serait trop courant en Ouganda, contribue difficilement à la réinsertion. Récemment, nous avons été les témoins d'un effort du Directeur général des prisons, Monsieur Joseph Etima, qui voulait intenter un procès à tous les membres du personnel des prisons qui auraient torturé des détenus. Dans un cas au moins, le délinquant a été obligé de rendre des comptes (voir "Un prisonnier se plaint de la torture", *The Monitor*, 16 septembre 1999 ; et Sylvia Jjuko, "Etima ordonne l'arrestation d'un surveillant", *The Monitor*, 20 septembre 1999). Je crains, cependant, que la "justice" n'ait été rendue, dans ce cas, qu'en raison de la gravité de l'état du prisonnier brutalisé, Alphone Kiggundu, qui a dû être hospitalisé.

Bien qu'il soit illégal de traiter quiconque en détention de manière cruelle, inhumaine ou dégradante, rares sont les détenus qui sont assez audacieux pour se prononcer contre un tel traitement. Ces derniers n'osent même pas dire la vérité aux militants des droits de l'homme qui visitent les prisons, par crainte d'être torturés de nouveau.

L'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus exige aussi des Etats qu'ils garantissent la séparation des catégories de prisonniers, à savoir les délinquants civils des délinquants pénaux, les jeunes des adultes, les prévenus des détenus. Ces règles ne s'appliquent pas aux prisons ougandaises et font de nos prisons les "écoles du crime", les oisifs obtenant en prison le diplôme de "bandit des grands chemins", voire pire !

Les doubles règles qui fonctionnent dans l'octroi d'une liberté sous caution en Ouganda doivent laisser

---

13. HURIPPEC Prisons Project, Kampala, Ouganda

perplexes beaucoup de prisonniers démunis, coupables de petits délits, qui se demandent ce qu'ils doivent célébrer ce vendredi (voir "Matembe attaque un pouvoir judiciaire injuste", *The New Vision*, 14 octobre 1999). D'un autre côté, les centaines qui ont été libérés récemment après avoir passé des années de détention préventive pour avoir été soupçonnés de trahison ou pour d'autres motifs, ont des raisons de fêter cet anniversaire. Mais Paddy Kalenzi, qui a passé douze ans à la Upper Prison sans avoir jamais été accusé, aura-t-il le cœur de fêter cet événement ? Je suppose que beaucoup de ces hommes libérés se soucieront davantage de l'effet qu'auront sur leur avenir ces années gaspillées et le fait d'avoir été séparés de leur famille. Seront-ils dédommagés de leurs pertes ? Et qu'en est-il des familles de ceux qui sont morts durant leur détention ?

Les étrangers en prison, quelle qu'en soit la raison, auront encore moins de raison de célébrer la Déclaration universelle des droits de l'homme. Ils auront plus de difficultés à avoir accès à des avocats qui les défendront et n'auront pas l'espoir de recevoir la visite de parents. Leurs ambassades - s'ils sont britanniques par exemple - interviennent parfois, mais s'ils sont des réfugiés, ils cessent pratiquement d'exister comme êtres humains.

S'ils ont été accusés d'un délit pénal ou civil, même si l'accusation est dérisoire, l'expérience prouve que l'organe international chargé de protéger les réfugiés, le Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés (le HCR) n'intervient pas dans un tel cas. En effet, le HCR prétend que, si le crime commis n'est pas lié au statut de réfugié, tout demandeur d'asile ou réfugié doit subir les accusations pénales applicables à tout ressortissant. Mais en Ouganda, les réfugiés ne reçoivent pas de pièce d'identification, à laquelle ils ont droit pourtant, si bien que les responsables peuvent ignorer (ou ne pas accepter) qu'une personne est réfugiée.

Peu de réfugiés savent que certains organismes proposent une aide légale gratuite, et même lorsqu'ils sont informés, ils n'ont pas les moyens de contacter ces organisations. Quand les réfugiés demandent l'octroi d'une caution au tribunal, on la leur refuse parce qu'il n'y a personne pour garantir la caution et parce que l'on estime qu'ils n'ont pas de "domicile fixe".

Les étrangers en détention (tous les réfugiés étant classés à tort comme étrangers par nos autorités pénitentiaires) doivent être rapatriés après avoir purgé leur peine, ce que les magistrats précisent dans le réquisitoire avant d'en transmettre un exemplaire aux autorités carcérales. Ces étrangers sont ensuite remis au "Département d'enquêtes pénales" (Criminal Investigation Department - CID) pour être rapatriés dans leur pays d'origine. Les fonctionnaires du CID les gardent en détention jusqu'au moment de leur rapatriement. L'absence de fonds cause à nouveau des retards et parfois les anciens prisonniers passent plus d'un an en détention au CID. Même lorsque les familles ou les amis proposent de payer les frais, les responsables du CID refusent sous prétexte qu'il est de l'obligation de l'Etat de rapatrier ces étrangers.

