



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

(FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

(EDP)

« Espaces, Cultures et Développement »

SPECIALITE : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

MEMOIRE DE DEA

Sujet

***QUESTIONS POUR UNE SOCIOLOGIE DE L'OFFRE
DES SERVICES DE SANTE A LA PRISON CIVILE DE
COTONOU***

Présenté par:

Pascal DOHOU

Sous la Direction de:

Prof. Dr. Ir. Roch L. MONGBO, PhD

Maître de Conférences au CAMES

Membres du jury

Président et Rapporteur : Prof. Dr. Ir. Roch L. MONGBO, PhD

1^{er} Examineur : Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

2^{ème} Examineur : Prof. Cyrille AHODEKON

Note : 15/20

Mention : Bien

Année académique: 2013-2014

SOMMAIRE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sommaire | 2 |
| Dédicace | 3 |
| Remerciements | 4 |
| Sigles et Acronymes..... | 5 |
| Liste des tableaux, liste des graphiques | 6 |
| Liste des photos, liste des encadrés, liste de figure | 7 |
| Note sur la monnaie, les transcriptions et les photos..... | 8 |
| Résumé | 9 |
| Abstract..... | 10 |
| INTRODUCTION GENERALE..... | 11 |
| 1^{ère} Partie : La prison civile de Cotonou : un champ d'étude de l'offre des services de santé : cadres théorique et méthodologique de la recherche..... | 14 |
| Chapitre I : Cadre théorique de la recherche | 15 |
| Chapitre II : Cadre Méthodologique | 30 |
| 2^{ème} Partie : Minima sociaux et usages des soins à la prison civile de Cotonou | 38 |
| Chapitre III : Organisation et fonctionnement de la prison civile de Cotonou..... | 39 |
| Chapitre IV : Aspects sociaux et techniques de la prise en charge..... | 60 |
| CONCLUSION | 92 |
| Références bibliographiques..... | 95 |
| Web graphie | 97 |
| Annexes..... | 98 |
| Table des matières..... | 103 |

DEDICACE

- *A ma mère **Anastasie ZANMENO** et à mon père **Raphaël DOHOU** qui m'ont en permanence soutenu à travers leurs aides financières, matérielles et morales ;*
- *A mon épouse **Hortense KPOGBA** pour son soutien, son encouragement et sa patience.*
- *A vous, **Hortal, Calhor, Crécelle et Godwin** qui constituez ma joie de vivre et me permettez de persévérer dans ce travail.*

REMERCIEMENTS

- *Nous remercions très sincèrement tous les Enseignants de l'école doctorale pour les savoirs qu'ils nous ont transmis ;*
- *Nous exprimons toute notre reconnaissance au Prof. Dr. Ir. **Roch L. MONGBO**, PhD qui, en dépit de ses multiples occupations nous a fait bénéficier de la richesse de ses connaissances et de ses expériences ;*
- *Toutes nos gratitudes au Prof. Dr. **Dodji AMOUZOUVI** pour ses nombreux et riches conseils pour la perfection de ce travail scientifique ;*
- *Remerciements aux Drs. **Jacques AGUIA-DAHO** et **Ilyass SINA** pour leurs conseils et leur contribution ;*
- *Nos remerciements à **Achille SODEGLA**, **Yasmine FOUSSENI**, **Sandrine TCHIKOU** et à **Karen GANYE** pour leur esprit de groupe ;*
- *Sincères remerciements aux collègues promotionnaires en particulier **Aimé TCHEFFA** pour son esprit de groupe et de partage ;*
- *Remerciement à **Germaine KPELEBE** pour son soutien moral ;*
- *Sincères remerciements au Capitaine **Salifou WOROU** régisseur de la PCC, également au personnel infirmier pour leurs concours et leur attachement à la réussite de ce travail scientifique ;*
- *Remerciements à tous nos frères et sœurs **Aimée, Julie, Gilles, Amédée et Lydie** ;*
- *Remerciements aux oncles et tantes en particulier à **Gabriel DOSSOU** pour ses soutiens quotidiens ;*
- *A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.*

SIGLES ET ACRONYMES

AVC : Accident Vasculaires Cérébraux.

BFSDC : Bibliothèque de la Fraternité Saint Dominique de Cotonou.

CED : Centre d'Etudes et de Documentation d'Akpakpa.

CNHP : Centre National Hospitalier Psychiatrique de Jacquot.

CNHPP : Centre National Hospitalier Pneumo-Physio-Pathologique.

CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire K.M.

CUTO-CR : Clinique Universitaire de Traumatologie d'Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice.

DAPAS : Direction de l'Administration Pénitentiaire et de l'Administration Sociale.

FLASH : Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines.

LARRED : Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

PCC : Prison Civile de Cotonou.

PSS-PCC : Plan Sécurité et Surveillance de la Prison Civile de Cotonou.

RFU : Registre Foncier Urbain.

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires.

Liste des tableaux

| Tableaux | Pages |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Tableau n° I : Répartition des informateurs..... | 35 |
| Tableau n° II : Répartition des informateurs suivant leur sexe..... | 36 |
| Tableau n° III : Situation carcérale du 23 décembre 2013..... | 40 |
| Tableau n° IV : Appréciation sur la permanence des soins..... | 58 |
| Tableau n° V : Récapitulatif des détenus transférés en 2013..... | 65 |
| Tableau n° VI : Programmation des repas à la PCC..... | 72 |
| Tableau n° VII : Condition d'hébergement des détenus..... | 75 |
| Tableau n° VIII : Nombre de places disponibles..... | 79 |
| Tableau n° IX : Répartition des détenus ayant participé à la clinique foraine..... | 86 |
| Tableau n° X : Chronogramme détaillé de la recherche..... | 102 |

Liste de graphiques

| Graphiques | Pages |
|---------------------------------------------------------|--------------|
| Graphique 1 : Nombre de détenus évacués..... | 67 |
| Graphique 2 : Rapport Evacuation/Décès..... | 69 |
| Graphique 3 : Effectif des détenus par bâtiment..... | 78 |
| Graphique 4 : Nombre de lits disponibles..... | 80 |
| Graphique 5 : Taux de fréquentation à l'infirmerie..... | 86 |

Liste des photos

| Photos | Pages |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Photos 1 : Surpopulation carcérale dans la prison civile de Cotonou..... | 77 |
| Photo 2 : Deuxième type de position adopté pour passer la nuit à la prison civile de Cotonou..... | 81 |

Liste des encadrés

| Encadrés | Pages |
|-----------------|--------------|
| Encadré 1..... | 64 |
| Encadré 2..... | 70 |

Liste de figure

| Figure | Pages |
|----------------------------------------------------|--------------|
| Figure 1 : Système de prévention des maladies..... | 83 |

Note sur la monnaie, les transcriptions et les photos

1. Monnaie

Les sommes d'argent qui apparaissent dans ce travail sont en francs CFA, et 1€(un euro) a une valeur de 655,96 FCFA(UEMOA).

2. Transcriptions

La langue la plus dominante ou la plus parlée à la prison civile de Cotonou est la langue fɔn. Pour la traduction de certains discours ou mots, l'alphabet des langues nationales en vigueur au Bénin a été utilisé. La transcription de ces propos ou mots est faite en fɔngbe (fr.wikipedia.org/wiki/Fon-gbe#Bibliographie,09-07-2014,09h24mn).

L'orthographe et la grammaire de cette langue ont été respectées. La prononciation est en général celle de l'Alphabet des Langues Nationales Béninoises (ALNB) de la 6^{ème} édition en 2008.

3. Photos

Le document, donnant autorisation d'entrée à la prison civile de Cotonou dans le cadre de cette présente recherche, mentionne une interdiction formelle de l'utilisation d'appareil photo et d'enregistreur ou tout autre instrument pouvant compromettre l'intégrité des personnes détenues. Ainsi, toutes les photos utilisées dans le présent document sont tirées de l'internet (www.google.fr/search?q=prison,07/08/2014,12h14mn). L'intérêt de cette exploitation est de montrer la position de chaque acteur dans cet espace.

Résumé

L'objet de cette recherche est de réfléchir sur la question pour une sociologie de l'offre des services de santé à la prison civile de Cotonou. En effet, à la PCC, il est constaté la surpopulation carcérale avec manque d'hygiène, la fréquentation de malades à l'infirmerie, des décès enregistrés. Il se pose alors un problème de conciliation entre la vie carcérale et le maintien de santé. Alors, ce maintien de santé des détenus en milieu carcéral par une offre de soins "efficace" est aujourd'hui un enjeu pour le système de santé. Dès lors, comment l'organisation et le fonctionnement du système de santé en milieu carcéral (précisément à la prison civile de Cotonou) peuvent-ils participer à réaliser cet enjeu ? Comment les relations entre les acteurs dans l'offre/demande des soins à la prison civile de Cotonou sont établies pour assurer le maintien de la santé des détenus ? Les hypothèses sont que la permanence des soins n'est pas assurée pour le maintien de la santé de la population détenue ; la prise en charge sanitaire déduit les souffrances de la population carcérale. Les objectifs alors retenus pour la recherche sont : analyser l'organisation et le fonctionnement de la structure sanitaire de la prison civile de Cotonou ; ressortir les différents aspects que couvre la prise en charge des détenus. Pour mener cette recherche, il a été question d'une méthode qualitative appuyée de quelques éléments quantitatifs. A l'analyse des données, il en ressort que l'organisation et le fonctionnement interne de la structure sanitaire participe au maintien de la vie carcérale ; la prise en charge délivrée par la PCC ne tient pas compte des différents aspects listés à cet effet.

Mots-clés : prison ; souffrance sociale ; permanence des soins.