Une fois sa peine purgée, un réfugié devrait être renvoyé vers l'endroit où il s'était établi ou dans un autre lieu de résidence. Ce n'est que dans le cas exceptionnel où le gouvernement décide qu'une personne peut légitimement être définie comme représentant un danger, qu'il peut refuser légalement de suivre ces procédures au nom de ses obligations nationales et internationales. Le HCR a le devoir de protéger ce réfugié en trouvant un autre pays. Dans des circonstances exceptionnelles, lorsque le Haut commissariat a refusé de s'impliquer, le Comité international de la Croix Rouge (CICR) aidé ces étrangers réfugiés ayant purgé leur peine à se réimplanter. Le rapatriement de ces réfugiés dans leur pays d'origine où ils ont à redouter la persécution est une violation du principe de non-refoulement. (Article 33 de la Convention liée au statut des réfugiés du 28 juillet 1951).



## ***Bibliographie sur la santé***

- Doctors Indicted*, Human Rights Center for the Assistance of Prisoners, 21 février 1998, Egypte.
- Do prisoners in Uganda have reasons to celebrate the anniversary of the universal declaration of human rights ?* Doreen Nakasaga Lwanga, HURIPEC Prisons Project, Kampala, 1999, Ouganda
- Health care at Police stations*, Judith Van Heerden, août 1999, South Africa.
- Les minima sociaux en prison*, OIP, 1999, France.
- La santé en prison, un enjeu de santé publique*, Revue Française des Affaires Sociales, n°1, janvier-mars 1997, France.
- Prison health, International standards and national practices in Europe*, Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, 1992, Helsinki.

## ***Bibliographie du Centre international d'études pénitentiaires International Centre for Prison Studies (ICPS)***

Bibliographie réalisée par Vivien Francis  
International Centre for Prison Studies  
Kings College, Londres, Royaume-Uni  
Mars 2000

Les articles marqués \* sont disponibles au Centre international d'études pénitentiaires

### **Livres et rapports**

- American College of Physicians, Human Rights Watch, and the National Coalition to Abolish the Death Penalty, *Breach of Trust: Physician Participation in Executions in the United States* 1994, ISBN 1-56432-125-8
- Farmer, Paul, *Infections and Inequalities - the modern plagues* 1999, University of California Press, Etats-Unis. ISBN 0520 21544 3.
- Gunn, Maden and Swinton, *Mentally disordered prisoners* 1991, Home Office, Royaume-Uni.
- \* HEA *Mental health promotion; a quality framework* 1997, HEA, Royaume-Uni.
- \* HEA *Young men speaking out* 1995, HEA, Royaume-Uni.
- \* HM Prison Service, *Good practice bulletin 3: Promoting health* 1998.
- \* HM Prison Service, *Bullying in prison - a strategy to beat it* 1993.
- \* HM Prison Service, *Towards safer prisons - anti-bullying strategy information pack*.
- \* HM Prison Service, *Suicide awareness strategy pack*.
- Liebling, Alison, (ed.) *Deaths of Offenders: The hidden side of justice* 1998, Waterside Press, Royaume uni. Particulièrement Liebling, A. 'Prison suicide and the nature of imprisonment' and Wadham, J. 'The right to life and the European Convention on Human Rights'.
- Liebling, Alison, *Suicides in Prison* 1992, Routledge, ISBN 0415075599.
- Liebling, Alison, *Suicide attempts and self-injury in male prisons: a report commissioned by the Home Office Research and Planning Unit for the Prison Service* (épuisé).
- Lockwood, Daniel, *Prison Sexual Violence* 1980, NY, Elsevier (épuisé).
- Maden, Taylor, Brooke and Gunn, *Mental disorder in remand prisoners* 1996, Home Office, Royaume-Uni.
- Minnesota Lawyers International Human Rights Committee (now the Minnesota Advocates for Human Rights), *Hidden from View: Human Rights Conditions in the Krome Detention Center* 1991, ISBN 0-929293-10-X.

**Résumé :** Une équipe médico-légale a étudié les conditions d'incarcération au centre de détention de Krome Avenue du Service de l'immigration et de la naturalisation (INS), dans le Comté de South Dade en Floride. Ils ont examiné le respect des règles internes de l'INS et des principes des Nations unies sur la protection des personnes détenues. Dans ce rapport, l'équipe examine les questions liées aux soins médicaux, aux conditions sanitaires, à l'alimentation, les possibilités de loisirs, la détention des mineurs, les abus physiques et sexuels, l'accès à des enquêtes extérieures, les procédures de plaintes et disciplinaires, et l'attitude des personnels.

Physicians for Human Rights, *Health Conditions in Haiti's Prisons* 1992, Etats-Unis.

Physicians for Human Rights, *Health Conditions in Cambodia's Prisons* 1995, Etats-Unis. ISBN 1-879707-18-7.

**Résumé :** Pendant la première moitié de 1994, une équipe médicale rassemblée par Physicians for Human Rights, le American Refugee Committee, et le Columbia College of Physicians and Surgeons a étudié les conditions sanitaires dans 13 prisons du Cambodge. Lors de visites sur place et d'interviews structurées avec des personnels pénitentiaires et des détenus choisis au hasard, les enquêteurs médicaux ont mis en évidence le fait que les conditions mettaient en péril la santé et le bien-être des détenus. Un des enquêteurs a estimé que la prison appelée Police Judiciaire à Phnom Penh était "un désastre de santé public en attente de se produire". Lorsque PHR a rendu publiques ses premières conclusions, le gouvernement du Cambodge a pris des mesures pour réduire la surpopulation et réhabiliter cette prison. Le rapport recommande des mesures afin d'améliorer les conditions sanitaires et en appelle à l'entraide nationale pour aider le gouvernement du Cambodge à assumer sa mission de protection des droits de tous les détenus.

Scacco, Anthony M. Jr., (Editor), *Male Rape: A Casebook of Sexual Aggressions* 1982, NY: AMS ISBN: 0 4046 1622 4.

\* Stern, Vivien (ed.), *Sentenced to Die? The problem of TB in prisons in Eastern Europe and Central Asia* 1999, International Centre for Prison Studies, Royaume-Uni. ISBN 0 9535221 1 3.

\* Toebes, Brigit C. A., *The Right to Health as a Human Right in International Law* School of Human Rights Research Series, Volume 1, Intersentia-Hart, Pays-Bas.

## Articles

**Titre :** *The AIDS Litigation Project - a national review of court and human rights commission decisions, part I: the social impact of AIDS.*

**Auteurs :** Lawrence O. Gostin,

**Source :** JAMA. 1990 Apr 11; 263(14): 1961-1970.

**Extrait :** Le Aids Litigation Project s'intéresse aux répercussions légales de l'épidémie de sida aux Etats Unis. C'est un projet de la Société américaine de droit et de médecine et du Département d'orientation et de gestion de la santé, au sein de l'école de santé publique de Harvard. Il est soutenu par le Bureau national du programme sida du Service de santé publique des Etats Unis. L'article de L.O. Gostin est le premier d'une série de deux et examine la jurisprudence et les décisions de la Commission des droits de l'homme, que le projet enregistre depuis 1981. Cette étude couvre 469 dossiers liés au sida, qu'ils soient en cours ou déjà clos, au niveau local, étatique ou fédéral. La première partie examine les cas au civil ou au pénal qui traitent de questions allant de l'éducation sur le sida au sida dans les prisons. Les articles sont accompagnés de tableaux présentant le nombre de cas par tribunal et par sujet ainsi qu'une compilation par sujet de citations tirées de 320 cas.

**Titre :** *Prison health law.*

**Auteur :** Tomasevski, Katarina

**Source :** European Journal of Health Law. 1994; 1(4): 327-341.

**Titre :** *Section 1983 civil liability of prison officials for denying and delaying medication and drugs to prison inmates.*

**Auteurs :** Vaughn, Michael S.

**Source :** Issues in Law and Medicine. Eté 1995; 11(1): 47-76.

**Titre :** *European guidelines on prison health.* [Commentary].

**Auteurs :** Bertrand, Dominique; Harding, Timothy

**Source :** Lancet. 31 juillet 1993 ; 342(8866): 253-254.

**Titre :** *Long-term contraceptives in the criminal justice system.*

**Auteur :** Dresser, Rebecca

**Source :** Hastings Center Report. 1995 janvier - février ; 25(1): S15-S18.

**Extrait :** L'obligation judiciaire de contraception: une proposition - Une des façons de réconcilier les intérêts contradictoires sur les abus et bénéfices potentiels de l'obligation judiciaire de contraception serait d'adopter le principe suivant : lorsque des contraceptifs de long terme sont proposés comme modalité d'une libération conditionnelle, les magistrats devraient également proposer à la délinquante au moins une peine alternative non privative de liberté. Si l'accusée a été condamnée pour un délit n'entraînant pas habituellement une peine de prison, elle devrait se voir proposer deux alternatives pour sa liberté conditionnelle : une incluant une obligation de contraception et une incluant un ensemble de mesures non contraceptives habituellement imposées à des accusés se trouvant dans la même situation. Si les personnes condamnées pour ce type de délit peuvent être condamnées à une peine de prison, et que le juge estime qu'une liberté conditionnelle assortie d'une obligation de contraception pourrait être une solution adéquate, il devrait avoir à soumettre trois propositions : conditionnelle avec contraception obligatoire, conditionnelle assortie d'autres mesures de contraintes ou la peine de prison qui serait normalement infligée. Le respect de ce principe pourrait alléger la pression que peut ressentir une accusée qui serait tentée de compromettre ses choix médicaux ou liés à la reproduction, afin d'éviter la détention dans une institution pénitentiaire.