Abstract

The purpose of this research is to think about the question for a sociology of supply of health services in the civil prison of Cotonou. Indeed, the CCP, it is found overcrowding with poor hygiene, attendance sick in the infirmary of registered deaths. This raises a problem of balance between prison life and maintaining health. So it continued health of prison inmates by offering care" effective" is now a challenge for the health system. Consequently, how the organization and operation of the prison health (specifically in the civil prison of Cotonou) able to participate to achieve this issue? How relationships between actors in the supply / demand for care in the civil prison of Cotonou are established to maintain the health of inmates? The assumptions are that continuity of care is not provided for maintaining the health of the prison population; the health management deducts the suffering of the population. The objectives then selected for the research are: to analyze the organization and operation of the facility to the civil prison of Cotonou; highlight different aspects that covers the treatment of prisoners. To conduct this research, it was a question of a qualitative method supported by some quantitative elements. A data analysis, it appears that the organization and internal functioning of the facility participates in maintaining prison life; management issued by the CPC does not take into account the different aspects listed for this purpose.

Keywords: prison; social suffering; consistency of care.

INTRODUCTON GENERALE

Les savoirs et les discours sur la prison aujourd'hui, ne manquent pas. Les rapports parlementaires ou gouvernementaux, les documentaires, les récits autobiographiques expressifs, les témoignages de professionnels avisés, les articles, les journaux, les groupements associatifs, le militantisme d'information, etc. sont autant de sources diverses sur la vie carcérale. Ces documents témoignent souvent d'un véritable travail d'investigation et offrent un ensemble de descriptions et d'interprétations considérables.

En effet, l'une des conditions inaliénables sans laquelle le plein épanouissement de l'être humain ne saurait exister est la santé. Alors, elle constitue une richesse inestimable et inépuisable. Pour peu, la santé est donc l'un des droits les plus élémentaires. L'OMS l'a définie déjà en 1946 comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi, l'amélioration des conditions en matière de santé des populations continue toujours d'être au cœur du projet de développement des pays africains. C'est donc dans cet esprit que s'inscrit la Conférence de Hararé (1987) qui consacrent les zones sanitaires comme au cœur des systèmes de santé en Afrique. Les décisions issues de cette conférence sont applicables aux pyramides sanitaires des pays africains.

L'infirmierie tout comme le greffe (service judiciaire), la brigade pénitentiaire, les ONG sont autant des structures qui interviennent dans la prison civile de Cotonou. L'infirmierie est la structure médicale qui s'occupe de la santé des détenus. Le droit à la santé est inaliénable une fois de plus, quelle que soit la situation notamment pénale des personnes. Alors, la légalité des soins est un principe de service public. Au-delà du droit à cette égalité entre la prison et le milieu libre (loi française n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale), les situations graves requièrent une réponse adaptée.

Être atteint d'une pathologie implique des mesures exceptionnelles, tant pour les soins de qualité que pour les conditions de détention pendant les soins. La pandémie du sida a servi de soupape au renouvellement des problématiques de prise en charge sanitaire en milieu clos.

Les auteurs (Bessin et Lechien, 2000 : 108-117) ont montré que le développement de la toxicomanie et des pathologies, la détérioration des conditions économiques et sociales et ses conséquences sanitaires, les politiques de réduction des risques sont tous autant d'enjeux de santé publique qui impliquent une reconsidération de la prise en charge sanitaire des détenus. La vétusté et l'exiguïté des bâtiments, la promiscuité ambiante sont aussi des facteurs qui favorisent l'émergence des maladies. Au dehors comme au-dedans (l'intérieur comme l'extérieur de la prison), la légalité des droits à la santé est défendue par les institutions de défense des droits de l'homme. A y voir de près, le faible effectif du personnel sanitaire, le manque de spécialiste (même s'il en existe moins dans nos centres) tel que le dentiste par exemple dans les prisons béninoises constitue un handicap qui effrite quelque part ce droit.

Cependant, les exigences du code de procédure pénal en République du Bénin en son article 809 ont montré comment doit fonctionner le régime pénitentiaire au Bénin. En matière du droit à la santé des détenus, ces exigences permettent d'y observer une organisation des services de santé (Cougoul , 2010 : 18). Or, l'une des évidences que fait tout observateur attentif à l'organisation sociale des détenus est que l'offre des soins de santé revêt un caractère de relations sociales. Les intéressés (soignants-soignés) essaient d'échanger des informations au travers de l'offre des services de soins. La sociologie des soins en prison a consisté à observer et à identifier, d'une part, les conditions et les représentations liées à la prise en charge sanitaire des détenus et, d'autre part, les pratiques professionnelles et les usages des prestations soignantes. L'approche sociologique adoptée dans cette recherche se conçoit comme une démarche

compréhensive des phénomènes. Elle permet entre autre d'appréhender l'ensemble des points de vue avancés dans ces situations qui n'ont pas de définition univoque. L'activité de soins en prison y est appréhendée comme une suite de négociations entre les différents acteurs aux intérêts divergents. L'observation sociologique consiste alors à rendre compte des manières dont s'élaborent des compromis, des arrangements et des accords des différents acteurs en situation. C'est dans cette optique que s'attelle le présent travail qui porte sur "Questions pour une sociologie de l'offre des services de santé à la prison civile de Cotonou". L'objectif poursuivi dans ce projet de recherche consiste à comprendre et à expliquer la vie sociale des détenus de la prison civile de Cotonou en matière de leur santé.

Les données qui sont produites à cet effet, sont présentées à travers deux articulations. La première s'intéresse aux aspects théoriques et méthodologiques de la recherche et la seconde présente les résultats avec l'analyse des données recueillies sur le terrain.

1^{ère} Partie

**La prison civile de Cotonou, un champ d'étude de l'offre
des services de santé :**

Cadres théorique et méthodologique de la recherche

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Avant l'explication ou la compréhension d'un fait social, les ouvrages sociologiques au-delà de leurs diverses opinions, ont un minimum de sens convergents sur la démarche théorique. En effet, plusieurs travaux scientifiques ont montré les tours et les contours de la problématique de la santé dans les milieux clos en particulier milieux carcéraux pour ce qui concerne cette présente recherche. Alors, le point des différentes lectures dans ce champ se reporte au contexte, facteur décisionnel de l'acteur. Ainsi, les éléments empiriques liés à ce contexte ont été le levier déclencheur de ce questionnement.

Cependant, ce cadre théorique présente principalement la problématique de la recherche, l'état actuel de la question, la délimitation thématique, la clarification conceptuelle et le modèle théorique de l'analyse.

1. Problématique

L'homme, dans sa liberté peut écouter la radio, la musique, voir un spécialiste pour changer une pièce de sa moto ou de son véhicule. Il a la possibilité de prendre un transport en commun ou non. En cas de grève ou de panne, il ne sera pas trop gêné de s'adapter à la situation. Mais en matière de santé, l'homme a sa marge de manœuvre réduite. Selon (Crozier et Friedberg, 1977 : 55-74), l'acteur social a la possibilité de reconsidérer ou de réajuster sa position. Il a un comportement actif et rationnel par rapport à son objectif et par rapport aux positions des autres acteurs. Enfin, l'acteur social a un comportement offensif en vue d'améliorer sa situation et défensif en vue de maintenir et d'élargir sa marge de liberté. Cette analyse repose sur le postulat de la libre initiative de « *l'acteur social dont les stratégies sont soumises essentiellement à des contraintes extérieures* ». Autrement dit, des acteurs sont

dotés d'une marge de liberté, plus ou moins grande, mais jamais nulle. Alors, le médecin ou l'infirmier que le malade consulte n'a pas une baguette magique ou miraculeuse comme le garagiste par exemple. Par contre, chaque être humain vient au monde avec un « *Capital santé* » (Pamplona-Roger, 2000 :171). Pour ce capital, les uns ont plus, d'autres moins. Ainsi, il revient à chacun de gérer judicieusement ces moyens que la nature lui a donnés. Or, si l'accès aux soins est un droit pour les personnes emprisonnées, sa mise en œuvre rencontre des difficultés dues à son organisation.

La prison, microcosme carcéral, est considérée ici comme système à l'intérieur duquel sont regroupés des individus supposés dangereux quel que soit leur parcours clinique. En effet, à l'intérieur de l'institution carcérale de Cotonou, quelques constats y ont été faits notamment la surpopulation carcérale, l'exiguïté et la vétusté des bâtiments, l'insécurité sanitaire et le manque d'hygiène dans les milieux de détention, l'insuffisance et l'accès très limité des soins médicaux, le doute sur la qualité de la ration alimentaire. Selon le journal "L'autre Fraternité" du 19 Août 2011, le Chef de l'Etat béninois a effectué une visite à la prison civile de Cotonou. Répondant à un souhait de monsieur Albert Tévoédjrè, Médiateur de la république, il a découvert l'univers carcéral de Cotonou caractérisé par « *des conditions de détention inquiétante, notamment la surpopulation dans la prison, l'insuffisance de nourriture et l'absence d'hygiène* » (www.pressedubenin.info,07/08/2014,14h58mn). Cette découverte a permis dans le temps de bouger certaines pesanteurs liées au fonctionnement du système sanitaire interne.

Cependant, l'étonnement rencontré se poursuit par l'apparition des unités de consultation hospitalière qui sont installées à l'intérieur des murs de la PCC, des soignants de diverses catégories professionnelles y exercent leur

métier : urgentiste, infirmier, psychologue... Cette disposition est prévue par la loi citée un peu plus haut. Or, la prison n'est pas un lieu de soins, c'est une institution qui a une mission de garde, de sécurité. Toutefois, elle a en principe, une mission de réinsertion, plus conciliable avec la mission de soins. Cette mission de réinsertion affirmée dans les principes, ne paraît cependant pas importante. Or, selon la loi précitée, la détention ne doit être que la privation, par une décision de justice, de la liberté d'aller et de venir. Le droit à la santé, comme le droit à l'éducation, au travail, doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires où les personnes détenues peuvent prétendre à des soins équivalents à ceux qu'elles recevraient en milieu libre. Mais à la prison civile de Cotonou, les détenus ne disposent pas de ces soins comme prévus par la loi.