**Titre :** *Apartheid medicine: health and human rights in South Africa.*

**Auteurs :** Nightingale, Elena O.; Hannibal, Kari; Geiger, Jack; Hartmann, Lawrence; Lawrence, Robert; Spurlock, Jeanne

**Organisme de rattachement :** American Association for the Advancement of Science. Science and Human Rights Program

**Source :** JAMA. 24/31 octobre 1990 ; 264(16): 2097-2102.

**Extrait :** En avril 1989, les auteurs se sont rendus en Afrique de Sud sous les auspices de l'Association américaine pour le progrès de la science, de l'Institut de médecine de l'Académie nationale des sciences, de l'Association psychiatrique américaine, et de l'Association américaine de santé publique. L'objectif de ce voyage était d'évaluer les effets de l'apartheid sur les soins de santé et d'examiner le rôle qu'ont joué les praticiens sud-africains dans la promotion ou au contraire la limitation du droit à la santé. Ce résumé du rapport complet aborde 1) les soins médicaux sous l'apartheid 2) la formation médicale 3) les violations des droits de l'homme et les professionnels de la santé (y compris la torture, les grèves de la faim et des restrictions alimentaires ; les pressions exercées sur les professionnels de la santé ; le médecin dans le système pénitentiaire, et l'impact de la détention sur les enfants) 4) la réponse de la communauté médicale aux violations des droits de l'homme et 5) conclusions.

**Note :** Le rapport complet est disponible auprès de : AAAS Science and Human Rights Program, 1333 H St., NW, Washington, D.C. 20005.

**Titre :** *The AIDS crisis in prison: a need for change.*

**Auteurs :** Easley, Peter Rhodes

**Source :** Journal of Contemporary Health Law and Policy. Printemps 1990 ; 6: 221-238.

**Titre :** *High prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections amongst the inmates of a district jail in Northern India.*

**Auteurs :** Singh S; Prasad R; Mohanty A

**Organisme de rattachement:** Clinical Microbiology Division, Department of Laboratory Medicine, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi. [ssingh@medinst.ernet.in](mailto:ssingh@medinst.ernet.in)

**Source :** Int. J STD AIDS. Juillet 1999 ; 10(7) : 475-8.

**Extrait :** 240 hommes et 9 femmes détenus pour des délit divers dans une prison de district près de Dehli (Inde) ont subi des tests de détection des MST et des maladies véhiculées par le sang, y compris le VIH,

la syphilis, les hépatites virales B et C, les dermatoses, etc. Les détenus étaient âgés de 15 à 50 ans, avec une moyenne de 24.8+/-0.11. Leur passé criminel, durée du séjour en prison, toxico-dépendances, éducation, lieu de naissance, statut marital, activités sexuelles, et problèmes médicaux ont été enregistrés par un questionnaire anonyme. Des échantillons de sérum ont été testés pour le dépistage des anticorps VIH (1+2), de l'hépatite C (HCV), du *Treponema pallidum* et des antigènes de surface de l'hépatite B (HBsAg). Un examen des crachats a été réalisé pour détecter les bacilles réactifs à l'acide. Sur 240 hommes, 115 étaient mariés et 125 célibataires. 184 (76.6%) ont rapporté avoir eu des relations sexuelles avec pénétration. Sur les 184, 53 (28.8%) étaient homo ou bisexuels et 131 (71.2%) n'avaient de relations sexuelles qu'avec des femmes. Sur ces 131, 60 (45.8%) étaient fidèles à leur partenaire, alors que 124 rapportaient avoir des partenaires multiples ; 100 (80.6%) avaient des rapports non protégés. Sur ces 100, 83 avaient également des rapports avec des travailleurs du sexe. 126 étaient alcooliques, 44 dépendants au smack/charas et 8 avaient consommé de la drogue par injection intraveineuse. 124 ne connaissaient pas le sida. Les examens ont permis de montrer que 28 des 240 hommes (11.6%) souffraient d'une hépatite avec ou sans jaunisse dans les 2 ans précédents, 25 (10.4%) d'une tuberculose pulmonaire et 11 (4.6%) d'ulcères syphilitiques sur le pénis. Les quatre cinquième des adolescents enfermés dans un quartier séparé souffraient d'une gale modérée à sévère. Trois hommes, (1.3%) étaient confirmés contaminés par le VIH-1 alors que 28 hommes (11.1%) et 2 femmes (22.2%) étaient positifs au HBsAg. Douze hommes (5.0%), mais aucune femme, étaient positifs aux anticorps anti-HCV. Des trois détenus séropositifs, un était un usager de drogues par voie intraveineuse, un second était toxicomane et fréquentait souvent des prostituées et le troisième était homosexuel. Cette étude pilote indique que les maladies sexuellement transmissibles ou véhiculées par le sang connaissent de forts taux de prévalence dans les prisons et constituent une menace de propagation rapide de ces maladies, par le biais des travailleurs du sexe et de l'homosexualité.

**Titre :** *Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison.*

**Auteurs :** Edwards A; Curtis S; Sherrard J

**Organisme de rattachement :** Department of Genitourinary Medicine, The Radcliffe Infirmary NHS Trust, Oxford, Royaume-Uni.

**Source :** Int. J STD AIDS. Juillet 1999 ; 10(7) : 464-6.

**Extrait :** Une étude a été réalisée sur une cohorte anonyme et volontaire afin de déterminer la prévalence de l'infection par le VIH et d'examiner les facteurs de risque liés à la propagation de l'infection dans une prison anglaise. 378 détenus ont participé (68%). Le taux de prévalence du VIH était de 0.26%. L'utilisation de drogues par injection (UDI) était le facteur de risque le plus important parmi les 20% qui reconnaissaient s'injecter des drogues, dont 58% s'étaient piqués pendant leur séjour en prison. Parmi cette catégorie, 73% partageaient leurs aiguilles. Deux détenus ont admis avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire male pendant leur détention. Cette étude démontre l'existence d'une potentielle éruption d'infections par des virus véhiculés dans le sang : virus de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) et de l'infection par le VIH. L'injection de drogues et le partage des seringues représentent le risque le plus conséquent.

**Titre :** *Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners : preponderance of parenteral transmission.*

**Auteurs :** Massad E; Rozman M; Azevedo RS; Silveira AS; Takey K; Yamamoto YI; Strazza L; Ferreira MM; Burattini MN; Burattini MN

**Organisme de rattachement :** NUPAIDS, Université de Sao Paulo, Brésil.

**Source :** Eur J Epidemiol. Mai 1999 ; 15(5) : 439-45.

**Extrait :** Entre novembre 1993 et avril 1994, une équipe de médecins a interviewé et prélevé des échantillons sanguins sur 631 détenus choisis au hasard dans la plus grande prison d'Amérique du sud, qui comptait environ 4 700 détenus à cette époque. L'interview se composait de questions sur les comportements à risque liés à l'infection par le VIH, et des prises de sang ont été effectuées pour des tests sérologiques du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis. L'objectif principal était d'identifier les liens entre le virus de l'hépatite C et l'injection de drogues d'une part et la séropositivité au VIH d'autre part. La participation à cette étude était volontaire et la confidentialité garantie. Les taux de prévalence se

répartissaient comme suit : VIH : 16% (95% intervalle de confiance (IC : 13-19%) HCV: 34% (95% IC 30-38%), et syphilis: 18% (95% IC 15-21%). 22% reconnaissaient avoir consommé des drogues par injection, et aucun autre risque parentéral n'a été mentionné. Les résultats de cette étude, comparés à ceux d'autres études dans la même prison, suggère que la prévalence du VIH a été stable ces dernières années, et que le facteur de risque le plus conséquent au sein de cette population est le risque parentéral par l'injection de drogues.

**Titre :** *Prison legal matters: is prison neglect creating super HIV?*

**Auteur :** Rodrigues T

**Source :** PWA Newline. Octobre - novembre 1998 ; 34-5.

**Extrait :** Des détenus du système pénitentiaire californien se sont plaints d'être dans l'incapacité de suivre leurs traitements anti-VIH, du fait que le personnel médical ne les aide pas à recevoir les médicaments nécessaires. Le système pénitentiaire semble ignorer la nécessité de poursuivre le traitement sans interruption, ce qui conduit certains responsables de la santé publique à s'inquiéter de ce que les services pénitentiaires seraient en train de générer un nouveau virus, qui pourrait être résistant aux traitements anti-VIH actuels. En plus de procès intentés par des détenus, une résolution du Bureau d'inspecteurs de San Francisco (San Francisco Board of Supervisors) invite instamment le Premier magistrat de la ville (City Attorney) à initier une enquête à l'encontre des services pénitentiaires de Californie pour la façon inacceptable dont sont encadrés les détenus infectés par le VIH. De plus, les détenus qui sont libérés de prison ne bénéficient d'aucun conseil sur la façon d'obtenir un traitement ou un suivi médical à leur sortie de prison.

**Titre :** *Australian prisons are still health risks* [editorial; commentaires]

**Auteurs :** Levy MH

**Source :** Med J Aust. 1999 Jul 5;171(1):7-8.

**Commentaires :** Med J Aust 5 juillet 1999 ; 171(1) : 14-7  
Med J Aust 5 juillet 1999 ; 171(1) : 18-21  
Med J Aust 5 juillet 1999 ; 171(1) : 31-3

**Titre:** *HIV prevalence at reception into Australian prisons, 1991-1997* [commentaires]

**Auteurs :** McDonald AM; Ryan JW; Brown PR; Manners CJ; Falconer AD; Kinnear RC; Harvey WJ; Hearne PR; Banaszczuk M; Kaldor JM.

**Organisme de rattachement :** National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Sydney, NSW. amcdonald@nchecr.unsw.edu.au

**Source :** Med J Aust. 5 juillet 1999 ;171(1) : 18-21.

**Commentaires :** Med J Aust 5 juillet 1999 ;171(1) : 7-8

**Extrait :** Objectifs: mesurer l'étendue et les résultats du dépistage des anticorps au VIH lors de l'incarcération dans les établissements pénitentiaires australiens.

Conception : étude transversale lors de l'incarcération.

Participants et cadre: personnes arrivant dans les prisons australiennes entre 1991 et 1997.

Principales mesures effectuées : nombre de personnes dépistées pour le VIH et prévalence d'infections au VIH diagnostiquées.