Cette épreuve de vérité (enfermement) produit un impact sur la santé des individus incarcérés. Le milieu carcéral concentre en son sein une population qui vit dans une promiscuité avancée compte tenu du nombre de plus en plus grand de détenus. La prison est un lieu où se concentrent de nombreux problèmes de santé publique. C'est dans cet élan que (Mouquet et al, 1999 :10) ont montré que les détenus présentent des pathologies en rapport avec leur mode de vie. Ainsi, avec la précarité des conditions sociales qui sont bien souvent les leurs, les détenus constituent des vecteurs de ces pathologies à l'intérieur de l'enclos carcéral. Or, les conditions de détentions telles que l'absence d'intimité, la violence, les troubles mentaux, la consommation de produits psycho actifs du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité et autres favorisent l'exposition des maladies. Selon (Sillonville, 1985 :91), il faut « *Respecter la propreté, c'est aider Dieu à nous garder en bonne santé* ». L'auteur indique que l'hygiène doit être inhérente à la vie quotidienne. C'est en respectant cette règle que la

provenance d'une maladie éventuelle pourra être identifiée. C'est dans ces difficultés que les détenus se font une idée de leur rapport avec les agents de santé du milieu carcéral. Car, l'incarcération modifie à coup sûr la perception individuelle de la douleur, qu'elle soit physique, psychologique ou spirituelle.

Alors, le maintien de la santé des détenus en milieu carcéral par une offre de soins "efficace" est aujourd'hui un enjeu pour le système de santé. Dès lors, comment l'organisation et le fonctionnement du système de santé en milieu carcéral (précisément à la prison civile de Cotonou) peuvent-ils participer à réaliser cet enjeu ? Comment les relations entre les acteurs dans l'offre/demande des soins à la prison civile de Cotonou sont établies pour assurer le maintien de la santé des détenus ? Afin de répondre à ces questions, trois hypothèses ont été élaborées :

2. Hypothèse principale

L'organisation de l'offre des services de santé participe au maintien de la vie carcérale à Cotonou.

2.1- Hypothèses secondaires :

- La permanence des soins n'est pas assurée pour le maintien de la santé de la population détenue ;
- La prise en charge sanitaire réduit les souffrances sociales de la population carcérale ;

3. Objectif principal

Analyser de l'organisation, de fonctionnement du système sanitaire et les relations qui sont développées autour de l'offre des services de soins.

3.1 - Objectifs secondaires :

- Analyser le système de permanence des soins de la structure sanitaire de la prison civile de Cotonou ;
- Ressortir les différents aspects que couvrent la prise en charge des détenus ;

4- Etat actuel de la question

L'Etat est une expression institutionnelle de la classe dominante. Il s'emploie au moyen de divers appareils qui cherchent à réduire ses adversaires. Ainsi, l'institution judiciaire joue un rôle important dans ce système de régulation. Alors, (Bessette, 1982 : 15-19) a montré que la classe dominante s'est forgée une arme redoutable pour affirmer sa domination. C'est donc dans cette même perspective que l'Etat dispose de la prison afin de contrôler ses sujets. Mais, les fonctions sociales des prisons varient selon les époques et les sociétés. La plupart du temps, il s'agit, selon (Goffman, 1968 : 21) de : punir une personne convaincue d'une faute d'une certaine gravité; protéger la société des personnes dangereuses; décourager les gens de commettre des actes interdits par la loi; forcer le détenu à faire pénitence et des études ou une activité de manière à le réinsérer; neutraliser les opposants politiques; empêcher des prévenus de prendre la fuite ou de compromettre leur futur procès. Mais ici, l'auteur a seulement énuméré les fonctions de la prison sans penser à son effectivité. Car, l'intention du dominant est d'affirmer son autorité aux yeux de sa société et d'appliquer les lois qui pérennisent sa domination. Goffman qualifie les prisons, les hôpitaux psychiatriques, les couvents et l'armée d'institutions totalitaires ou totales. Il en dégage certaines caractéristiques, grâce à des enquêtes quasi ethnographiques, par lesquelles il envisage le point de vue des acteurs : usagers et personnels. Il montre, au travers des interactions qualifiées de face à face, comment réagissent les individus face

aux autres dans l'institution. Il montre en particulier dans l'hôpital psychiatrique observé, que les malades et le personnel forment un couple indissociable forgé par l'institution. Il analyse les effets sur le patient (qu'il soit détenu ou malade mental) : déculturation, dépersonnalisation, désadaptation. Il analyse aussi les techniques communes à ces institutions : isolement, dépouillement, rites d'admission, dégradation de l'image de soi. Alors, la prison n'est plus aujourd'hui une institution totale comme le défend l'auteur. La prison s'ouvre sur l'extérieur en intégrant en son sein d'autres institutions telles que les corps de justice, de santé, religieux et d'assistance sociale. En parlant de couple indissociable, l'auteur a manqué de souligner que c'est quand les intérêts sont les mêmes que cette communion peut exister. Par contre quand ils divergent, chacun adopte une position de méfiance. Le malade a trouvé une autre source de satisfaction ou de la guérison de sa maladie. Le personnel soignant trouve que cette position prise par le malade aura des conséquences à court terme sur son effort.

Dans les réflexions de (Faugeron, 1992 : 47), il apparaît que le modèle goffmanien de « *L'institution totale* » reste largement pertinent aujourd'hui. Elle est caractérisée par coupure du monde extérieur ; tous les besoins sont pris en charge par l'institution ; mode de fonctionnement bureaucratique ; contacts entre reclus et surveillants limités ; changement de la temporalité. La prison, à l'image de l'hôpital psychiatrique, est bien cette institution sociale spécialisée dans le gardiennage des hommes et le contrôle totalitaire de leur mode de vie. Les traits structuraux principaux de la prison sont l'isolement dans un espace clos et la prise en charge de tous les besoins des reclus. L'auteur montre ainsi que l'intérêt porté aujourd'hui aux relations de face-à-face à l'intérieur de la prison, aux questions de gestion et de protection de l'identité personnelle des individus constituent l'essentiel de l'héritage de Goffman. Donc, le rituel d'insertion dans

l'institution, la perte d'initiative, la fin de la maîtrise du temps, la privation de l'intimité, les positions de subordination et d'opposition permanentes, les prérequis secondaires des détenus sont autant d'objets empiriques propres aux prisons et aux maisons d'asiles.

Pour (Cougoul, 2010 : 23) , chaque entrant en détention doit pouvoir bénéficier d'une consultation médicale par le médecin généraliste et par le médecin psychiatre le plus rapidement possible. Le détenu est libre de refuser. Dès son arrivée, le détenu sera reçu le plus rapidement possible par un infirmier. Si une consultation médicale paraît urgente, le nécessaire sera fait. En cours d'incarcération, le détenu peut demander un rendez-vous auprès des soignants. La demande se fait de préférence par écrit, est déposée par le demandeur dans une boîte à lettres spécifique. Les demandes peuvent être faites oralement, soit directement auprès des soignants lors de passage en détention, soit par l'intermédiaire des surveillants. Les demandes sont programmées et les rendez-vous prévus, il en est de même pour tous les soins. Une feuille de mouvements est transmise au gradé de détention, le soir pour le lendemain, avec la liste de tous les détenus devant se rendre à l'UCSA. Le surveillant d'infirmerie assure les mouvements (déplacement) des détenus et garantit la sécurité à l'UCSA. Cette formalisation n'est pas évidente dans toutes les sociétés surtout où la prise en charge n'est pas systématique. Le non-respect de ces règles a des conséquences sur le séjour du reclus. Soit, il entre avec des maladies contagieuses et affecte ses codétenus, soit il reçoit un choc psychologique dont les séquelles pourraient échapper au contrôle des spécialistes.

Afin d'appréhender la situation sanitaire dans sa globalité, les auteurs (Bessin et al, 2000 : 129) propose d'étudier également les trajectoires des détenus afin d'analyser leur rapport à la santé et au corps, élément fondamental

de l'expérience carcérale. Selon les auteurs, cette enquête apporte une contribution à la sociologie carcérale, mais aussi à la sociologie de la santé et de l'hôpital, tout en se situant au cœur de la sociologie des professions. Ils proposent également la méthodologie qui découle de cette problématique et qui se caractérise par une très grande importance donnée au travail de terrain. La perspective socio ethnographique de cette recherche s'articule autour de deux méthodes complémentaires d'investigation : une enquête ethnographique d'observation de l'activité de soins en prison et une enquête par entretiens approfondis, permettant le recueil de récits de vie des détenus et de récits de pratiques des professionnels. Mais, en proposant cette approche, les auteurs ont occulté quelques "entraves" éventuelles pour la réussite de cette enquête. En effet, la prison étant un milieu spécifique, l'aspect du temps et des ressources telles que financières doivent être pris en compte dans cette démarche. Toutefois, les auteurs parviennent à certains résultats dans leur enquête. Selon eux, les services médicaux restent toujours en situation de monopole en prison, ce qui empêche les détenus de pouvoir choisir leur praticien ou le type de soins.