Résultats : Entre 1991 et 1997, 72% des entrants en prison en Australie ont subi un test de dépistage des anticorps au VIH. Le pourcentage de personnes dépistées a baissé de façon significative de 76% en 1991 à 67 % en 1997 ( $P < 0.001$ ). En Nouvelles Galles du Sud, le pourcentage d'entrants testés est tombé de près de 100% en 1991-1994 à 45% en 1997, alors que dans les Territoires du Nord, l'Australie Méridionale et l'Australie Occidentale, l'étendue du dépistage s'est significativement accrue ( $P < 0.001$ ). La prévalence du VIH était de 0.2% parmi les personnes entrées dans les prisons australiennes entre 1991 et 1997, sans différence entre les sexes. La plupart des personnes infectées au VIH (242/378; 64%) entrées en prison entre 1991 et 1997 avaient déjà fait l'objet d'un diagnostic lors d'une précédente incarcération ; 136 personnes (soit 36% des personnes diagnostiquées) ont fait l'objet d'un premier diagnostic lors de leur présente incarcération.

Conclusions : Un système de suivi mis en place depuis 1991 montre un taux généralement assez élevé de dépistage des anticorps VIH et un taux de prévalence de l'infection au VIH relativement peu

élevé parmi les personnes entrant dans les prisons australiennes. Chaque année, des personnes qui n'étaient pas auparavant connues des services de santé comme étant porteuses du virus ont été incarcérées, ce qui indique que l'infection au VIH se poursuit parmi la population entrant dans les prisons australiennes.

**Titre :** *Transsexual orientation in HIV risk behaviours in an adult male prison.*

**Auteurs :** Stephens T; Cozza S; Braithwaite RL

**Organisme de rattachement :** Department of Behavioral Sciences and Health Education, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, Georgia 30322, Etats-Unis. tstephe@emory.edu

**Source :** Int J STD AIDS. Janvier 1999 ; 10(1) : 28-31.

**Extrait :** Cette étude examine ce que le fait de se définir comme étant un transsexuel male peut avoir comme conséquences sur les comportements à risque liés au VIH dans le système pénitentiaire d'un état. La question spécifique autour de laquelle s'articule la recherche est de savoir dans quelle mesure les orientations sexuelles d'un détenu ont un impact sur le niveau d'exposition à des comportements à risque liés au VIH. Un total de 153 personnes a accepté de participer. 31 se décrivaient elles-mêmes comme étant des transsexuels. Basé sur des ratios de risque et prenant les détenus transsexuels comme groupe de référence, ces derniers étaient 13.7 fois plus susceptibles que les autres d'avoir un partenaire sexuel principal en prison [95% IC=5.28, 35.58]. Par ailleurs, les transsexuels étaient 5.8 fois plus susceptibles que les autres de déclarer avoir plus d'un partenaire sexuel en prison [95% IC=2.18, 15.54]. Ces résultats illustrent de façon évidente que les transsexuels ont besoin d'un soutien préventif plus développé que les non-transsexuels. Outre le fait d'être protégés des agressions des non-transsexuels, ils doivent bénéficier d'un soutien social et de matériel d'information préventive élaboré avec soin.

**Titre :** *Crisis or opportunity? The privatisation of behavioural health services in the criminal justice system*

**Auteur :** Clarke B

**Source :** Behav. Health Tomorrow, avril 1998 ; 7(2) : 21-4, 57

**Titre :** *Opportunities for AIDS prevention in a rural state in criminal justice and drug treatment settings.*

**Auteurs :** Farabee D; Leukefeld CG

**Organisme de rattachement :** Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky, Lexington 40504, Etats-Unis.

**Source :** Subst Use Misuse. Mars - avril 1999 ; 34(4-5) : 617-31.

**Extrait :** Cette étude examine la probabilité que les toxicomanes reçoivent de l'information préventive sur le VIH/sida ainsi que du matériel (par exemple des préservatifs et de l'eau de javel) dans l'état rural du Kentucky. En dépit de l'évidence d'un risque élevé d'infection au VIH parmi la population pénale et les toxicomanes, l'incarcération et les traitements pour toxicomanes ne sont que rarement associés avec la prévention contre le HIV et des programmes de dépistage. Ces données militent fortement en faveur de l'utilisation du temps pénal et du contexte de traitement pour organiser des actions de prévention contre le sida pour les populations toxicomanes à haut risque et invitent à s'intéresser aux services de prévention du sida dans les zones rurales aussi bien qu'urbaines.

**Titre :** *Prisoners' views about the drugs problem in prisons, and the new Prison Service drug strategy.*

**Auteurs :** Gore SM; Bird AG; Cassidy J.

**Organisme de rattachement:** MRC Biostatistics Unit, Institute of Public Health, University Forvie Site. sheila.gore@mrc-bsu.cam.ac.uk

**Source :** Commun Dis Public Health. Septembre 1999 ; 2(3) : 196-7.

**Extrait :** 375 détenus sur les 575 (222/299 toxicomanes et 153/267 non-toxicomanes) qui ont répondu à un questionnaire à remplir soi-même sur les soins médicaux dans deux prisons en 1997 ont formulé des commentaires sur les drogues en prison. Sur 176 réponses, 148 exprimaient une opinion négative sur le dépistage obligatoire des drogues (DOD), et 107 affirmaient que le DOD encourageait le passage à l'héroïne ou aux drogues dures, ou à en accroître la consommation. 62 détenus suggéraient qu'il fallait plus de soutien et de conseil pour les toxicomanes, 52 proposaient la création de quartiers séparés pour

les toxicomanes et 50 demandaient plus de sécurité lors des visites ou dans les couloirs après la prise de médicaments. La nouvelle stratégie du service pénitentiaire en matière de drogues est revenue sur le DOD. Elle se focalise maintenant sur ceux qui fournissent la drogue, soutien ceux qui veulent décrocher et est en accord avec l'opinion des détenus sur le problème de l'héroïne en détention.

**Titre :** *Birth in prison. The rights of the baby.*

**Auteur :** Kitzinger S

**Source :** Pract Midwife. Janvier 1999 ; 2(1) : 16-8.

**Titre :** *The impact of primary mental health care in a prison system in Brazil.*

**Auteurs :** Taborda JG; Bertolote JM; Cardoso RG; Blank P

**Organisme de rattachement:** OMS Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brésil. taborda@conex.com.br

**Source :** Can J Psychiatry. Mars 1999 ; 44(2) : 180-2.

**Extrait:** Objectif : Analyser l'impact d'un service psychiatrique dans un hôpital pénitentiaire qui envoie habituellement les détenus atteints de troubles mentaux vers un hôpital psychiatrique médico-légal.

Méthode : Analyse de données sur la population carcérale et les admissions à l'hôpital psychiatrique médico-légal.

Résultats : En dépit d'une augmentation de 10.9% sur trois ans de la population carcérale générale, les transferts de l'hôpital pénitentiaire doté d'un nouveau service de psychiatrie vers l'hôpital psychiatrique médico-légal ont diminué de 36.5%, alors que les transferts depuis d'autres prisons ont augmenté de 120.4%.

Conclusion : Ces résultats montrent l'efficacité de cette nouvelle approche des soins de santé primaires.

**Titre :** *Unmet need among disturbed female offenders.*

**Auteur :** Nikki Gorsuch

**Institution :** Enfield Community Care Trust, Hadley Lodge Regional Secure Unit, Enfield, England UK.

**Source :** Journal of Forensic Psychiatry. Vol 9(3), Décembre 1998, 556-570. ISSN: 0958-5184

**Extrait :** Cette étude s'intéresse aux caractéristiques de femmes qui restent dans le système pénitentiaire en dépit de troubles psychologiques. Cette étude de cas décrit 44 femmes (d'un âge moyen de 30 ans), détenues dans le service psychiatrique d'une unité de soins pénitentiaire et qui sont envoyées vers les services psychiatriques du système national de santé par les médecins pénitentiaires. La moitié de ces femmes était difficile à placer et s'était vu refuser une place au moins une fois. L'autre moitié (groupe de référence) avait obtenu une place sans difficulté. Les données examinées comprenaient le délit dont ces femmes étaient actuellement accusées, le statut légal, l'histoire (personnelle, psychiatrique, délinquante), les automutilations, diagnostic et traitement, et résultat de l'hospitalisation. Les femmes dites difficiles à placer étaient largement plus susceptibles que les autres d'avoir été victimes de maltraitance ou d'abus sexuels dans leur enfance; d'avoir commis plusieurs délits ou crimes y compris violents ; d'avoir déjà fait un séjour en hôpital psychiatrique sécurisé ; d'être considérées comme représentant un danger pour elles-mêmes et créant des difficultés dans la prison ; d'avoir un diagnostic de troubles de la personnalité ; et d'être condamnées à la prison ou une liberté conditionnelle plutôt qu'une injonction de soins. ((c) 1999 APA/PsycINFO, tous droits réservés).

**Lieu de l'étude :** Angleterre, Royaume-Uni.

**Année de publication :** 1998

**Titre :** *Prison health: A neglected subject in correctional psychology.*

**Auteur :** Thomas J. Young

**Institution:** Washburn U, Beatrice, NE, Etats-Unis.

**Source :** Journal of Prison & Jail Health. Vol 11(1), été 1992, 51-54. ISSN 0731-8332

**Extrait :** L'auteur soutient que la littérature sur la psychologie en milieu pénal et pénitentiaire ne consacre pas assez d'attention à la santé des détenus. Sur 12 manuels de psychologie pénitentiaire étudiés (publiés entre 1980 et 1990), quatre seulement mentionnent brièvement le sujet de la santé pénitentiaire et des traitements médicaux. ((c) 1998 APA/Correctn, tous droits réservés). Année de publication: 1992