Dans cette situation de monopole, les malades incarcérés mènent des stratégies en tentant de personnaliser les relations soignantes afin de retrouver certaines formes d'attention et d'écoute privilégiées. Ces stratégies consistent notamment à éviter les attentes dans le rang. Quant au transfert d'un malade incarcéré nécessitant une consultation spécialisée, il est amené à l'hôpital par une escorte pénitentiaire. En cas d'hospitalisation, c'est généralement une escorte policière qui assure la garde statique de la chambre du détenu. Les auteurs ont également montré que les détenus peuvent apprécier les extractions médicales qui les font sortir de la prison. Cette sortie permet aux détenus de "respirer la liberté" et de retrouver un cadre commun de prise en charge. Les conditions dans lesquelles s'effectuent ces escortes les en dissuadent parfois. Certains détenus les refusent. Les conditions de transports inconfortables sont

d'abord mal vécues. Mais les détenus redoutent surtout la “ mise en scène sécuritaire ” que donnent à voir en public les menottes et les entraves. Bessin et les autres ont aussi montré que l'état des prisons est une entrave dangereuse à la convalescence des malades. L'insalubrité et la promiscuité dans les prisons les rendent encore plus pathogènes et plus vulnérables. Selon Manzanera et autres (www.antonioacasella.eu/archipsy/manzanera_senon_2004.25-06-13, 10h00), la perte de repères favorisée par la détention peut favoriser l'apparition de véritables syndromes régressifs, notamment pour les personnalités de type névrotique. Les premiers temps de l'incarcération, une instruction qui se prolonge, les mois qui précèdent la libération pour les longues peines sont les moments les plus favorables à ces dépressions. Pour les auteurs, il faut savoir reconnaître et prendre en charge, la prise en charge relationnelle et psychothérapique étant essentielle pour éviter le repli et l'abandon souvent retrouvés avant les tentatives de suicide.

Les recours et savoirs thérapeutiques reposent essentiellement sur la pharmacopée populaire. Dans le traitement de différentes maladies, certains peuples disposent de connaissances avérées ou ce que (Kpatchavi, 1999) appelle « *Savoirs locaux* ». Ainsi, l'apparition d'une maladie fait automatiquement appel aux médicaments de marché parallèle et le savoir thérapeutique traditionnel. Ce comportement relève d'un sens relatif. Mais, il n'empêche pas de recourir au système de santé formel. L'auteur a montré dans le même ouvrage qu'il existe des gens qui vendent des feuilles, des écorces ou racines d'arbre en guise de médicaments pour guérir tel ou tel mal. Ces vendeurs de produits contre les maladies sont désignés par l'auteur comme des « *pharmaciens locaux* ». Un autre auteur tel que (Fayomi, 1996) qui a abordé dans le même sens a montré que chez les fon et les Waci, comme chez beaucoup d'autres groupes ethniques de l'Afrique, le recours aux produits du marché parallèle en cas de maladie est

assez courant. Avant l'arrivée de la modernité, les africains vivaient et se soignaient avec des éléments de la nature. Mais, cette période est révolue avec l'apparition de nouvelles technologies dans le domaine de santé. Car, ces pratiques ancestrales ont bien des conséquences sur la santé : intoxication, overdose...

Quand il y a urgence, la première impression qui vient est celle de sauver le malade et de savoir s'il y a la compétence nécessaire pour atteindre cet objectif. Dans ce sens, (Maritoux, 1995 : 15) parle également de deux angles : « *la notion d'urgence, en terme de médicaments, peut s'entendre sous deux angles différents, celui de la thérapeutique et celui de l'approvisionnement* ». L'auteur a montré que dans ce cas, il y a nécessité d'agir vite lorsqu'il y a risque vital pour l'individu ou risque de complications graves. Il y a également nécessité d'agir vite lorsque des ruptures de stock de produits indispensables ne permettent pas de soigner les cas graves éventuels. De même, ces ruptures de stock peuvent créer l'absence de produits essentiels qui entravera le fonctionnement du service et la vie des patients.

Le soignant a besoin de se sécuriser dans son travail et de sécuriser la vie de son patient. Le dossier qu'il ouvre lui permet de préciser les bases sur lesquelles il établit son diagnostic et sa stratégie. L'auteur (Dubois de Montreynaud, 1980 : 39), précise que « *On ne peut trouver une solution que si l'on a d'abord défini les données d'un problème* ». En effet, le dossier permet de retracer le parcours thérapeutique d'un malade. De même, ce dossier du malade permet, en tout état de cause, de suivre le malade au cours de son transfert d'un hôpital moins équipé à un hôpital disposant de plateau technique approprié. Dans ce cas, il s'agit de système de référence et de contre-référence. Ce système, lorsqu'il est fonctionnel, permet de relier entre eux les différents éléments du

système de santé pour en faire un tout. Dans la même optique, (Tarimd, 1990 :1-35) parle du fonctionnement du système. Pour que le système d'orientation fonctionne bien et que de bonnes communications s'établissent entre les centres de santé et l'hôpital, il faudrait que les agents de santé des deux institutions se consultent régulièrement. Parlant des canaux de communication des individus et des groupes, les auteurs (Abdelmalek et al, 2001 : 326) ont montré que « *le dossier de soins* » est comme un support idéal de transmission des informations permettant d'avoir une meilleure connaissance des problèmes de la personne soignée et conséquemment d'y répondre de façon adaptée et individualisée. Le « *dossier de soins* » est donc sensé ordonner un processus visant à lutter contre des informations segmentaires.

Selon (Gentis, 1971 : 7), dans son analyse sur l'homme en tant que malade potentiel, a montré que, « *chacun est malade d'une façon ou d'une autre, et que si on parle de soins, tout le monde aurait à se soigner et à guérir de quelque chose* ». L'auteur montre que tout le monde est malade et que chacun se paye ses troubles (l'auteur parle de maladies mentales). Car, celui qui parle de santé, équilibre, état normal fait de faux-semblants et de bricolage. Pour lui, la psychiatrie cherche à libérer les gens, et qu'ils se sentent mieux dans leur peau. A force de parler de maladies, de traitements, de soins à la médecine, il faut savoir que la guérison dépendait du médecin et de son attirail : médicaments, accueil, matériels de travail... Il a montré également que la plupart des problèmes confiés au médecin, c'est le malade même qui les résout. Cependant, il précise, premièrement que, si la solution dépend du malade lui-même, elle ne dépend pas de lui seul mais aussi des parents, du conjoint, du reste de la famille, des camarades de travail, des chefs, etc. Deuxièmement, il n'est le seul intéressé à la solution. Dans ce cas, la responsabilité du soignant est aussi engagée.

La ligne suivante présente les motivations objectives qui ont suscité cette recherche.

5- Pertinence de la recherche

Le droit de vivre et de bénéficier des services de soins de santé en prison ont suscité une forte curiosité dans la production de ce travail. Les discussions actuelles des sociologues, des psychologues et même des médecins ont porté essentiellement d'une part sur la prison avec ses caractéristiques et ses fonctions puis d'autre part sur la santé des reclus. Dans les critiques, le personnel et les malades ne forment pas un couple indissociable comme le prétend certains auteurs. Quand les enjeux ne sont pas les mêmes, cette communion n'existe plus. L'intérêt de la présente recherche est de montrer les dynamiques sociales autour de l'offre des services de santé aux détenus de la prison civile de Cotonou.

Afin de comprendre et d'expliquer l'offre des soins en milieu carcéral, la délimitation du champ de recherche serait nécessaire. Le repère thématique de cette recherche s'inscrit d'une part au cœur d'une interdisciplinarité et de l'autre met en jeu deux catégories d'acteurs.

6- Délimitation thématique

Cet intitulé “ *Questions pour une sociologie de l'offre des services de santé à la prison civile de Cotonou* “ est un sujet qui s'inscrit à l'intersection de deux disciplines : la sociologie de la santé et la sociologie de la prison. Il se limite à comprendre le fonctionnement du système sanitaire et les interactions qui se créent entre les différents acteurs (soignants et soignés) dans un milieu clos.

Afin de mieux cerner cette recherche, la clarification de quelques concepts ont été nécessaires.

7- Clarification conceptuelle

Elle concerne trois concepts fondamentaux : la prison, la souffrance sociale et la permanence des soins qui sont définis dans les paragraphes suivants :

La prison

Selon (Guillien, 2001 : 429), la prison est « *un terme juridique qui, dans le langage courant désigne les établissements dans lesquels sont subies les mesures privatives de liberté* ». La prison est un établissement clos aménagé pour recevoir des délinquants condamnés à une peine privative de liberté ou des prévenus en instance de jugement. Elle est aussi considéré comme une “maison close“ dans laquelle l'on regroupe les personnes supposées dangereuses de la société et qui sont soumises à des règles strictes. C'est une maison enfermée au sein de laquelle les faits et gestes des individus sont surveillés momentanément et quotidiennement en payant ainsi la contrepartie du mal fait à la société de laquelle elles sont extirpées.

Souffrance sociale

La souffrance sociale est celle dont les causes sont sociales. Selon (Renault, 2008 : 34), « *les luttes contre la domination sociale sont souvent des luttes contre la souffrance, la souffrance offre un point de vue critique contre la domination lorsque les luttes sociales font défaut* ». La souffrance a quelque chose d'évident tenant à son caractère insupportable, donc difficile à définir. D'après l'auteur, soit elle est renvoyée au tragique liée à la condition humaine et il est inutile de la désigner sociale. Soit elle renvoie à une pathologie personnelle

singulière et elle relève d'une approche médicale. Soit encore elle procède simplement du fonctionnement de la société, au risque alors de se dissoudre comme une expérience psychique intolérable. La souffrance sociale est donc psychique, sociale et psychosociale. La souffrance sociale ici est liée aux conditions de vie sociale des individus privés de liberté et contraints à des règles strictes. Elle se définit par rapport aux aspects économique et social (perte de liberté, relation avec les autres).

Permanence des soins

Selon le Petit Robert (2012), la permanence est le « *service chargé d'assurer le fonctionnement ininterrompu d'un organisme* ». Partant de là, la permanence relève alors d'une période pendant laquelle l'agent est tenu être à son poste. Alors la permanence des soins est une organisation de l'offre de soins qui permet de maintenir la continuité et la légalité de l'accès aux soins notamment aux heures habituelles de fermeture.

Afin de structurer la démarche méthodologique utilisée, il est important de réduire la complexité du phénomène étudié. Ainsi, le modèle choisi a permis de comprendre et de mieux expliquer le phénomène.

8- Modèle théorique d'analyse

La clarification de ces trois concepts a permis d'appréhender l'objet étudié dans ce cadre de recherche. Ainsi, le modèle d'analyse utilisé est l'approche systémique (de Rosnay, 1975). Comme tout système, la systémique se compose d'une forme (structuralisme), d'une logique (fonctionnalisme) et d'échanges (interactionnisme). Cette approche a permis d'analyser système sanitaire en milieu carcéral en tant que sous-système, une institution structurée

Questions pour une sociologie de l'offre des services de santé à la prison civile de Cotonou.

ayant une finalité. Ensuite, une brève analyse comparative vient appuyer ce modèle afin de comparer les données disponibles entre périodes définies.

Les lignes suivantes retracent la démarche méthodologique utilisée afin de rendre utile cette recherche.

CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre présente en premier lieu le cadre physique et la nature de la recherche. En second lieu, conséquemment au paradigme de recherche choisi sont abordées les implications sur la méthodologie de recherche. Celles-ci sont relatives à la stratégie de la collecte et de traitement des données.

9- Présentation du cadre de la recherche

9.1- Cadre physique

Le Bénin compte dix (10) prisons : les prisons d'Abomey, d'Akpro-Misséréfé, d'Abomey-Calavi, de Cotonou, de Kandi, de Lokossa, de Natitingou, de Ouidah, de Parakou et de Porto-Novo. Les dynamiques économiques (port autonome de Cotonou, le marché Dantopka, grand nombre de ministères et de directions d'Etat, lieu de travail) et démographiques (petit territoire par rapport au nombre d'habitants), ont justifié le choix porté sur la Prison Civile de Cotonou. Elle se situe dans le 11^{ème} arrondissement de la ville (Service RFU, Mairie de Cotonou) précisément au quartier Gbégamey. La PCC est limitée au Nord par l'Avenue du Roi Ghézo rue 205, au Sud par le Commissariat Central de la ville, à l'Est par le boulevard des armées et à l'Ouest par la Centrale Electrique de la SBEE. La PCC couvre une superficie de dix mille huit cent mètre carré (10.800 m²) et est composée d'une zone de détention et d'une zone administrative (PSS-PCC, 2007).

9.2- Itinéraire méthodologique de la recherche

9.2.1- Nature de la recherche

Pour des raisons de scientificité et dans le but de répondre pleinement à nos objectifs, l'étude est d'une dimension essentiellement qualitative mais s'appuie sur des données quantitatives recueillies (statistiques disponibles). Pour ce faire, il s'agit de faire une analyse qualitative accompagnée de quelques éléments comparatifs à partir des données collectées, dans un premier temps, des informations relatives à l'organisation des soins et dans un second temps de collecter des informations liées aux interactions sociales entre les soignants et les soignés. Cette dimension est renforcée par des aspects statistiques afin d'avoir des données chiffrées pouvant contribuer à expliciter le phénomène de santé en prison.

9.2.2- Recherche documentaire

La recherche documentaire a permis de rendre disponibles des connaissances issues de sources écrites éclairant sur la santé en prison et les relations entre les infirmiers et les malades. Elle permet entre autre de disposer des informations pour la triangulation des données (établissement de fiche de lecture). Les centres de documentation fréquentés sont : le LARRED, centre de documentation de la FLASH, le CED, le BFSDC et l'internet. Les informations recherchées sont portées sur généralement sur la méthodologie, la problématique sur la santé et la prison.

10- Groupes cibles et choix des informateurs

10.1- Groupes cibles

L'étude porte sur les acteurs impliqués directement ou indirectement dans l'offre des soins de santé à la PCC. La collecte des données empiriques est portée sur les détenus en général et les malades en particulier, des infirmiers de la PCC, l'administration pénitentiaire (le Régisseur, le Gardien-Chef, le Chef Brigade et les gendarmes).

✓ Détenus

Ce groupe est particulièrement important parce que la recherche des informations porte essentiellement sur eux.

✓ Major (infirmier)

Cet acteur a la charge de l'infirmier. Il est contacté afin d'avoir des informations sur l'organisation de l'offre des soins aux détenus malades et les rapports qu'il entretient avec eux.

✓ Infirmiers (collaborateurs du majeur)

Ce sont des agents détachés vers la prison afin de prendre en charge les détenus en matière de leur santé. Ils sont contactés afin de comprendre l'organisation et le fonctionnement du système et les interactions développées avec les sujets.

✓ Régisseur

Cet acteur n'est pas directement impliqué dans le système des soins de santé. C'est le plus haut responsable de l'administration. Il est sous la tutelle du Garde des Sceaux, Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de

l'Homme. Il reçoit quotidiennement le rapport sur la situation carcérale en particulier sur l'état de santé des détenus.

✓ ***Chef de brigade***

Il est le responsable des gardiens et est en relation avec la Gendarmerie Nationale. Cet acteur est contacté afin de nous imprégner des rapports entre l'infirmerie et les gardiens.

✓ ***Gardien-chef***

Cet acteur est le plus proche des détenus. Il gère quotidiennement tout ce qui a rapport avec les détenus. Il a la charge de la surveillance des détenus. Il est renseigné sur l'organisation des soins de santé.

✓ ***Gendarmes (gardiens)***

Ces acteurs surveillent le déplacement, la sortie et l'entrée des détenus dans la PCC. Ils sont renseignés sur leur rapport avec les détenus. Ils sont chargés de la surveillance des détenus malades au cours de leur transfert vers un centre de référence.

✓ ***Prestataires de services***

Ces acteurs ont permis d'avoir des informations sur la qualité et la quantité des repas servis aux détenus.

10.2- Technique d'échantillonnage (choix des informateurs)

La constitution de l'échantillonnage est faite à partir d'une combinaison de deux techniques d'échantillonnage. Ainsi, recours est fait à la technique par choix raisonné c'est-à-dire remarquer les sujets qui viennent à l'infirmerie, ceux qui ne sortent pas de leur bâtiment et ceux qui sont transférés. Il y a également la technique de "boule de neige". Elle a permis alors d'identifier des personnes qui sont impliquées dans le système afin de rentrer en contact avec les autres acteurs et de définir les groupes cibles et individus à enquêtés.

10.3- Taille des informateurs

La collecte des données est faite sur un échantillon de quatre-vingt-huit (88) informateurs (seuil de saturation) sur une prévision de cent vingt (120) personnes. Cet échantillon est réparti comme le montre tableau suivant :

Tableau I: Répartition des informateurs.

| Les enquêtés | | Effectif |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|
| Détenus | Détenus malades ou qui ont été malades | 56 |
| | Autres détenus | 18 |
| Prestataires de service | Confort du Millénaire | 01 |
| | Emergence | 01 |
| Administration pénitentiaire | Régisseur | 01 |
| | Chef brigade | 01 |
| | Gardien chef | 01 |
| | Infirmiers | 07 |
| | Gendarmes (gardiens) | 02 |
| Total | | 88 |

Source : Données de terrain, Septembre 2013

Ce tableau prend en compte les différentes catégories d'acteurs du monde carcéral de Cotonou : l'administration pénitentiaire, les détenus et les prestataires de service (deux de ceux qui servent la ration alimentaire aux détenus sont choisis).

Le second tableau présente la répartition des informateurs selon leur sexe :

Tableau II : Répartition des informateurs suivant leur sexe.

| Sexe | Effectif | Pourcentage(%) |
|-----------------|-----------------|-----------------------|
| Masculin | 60 | 68,18 |
| Féminin | 28 | 31,82 |
| Total | 88 | 100 |

Source : Données de terrain, Décembre 2013.

Ce tableau donne la configuration des informateurs suivant la variable sexe. Les hommes représentent les 68,18% de l'effectif total des informateurs et 31,82% pour les femmes. 54,01% des informateurs proviennent des bâtiments C, D, E, F, G puis de 26,92% du bâtiment J et enfin de 19,07% proviennent des autres bâtiments et de l'administration. Ce choix est fait, d'une part en tenant compte de la configuration de l'effectif carcéral et d'autre part proportionnellement à l'effectif de chaque bâtiment.

Afin de parvenir aux objectifs fixés, quelques techniques et outils de collectes ont été exploités.

11- Techniques et outils de collecte des données

Les techniques utilisées dans cette recherche se présentent comme suit : la recherche documentaire, l'observation directe et l'entretien semi structuré. Les outils correspondant à chacune de ces techniques se présentent respectivement par la fiche de lecture, la grille d'observation et le guide d'entretien. En effet, la fiche de lecture a permis de recueillir des informations livresques autrement dit faire le point sur la problématique de la santé en milieu carcéral abordé par d'autres auteurs. Quant à la grille d'observation, elle consiste à être le témoin des comportements sociaux des malades, des infirmiers

dans le système ou dans les bâtiments sans en modifier le déroulement ordinaire. Cet outil a permis également d'observer les spécificités des détenus afin de compléter les données non révélées lors des entretiens. S'agissant de la collecte des données auprès des groupes ciblés, il a été question de l'entretien semi structuré à l'endroit des détenus pris individuellement afin d'avoir leur opinion sur le sujet. Il est organisé également quatre fora de discussion avec les groupes des hommes majeurs et mineurs et ceux femmes majeures et mineures. Ainsi, tous les entretiens se sont déroulés dans la langue française et ou fon.

12- Technique de dépouillement et de traitement des données

Le dépouillement est fait de façon manuelle puis avec les logiciels Word et Excel. Après avoir rangé les fiches d'entretien et les fiches d'observation, une catégorisation est aussi faite suivant les centres d'intérêt de la recherche. Elles sont par la suite triangulées. Cette technique a permis de satisfaire la nécessité de :

- conserver les données recueillies ;
- permettre de comparer les données et de dégager les spécificités ;
- définir les lignes d'analyse.

A la suite des démarches méthodologiques adoptées, il est retracé dans les lignes qui suivent la deuxième partie qui montre la présentation et l'analyse des données recueillies sur le terrain.