- \* **Titre** : *Prisoners: an end to second class health care?*  
**Auteur** : Richard Smith  
**Source** : BMJ 1999 ; 318:954-955 (10 avril) Editorial
- \* **Titre** : *Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales.*  
**Auteurs** : Deborah Brooke, Caeilia Taylor, John Gunn & Anthony Maden.  
**Source** : BMJ 1996 ; 313 : 1524-1527 (14 décembre)
- \* **Titre** : *HIV/AIDS and human rights in prison. The Costa Rican experience.*  
**Auteur** : Valerio Monge CJ  
**Source** : Med Law 1998 ; 17(2) :197-210
- \* **Titre** : *Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison.*  
**Auteurs** : DL Yirrell, P Robertson, DJ Goldberg, J McMenamin, S Cameron, AJ Leigh Brown  
**Source** : BMJ 1997 ; 314 : 1446 (17 mai)
- \* **Titre** : *Spread of blood borne viruses among Australian prison entrants.*  
**Auteurs** : Nick Crofts, Tony Stewart, Peter Hearne, Xin Yi Ping, Alan M Breschkin & Stephen A Locarnini  
**Source** : BMJ 1995 ; 310 : 285-288 (4 février)
- \* **Titre** : *Outbreak of HIV infection in a Scottish prison.*  
**Auteurs** : Avril Taylor, David Goldberg, John Emslie, John Wrench, Laurence Gruer, Sheila Cameron, James Black, Barbara Davies, James McGregor, Edward Fllett, Janina Harvey, John Basson and James McGavin  
**Source** : BMJ 1995 ; 310 : 289-292 (4 février)
- \* **Titre** : *Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study.*  
**Auteurs** : Luke Birmingham, Debbie Mason and Don Grubin  
**Source** : BMJ 1996 ; 313 : 1521-1524 (14 décembre)
- \* **Titre** : *Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison.*  
**Auteurs** : Sheila M Gore, A Graham Bird, Sheila M Burns, David J Goldberg, Amanda J Ross and James McGregor  
**Source** : BMJ 1995 ; 310 : 293-296 (4 février)
- \* **Titre** : *Substance use in remand prisoners: a consecutive study case.*  
**Auteurs** : Debbie Mason, Luke Birmingham and Don Grubin  
**Source** : BMJ 1997 ; 315 : 18-21 (5 juillet)
- \* **Titre** : *Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study.*  
**Auteurs** : SR Seaman, RP Brettle and SM Gore  
**Source** : BMJ 1998 ; 316 : 426-428 (7 février)
- \* **Titre**: *Health and human rights.*  
**Auteur** : Jonathan M Mann  
**Source** : BMJ 1996 ; 312 : 924-925 (13 avril) Editorial
- \* **Titre** : *Shackling prisoners in hospital.*  
**Auteur** : Luisa Dillner  
**Source** : BMJ 1996 ; 312 : 200 (27 janvier)
- \* **Titre** : *Prison rights: mandatory drugs tests and performance indicators for prisons.*  
**Auteurs** : Sheila M Gore, A Graham Bird and Amanda J Ross  
**Source** : BMJ 1996 ; 312 : 1411-1413 (1<sup>er</sup> juin)

\* **Titre :** *Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey.*

**Auteurs :** A Graham Bird, Sheila M Gore, Sharon J Hutchinson, Stephanie C Lewis, Sheila Cameron and Sheila Burns

**Source :** BMJ 1997 ; 315 : 21-24 (5 juillet)

\* **Titre :** *Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group.*

**Auteur :** Tavistock Group

**Source :** BMJ 1999 ; 318 : 248-251 (23 janvier)

**Extrait :** Suggère que "les soins médicaux sont un des droits de l'homme", ce qui est controversé - voir les courriers joints. Une liste des membres du groupe est publiée à la fin de l'article.

### **Autre documentation pertinente**

*Déclaration universelle des droits de l'homme*, publiée dans le British Medical Journal  
BMJ 1997 ; 315 : 1455-1456 (29 novembre).

*Déclaration universelle des droits de l'homme* - en particulier les Articles 5 et 25.

*Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels* - en particulier les Articles 11 et 12.

*Convention des droits de l'enfant* - Article 24 en particulier.

Mécanismes régionaux de protection des droits de l'homme, en particulier la *Charte africaine* - voir l'Article 16 (concerne le droit à un logement décent).



**PRI Londres (Siège)**

Unit 450, The Bon Marché Centre  
241 - 251 Ferndale Road  
Brixton, Londres SW9 8BJ  
Royaume Uni  
Tél. : +44 (0)20 7924 9575  
Fax : +44 (0)20 7924 9697  
Courrier électronique : [info@pri.org.uk](mailto:info@pri.org.uk)

**PRI Paris**

40 rue du Château d'Eau  
75010 Paris  
France  
Tél. : +33 (0)1 48 03 90 01  
Fax : +33 (0)1 48 03 90 20  
Courrier électronique: [priparis@penalreform.org](mailto:priparis@penalreform.org)

Site internet : <http://www.penalreform.org>

**Uganda Prisons Service**

PO BOX 7182  
Kampala - OUGANDA  
Tél. : 256 41 233 959  
Fax : 256 41 343 330

**Préparation et mise en page**

*PRI Paris - septembre 2000*