2^{ème} Partie

**MINIMA SOCIAUX ET USAGES DES SOINS A LA
PRISON CIVILE DE COTONOU**

Chapitre III : Organisation et fonctionnement de la Prison Civile de Cotonou

Dans sa mission régaliennne, la prison est créée pour garder des condamnées ou des détenus en attente de jugement. C'est ce rôle que la prison civile de Cotonou joue non seulement pour garder et surveiller mais aussi voir vivre les personnes détenues. Car, sans détenus, la prison n'a plus sa raison d'être. Ainsi, les lignes qui suivent, retracent l'historique de ce milieu clos, l'organisation de l'administration pénitentiaire et la vie sociale qui s'y mène.

13- Aspect historique de la Prison Civile de Cotonou

En 1956, la PCC était érigée à Placodji un quartier côtier de Cotonou. Le site actuel de la prison était un entrepôt et appartenait à la famille KEKE. Mais en 1962, ce domaine est réquisitionné pour abriter la prison civile de Cotonou. Les entrepôts sont alors transformés pour accueillir un effectif total de quatre cents (400) détenus. Mais aujourd'hui, l'effectif flambe et atteint plus de cinq fois l'initial prévu. A cet effet, il est noté une fluctuation permanente de l'effectif puisqu'il y a plus d'entrées que de sorties. A la date du 23/12/2013, il est recensé une population carcérale de deux mille quatre-vingt-trois (2083) individus. Il se pose dans ce cas le problème de la surpopulation qui trouvera certainement une solution en 2014 avec l'ouverture de la prison civile d'Abomey-Calavi. Ce centre de détention regroupe des individus venant de divers horizons du Bénin, de diverses nationalités (béninoise, britannique, burkinabè, camerounaise, congolaise, française, gambienne, ghanéenne, guinéenne, indonésienne, ivoirienne, malienne, nigérienne, portugaise, sud-africaine, thaïlandaise, nigériane, togolaise...) et de diverses appartenances religieuses.

Le tableau qui suit, présente la configuration générale des détenus et l'effectif qui l'accompagne pour la journée du 23 /12/ 2013.

Tableau III : *Situation carcérale du 23 /12/ 2013*

| Prévenus | Inculpés | Condamnés | Majeurs | | Mineurs | | Total |
|----------|----------|-----------|---------|--------|---------|--------|-------------|
| | | | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | |
| 794 | 904 | 385 | 1965 | 100 | 14 | 04 | 2083 |

Source : Données de terrain, Décembre 2013

Ce tableau montre la situation carcérale de la prison civile de Cotonou. D'une part, il retrace les différents types de détenus et d'autre part l'effectif des hommes et des femmes retenus dans cette maison d'arrêt. Toutefois, le nouveau code de procédure pénale en République du Bénin publié au journal officiel n°10 Bis du 29/05/13 indique que les inculpés, les prévenus et les accusés doivent être séparés des condamnés. Dans la réalité, les faits confondent les dispositions prévues à cet effet où il est difficile de pouvoir faire une distinction de types de détenus à l'intérieur. Il est distingué seulement un quartier des femmes (majeures et mineures), un quartier des hommes mineurs et le reste qui abrite les hommes majeurs. Une brève analyse de ce tableau s'intéresse à la variable sexe qui est la variable sociologique la plus discriminante en matière de prison. Le sexe masculin est le plus majoritaire et cela est constaté dans toutes les prisons du monde. Le sociologue (Combessie, 2009 : 32-33) illustre déjà le cas de France. Pour l'auteur, les raisons de la surreprésentation des hommes dans les prisons sont multiples. Plusieurs études ont montré comment, à différents niveaux de la chaîne pénale (arrestation, déferrement, procès, etc.) s'effectue un tri qui tend à retenir de façon préférentielle les hommes. L'auteur

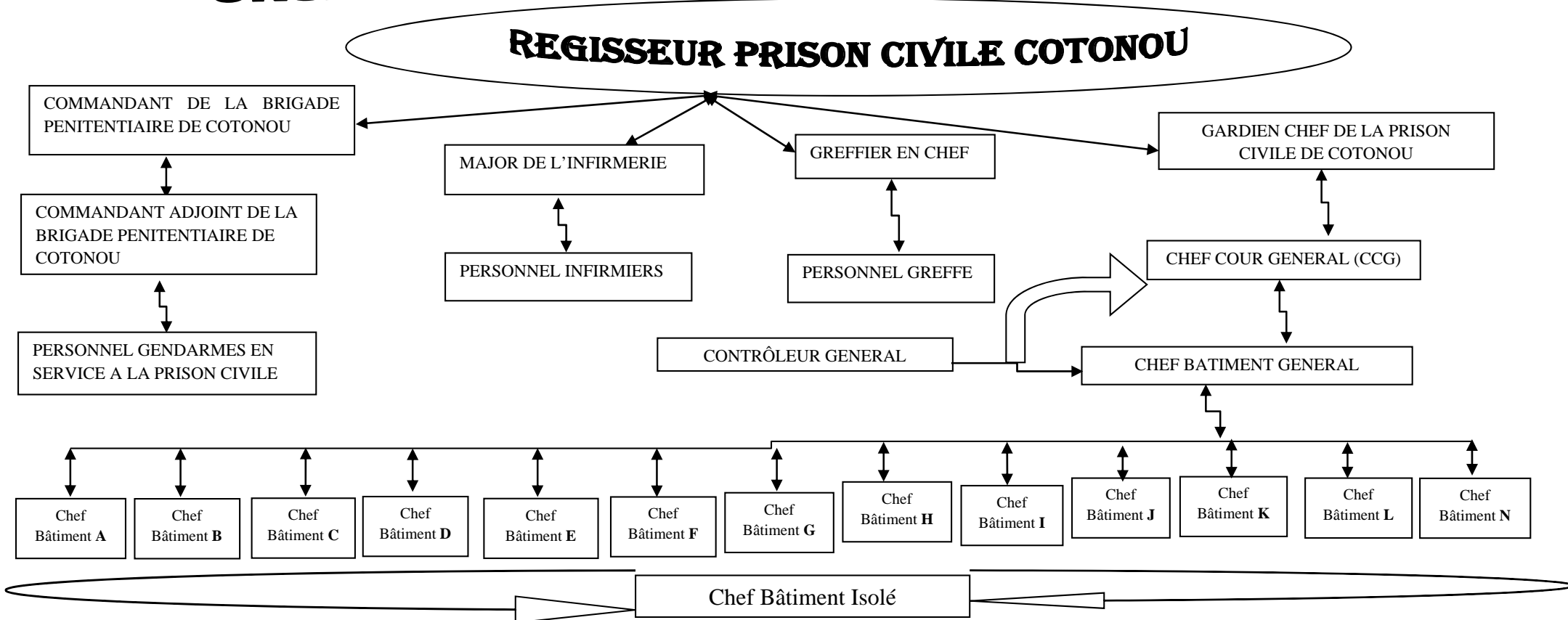
donne par exemple le cas des agressions sexuelles dont les auteurs sont souvent des hommes.

Ainsi, dans la prison civile de Cotonou, les mêmes réalités sont observées comme l'indique au mieux le tableau ci-dessus.

14-L'organigramme de la Prison Civile de Cotonou

Officiellement, l'organigramme comprend le personnel envoyé par le Ministère de la Justice. Compte tenu du faible effectif du personnel, certains détenus ont été recrutés (enquête de moralité) sans contrepartie afin d'intégrer l'organisation pénitentiaire. Le schéma suivant indique cette organisation :

ORGANIGRAMME PRISON CIVILE COTONOU



Source : Informations de terrain, Décembre 2013

A partir de Chef Cour Général jusqu'à la base, il n'y a que de détenus. Les détenus intégrés dans cette chaîne ont de différentes responsabilités. Elles passent par la sécurité, le maintien d'ordre et l'hygiène. D'autres responsabilités n'apparaissent pas dans cette organisation mais qui participent à la cohésion sociale de la maison. Ils s'identifient par le port de tenue de couleur verte ou jaune et sont sollicités pour la fouille corporelle des visiteurs ou de leurs colis. Les uns sont chargés de garder la porte entre le petit et le grand parloir puis d'enregistrer l'identité de chaque visiteur, les autres pour accueillir les visiteurs et les installés. Une autre catégorie de détenus responsabilisés pour le micro qui consiste à appeler les détenus à travers un entonnoir. A la fin de la journée, cette nouvelle chaîne a de compte à rendre aux chefs immédiats. Il s'agit de déposer une somme de 2.500, 3.000 ou 5.000 FCFA comme gage de ce privilège qui consiste à porter cette tenue trop convoitée quel que soit le revenu journalier. A la fin de la semaine, un autre geste est fait à l'endroit du responsable. Là, aucun taux n'est fixé. L'essentiel, c'est d'être dans les bonnes grâces des responsables. Ce dépôt ou cette reconnaissance est subordonné au renouvellement de ce privilège. Les responsables de bâtiments et d'hygiène n'ont pas de tenue particulière qu'ils portent. Les responsables de bâtiments organisent le payement, l'octroi et le retrait des lits. Seul le gardien chef est à même de changer de bâtiment à un détenu qui exprime le besoin ou qui tombe sous le coup de sanction.

Il se crée un fond économique très important dans cette chaîne. Beaucoup de détenus profitent de ce service pour remplir quelques besoins fondamentaux. Ils ne se contentent plus de la ration alimentaire et préparent eux-mêmes le repas voulu. L'argent trouvé permet de prendre en charge les divers besoins familiaux et aussi de pouvoir vivre dignement en prison. En cas de maladie, cet argent permet de commander les médicaments à la pharmacie après une consultation. Une partie est aussi épargnée pour payer une éventuelle caution.

15-Aspect socioéconomique à l'intérieur de la Prison Civile de Cotonou

A l'intérieur de la prison civile de Cotonou se mène toute sorte d'activité économique : achat et vente de produits, des services et de système d'épargne. Dans ce contexte, il existe un marché animé par les détenus eux-mêmes. Il leur permet de s'approvisionner en produits de grande consommation tels que les produits vivriers et artisanaux, les pâtes alimentaires, le sucre et autres. Il s'y trouve également une boutique d'alimentation générale, un vidéoclub, une cafétéria, des vendeurs ambulants, de petits réseaux d'épargne, une pâtisserie. Il faut aussi noter la menuiserie, la soudure, la tailleurie, la broderie, la cordonnerie et la coiffure. Mais l'approvisionnement du marché se fait par les parents ou des amis à qui ces détenus revendeurs font confiance. Au-delà de cette catégorie de personnes, il existe d'autres également de sexes masculin ou féminin qui viennent du dehors pour jouer ce rôle de commissionnaire moyennant une contrepartie. Parfois, certains produits prohibés entrent dans la prison par le biais de ces commissionnaires. Pris en flagrant délit, ils ne tardent pas à porter de gilet c'est-à-dire devenir de nouveaux détenus.

Alors, les produits achetés à l'intérieur de la prison sont chers. Par exemple, l'eau glacée en sachet communément appelé « pur-water » qui se vend à 25fcfa au dehors s'achète à 50 ou 100fcfa selon la grosseur, des baguettes de cigarettes à 100 ou 175FCFA l'unité selon la marque. Ces activités constituent un programme dénommé Activité Formatrice Génératrice de Revenu (AFGR) reconnues par l'arrêté 2006-1170 du 28/07/2006 portant création, composition, attribution et fonctionnement du Comité de Gestion des activités de production dans les établissements pénitentiaires et supervisée par l'ONG Fraternité des Prisons (FP). L'AFGR est dirigée par un comité de gestion conduit par le régisseur de la PCC.

De même, il se crée un important fonds de commerce quand il s'agit des visites à la PCC. A l'entrée du parloir, demander à voir un frère, une sœur ou un ami coûte 100, 200, 500 ou 1000fcfa selon la prestation du service rendu ou la tête du visiteur. A un appel au micro, les coursiers, ordinairement appelés zemijan (Ce terme désigne le taxi- moto au Bénin en langue fon) à l'intérieur, se font une concurrence celle d'informer le premier le détenu visité moyennant 100 ou 200f CFA. Ainsi, vous croisez sur leur chemin suffirait à vous projeter par terre avec leur empressement.

16- Acteurs sociaux et cadres de jeux

16.1- Acteurs sociaux

Plusieurs responsables ont la charge de l'encadrement de la PCC notamment le Régisseur, le Gardien-Chef, le Chef Brigade (à sa charge 27 gendarmes et 26 militaires), le Greffier (07 agents dont 02 greffiers) et les Infirmiers (08 agents). L'actuelle administration pénitentiaire est dirigée par le Capitaine Salifou WOROU et le Chef Service Santé par le Major Florentin GOGAN. Toutefois, une importante organisation de détenus supplée l'administration pénitentiaire dans l'exercice de ses prérogatives. Cette organisation est dirigée par un comité de sécurité ayant à sa tête le CDS, le responsable chargé de l'hygiène, ceux des bâtiments, de cours et de sécurité.

16.2- Cadres de jeux

Un grand immeuble "r" plus un en un seul tenant abrite à la fois les bureaux du Régisseur, du Gardien-Chef, du Chef Brigade, du Greffier, de l'Infirmier et les cellules. Ainsi, le haut sert de logements aux responsables. Une description sommaire de la PCC montre trois grandes cours. La première est le petit parloir où les visiteurs prennent leur badge au poste de gendarmes. La

deuxième appelée le grand parloir est l'endroit où les détenus reçoivent leur visite. Enfin, la troisième cour abrite les logements des détenus, le marché, la chapelle, la mosquée, la bibliothèque, la salle d'informatique et les ghettos dans la PCC.

En effet, à l'intérieur de la PCC, il faut distinguer quinze (15) bâtiments de capacité inégale dont la nomenclature passe de A à N. Le bâtiment le plus rempli a une contenance de trois cent dix (310) détenus et le bâtiment le moins rempli celle de seize (16) qui sont tous de condamnés à mort. Mais, noter que le bâtiment A est désigné "bâtiment Ministre". Il lui est attribué cette nomenclature du fait qu'il a été non seulement le premier bâtiment mais aussi celui qui a abrité les cadres de ce pays ayant pris par le couloir carcéral. Les détenus détenant un pouvoir financier moyen sont logés dans ce bâtiment aujourd'hui. Celui de B appelé "employé" abrite les détenus les plus aisés (hommes d'affaires, directeurs de société d'Etat...) mais surtout les hommes politiques (députés, ministres...). Egalement, le bâtiment I désigné "bâtiment Isolé" est réservé aux détenus malades qui sont extirpés du grand nombre. Quant au bâtiment H celui des vieillards, il est nommé "bâtiment Secours-A". Au départ ce bâtiment était construit pour prendre le surplus de ceux envoyés au bâtiment A. De même, les bâtiments J et M désignent respectivement le quartier des femmes et celui des mineurs garçons. Enfin, les bâtiments C, D, E, F et G abrite la majorité des détenus. C'est à ce niveau alors qu'il est remarqué un effectif pléthorique. Un bâtiment dont la contenance ne peut dépasser cinquante à soixante détenus reçoit actuellement jusqu'à trois cent dix.

16.3- Cadre de jeux de la structure sanitaire

Le bâtiment qui fait office de l'infirmierie n'est pas isolé. Il est en un seul tenant avec le bâtiment administratif. Il comprend une salle de mise en observation, un vestiaire, une salle de consultation, une salle de pansement, un magasin de stockage des consommables médicaux et médicaments et le bureau du Major.

L'amélioration objective de l'offre de soins n'implique pas forcément ni mécaniquement un accès des détenus au statut de patients. Les conditions de la santé en prison et de l'accès aux prestations sanitaires restent une épreuve qui s'appuie sur la relation de soin.

17- Acteurs et enjeux

17.1- Acteurs

17.1.1- Acteurs principaux : les infirmiers

Ces acteurs sont les premiers à toucher sur plan santé à la PCC. Sans l'avis favorable de ceux-ci, aucun détenu malade n'est admis au transfert. Dans le cas actuel, il est relevé au total huit agents de santé à l'infirmierie de la PCC à savoir : quatre hommes et quatre femmes. Alors, la première catégorie comprend le Major et trois autres dont le Doyen (déjà à la retraite mais qui intervient toujours à titre de bénévolat). Ce dernier ne travaillait pas en tant que fonctionnaire du Ministère de la Justice. Son absence dans la prison ne passera pas sans conséquence sur la santé des détenus. Il est recommandé par le CNHPP pour prendre en charge tous les cas infectieux. Le major qui est le chef service coordonne toutes les actions au niveau de la structure. Ils assurent tous les mêmes services journaliers suivant un planning. Sauf le doyen qui ne suit pas le planning mais intervient en cas de défaillance du système ou d'urgence.

Ces agents affectés à la PCC sont sous la tutelle du MJLDH. Leur entrée est organisée par un recrutement direct du ministère. Ainsi, est relevé une infirmière-urgentiste, une infirmière-anesthésiste, deux infirmières diplômées d'Etat, trois infirmiers diplômés d'Etat dont un chargé de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire, à la sensibilisation et l'hygiène.

17.1.2- Acteurs secondaires

Ces acteurs sont des détenus qui interviennent dans le fonctionnement de la structure. Ils constituent un élément essentiel dans la communication et les différentes tâches qui concourent à la réussite des activités. En effet, la PCC est un milieu cosmopolite. Ainsi, les infirmiers sollicitent l'intervention de ces acteurs au moment des consultations. Ceux-ci permettent aux infirmiers, au cours des consultations, de jouer le rôle d'interlocuteur car ceux-ci ne parlent généralement que l'anglais et l'haoussa. De même, un est spécialement sollicité en plein temps d'une part pour la propreté des locaux de l'infirmierie et d'autre part pour les pansements et les petites chirurgies externes. Il se pose de ce fait un problème de compétence car ce dernier n'a ni la connaissance requise ni la formation professionnelle pour jouer ce rôle. Toutefois, il le fait bien et sa présence participe au bon fonctionnement du système sanitaire. C'est lui qui prépare les consultations, les visites médicales pour les nouveaux venus en faisant des navettes entre le bureau greffe et l'infirmierie. Il est la première personne sollicitée en cas de problème dans la nuit. Il bénéficie d'une position stratégique. Quiconque ayant un intérêt particulier à l'infirmierie doit nécessairement prendre par lui. De sa position, il bénéficie également de toutes les fermetures et beaucoup d'autres avantages tels recevoir la visite en plein temps, exempter de paiement de certains frais... Cette position occupée par cet "aide-soignant" est vraiment stratégique en ce sens qu'il s'en sert pour exercer

sa parcelle de pouvoir. Ceux qui veulent émettre ou recevoir des appels pour quelques minutes doivent nécessairement rester dans ses bottes. Rester ami à lui serait à l'actif de l'intéressé en ce sens qu'en cas de maladie un accueil favorable lui soit réservé.

17.2- Une journée type à l'infirmerie de la prison civile de Cotonou

Les spécialistes de la santé rattachés à ce milieu carcéral ont une journée atypique en ce sens que les mêmes gestes ne sont pas toujours identiques. Les étapes suivantes sont généralement suivies par ces derniers.

08h-08h30 : il gare sa moto ou son véhicule dans le hall des motos ou au parking réservé à cet effet. Après les salutations d'usage, les civilités observées, des plaisanteries amicales, un agent au poste de contrôle lui tend le trousseau de clés du bloc infirmier. Il prend la clé du bloc et disparaît dans le petit parloir. Devant le bloc, "l'aide-soignant" attendait déjà l'infirmier ou l'infirmière de service, lui prend le trousseau et ouvre les portes. L'accès à ces locaux se fait par une porte en fer très lourde, identique à celle des cellules. Cette porte possède une seule serrure différente. Le personnel soignant n'emporte sur lui aucune clé de l'infirmerie sauf les clés de placard où est entreposée sa "boîte de travail" (C'est un grand carton qui comprend : les médicaments, un ordonnancier, deux stylos rouge et bleu, des papiers A4 et des emballages plastiques à comprimés). Tandis que, le major emporte sur lui la clé de son bureau. Ce fonctionnement est lié aux règles de sécurité. Aussitôt le bloc ouvert, deux agents de sécurité (eux-mêmes détenus) se positionnent à l'entrée. Car, sans cahier de soins, aucun accès n'est autorisé de façon formelle. L'infirmière s'introduit alors dans le vestiaire.

9h00 : passage à l'infirmier d'une vingtaine de patients pour des soins : consultation, prise de sang, pansements, hospitalisation, etc... Les médicaments ne sont pas pris nécessairement devant le soignant. C'est parfois contraignant de se lever tous les matins, pour venir chercher son traitement. Cela favorise aussi le repérage des détenus qui prennent un traitement et leur stigmatisation. Un(e) seul(e) infirmier assure la permanence. Seulement les lundis, le major est secondé par une infirmière. Dès que la consultation finit, aucun malade n'est plus admis à l'infirmier sauf sur urgence. Toutefois, le groupe de femmes malades peut passer avant le groupe des hommes ou vis-versa. Si le groupe des femmes passent en premier, aucun détenu homme n'est plus admis dans le bloc de santé sauf les agents de sécurité et vis-versa. L'infirmier s'introduit à nouveau dans le vestiaire pour se reposer. Les retardataires sont aussitôt stoppés à la porte par la sécurité. Dans ce cas, les urgences sont seulement prises en compte jusqu'aux heures réglementaires.

18h30 : l'infirmier se prépare pour laisser la main au relais. Celui-ci ferme le bloc au cas où son collègue n'est encore présent. Le même geste se reproduit comme ce matin. Il constate seulement que ce sont d'autres agents qui sont au poste. L'infirmier dépose le trousseau de clés aux gendarmes et disparaît.

Pour celui qui prend le relais, le regroupement de nouveaux détenus s'amorce. Il s'effectue généralement les lundis, mardis et mercredis. Cet accueil de nouveaux détenus est effectué par le major, son adjoint ou le doyen. Cette opération est toujours réalisée en complicité avec les "acteurs secondaires". Ces acteurs se présentent au bureau greffe afin d'avoir la situation de nouveaux venus. Alors, il ramène à l'infirmier les mandats de dépôt de ceux-ci. Une fois les formalités remplies, ils sont convoyés pour le démarrage de la visite médicale.

A l'absence de l'un des principaux acteurs, les détenus ne sont consultés ni pour ce jour ni pour un autre jour. Cet état de chose fait courir un grand risque à l'établissement pénitentiaire sur le plan épidémiologique. Cette légèreté qui consiste à ne pas effectuer une visite médicale à l'entrée de nouveaux peut être dévastatrice en ce sens où l'Afrique de l'Ouest est frappée par le ravage du virus d'Ebola. Le scénario selon lequel un cas de virus serait détecté dans l'établissement aurait des conséquences sans précédent.

17.3- Programmation des rôles

17.3.1- Rôle des acteurs dans le fonctionnement du système

Compte tenu de la complexité et de la spécificité du milieu, il est remarqué que les femmes ne font pas la garde qui consiste à prendre service le matin à huit heures et à descendre le lendemain à la même heure. Celles-ci devraient donc assurer la permanence du jour. Un compromis permet alors aux femmes de ne pas faire la permanence de nuit. Plusieurs raisons ont été évoquées pour justifier cette réticence. D'une part, certaines femmes sont en état de grossesse ou nourrices et de ce fait, elles ne peuvent pas jouer ce rôle. D'autre part, compte tenu de la spécificité de la maison c'est-à-dire les risques que courent les femmes à recevoir un malade dans la nuit profonde accompagné de deux ou trois voire quatre détenus. Le viol est un délit punissable par la loi mais pour ces individus, ils sont déjà dans la situation (ces détenus se disent qu'ils sont déjà en prison et rien ne leur fait plus peur. Prendre le second PV "être condamné pour un autre délit" ne changera pas leur condition. Pour se reconforter, ils disent : « Cabri mort n'a pas peur de couteau ».). Selon leurs propos :

« na jo okazion ne do be na din ze wutu ce a me, do un ko do xwe aton blo

we din » (ceci veut dire littéralement : « je ne laisserai pas passer cette occasion si jamais elle se présentait parce que je suis dans ma troisième année ») ; pour d'autres « xwe atõñ blo we un ko de din san ma se kpõ nyõnu » (cela se traduit par : « cinq ans déjà sans ‘toucher’ une femme »).

Ces propos tenus par ces détenus ont beaucoup édifié la crainte des infirmières. Même la présence de la sécurité n'émoussera pas leur ardeur à passer à l'acte. Comme ce sont leurs codétenus, ils se mettent en complicité pour commettre leur forfait puisqu'il y en a eu dans l'histoire, non pas sur les infirmières, mais sur leur copine ou épouse. Ces différents comportements ou les discours sur le ‘sexe’ constitué comme tabou ont une explication. Les individus incarcérés sont privés du droit de ‘visite conjugale’. Les hommes et les femmes détenus ne peuvent pas remplir leur devoir conjugal de peur de créer du désordre dans l'établissement. Selon les autorités, il y avait eu de nombreuses grossesses non désirées ou désirées dans le passé. Ceci constituait un problème supplémentaire de sécurité de la personne détenue.

17.3.2- Quelques enjeux liés au fonctionnement du système

Dans toute organisation ou système, il y a toujours des intérêts où les stratégies sont élaborées afin d'atteindre les objectifs visés. En effet, la programmation de tours de garde se donne habituellement par le chef service-infirmerie qui est ici le Major. Mais, il est arrivé qu'un collaborateur du chef de même grade que les autres, paraphe une circulaire qui fait état de la programmation du mois. Ce geste suffisait à irriter les nerfs des collègues. Ainsi, la collaboration est enrhumée et handicapée. Les informations ne sont plus partagées et se laissent distiller à compte-goutte. L'ambiance devient délétère, ni le camp de ceux qui soutiennent ni l'autre ne veut lâcher prise. Dès lors, la marge de manœuvre des deux camps se réduit de jour en jour et les

conséquences sont immédiatement répercutées sur les malades. Les auteurs (Crozier et Friedberg, 1977 : 113) en parlaient déjà tout en développant la stratégie des acteurs dans un système basé sur la négociation. Les auteurs avaient montré que l'acteur social a la possibilité de reconsidérer ou de réajuster sa position. Il a un comportement actif et rationnel par rapport à son objectif et par rapport aux positions des autres acteurs. Cela a été prouvé puisque chacun des acteurs s'est retrouvé finalement autour du chef de la maison pénitentiaire où les intérêts ont été repositionnés. Cette séance a alors permis de redistribuer le rôle de chaque élément dans le système afin de rendre performant son fonctionnement.

18- Accueil

18.1- Visite médicale de nouveaux détenus à la PCC

L'article 62 du décret n° 73-293 du 15 Septembre 1973 portant régime pénitentiaire stipule que tout individu écroué dans une maison d'arrêt doit faire objet d'une visite médicale systématique. Cette opération consiste à accueillir les "dokodo" (Ce terme veut dire littéralement : « baisse la tête ». Il désigne les nouveaux détenus conduits fraîchement à la PCC qui ne doivent pas voir le visage des anciens avant attribution de bâtiment.). Ce terme permet aux anciens de pouvoir les identifier. Et cela est souvent remarqué lors des différentes opérations de propriété telles que le balayage, le nettoyage, la vidange des fosses et autres. Seulement, ceux qui ont les moyens, après avoir réglé les différents frais de gîte et d'hygiène sont exemptés de ces corvées. Bref, ils passent tour à tour devant un infirmier pour être enregistrés à partir de leur mandat de dépôt. Ainsi, un bilan sommaire de leur état de santé est établi. Cet examen permet de déceler les cas éventuels de maladie. L'objectif est de prendre en charge tôt les malades et de limiter le plus fort possible les cas d'infections et

de contagions. Au cours de cet examen, plusieurs types de maladies sont détectées notamment les infections urinaires liées à leur parcours sexuel, les enflures dues aux moyens déployés au cours de leur arrêt, la céphalée découlant de la cassure psychologique. Cougoul avait déjà montré que cette visite médicale devrait être systématique (Cf. p : 24). Cette opération a été discontinuée et les raisons évoquées étaient manque de personnel et les conflits internes. A la fin, il est recommandé à ces détenus de repasser le lendemain pour le début du traitement. La faiblesse du système à ce niveau pourrait avoir des risques épidémiologiques tels que l'apparition du virus d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

18.2- Avant la consultation

Dans chaque bâtiment, il y a un cahier de l'infirmier. Chaque présumé malade doit annoncer son intention d'aller se faire consulter auprès de son chef bâtiment. Ce dernier inscrit le nom de l'intéressé dans ledit cahier. A partir de 8h30mn, ils se dirigent tous vers l'infirmier. Pour les femmes, le cahier est confié à la garde malade qui le remet à son tour à la sécurité. Ainsi, l'agent de sécurité (qui est aussi un détenu) amène le cahier vers le Gardien-Chef afin de recevoir l'avis favorable de sortie. Une fois cette étape franchie, au moins deux agents de sécurité accompagnent à la queue leu leu les femmes vers l'infirmier. Toutefois, c'est au prix fort de leur autorité que les détenus politiques, les directeurs de société incarcérés et qui échappent à ces exigences. En cas d'atteinte à l'équilibre de l'organisme, ces derniers ne se font pas consulter à l'infirmier mais ont cette possibilité de faire venir dedans leur médecin traitant sans pour autant attacher de prix au personnel de santé de la maison. Cette échappatoire est souvent tirée avec les autorités de l'établissement pénitentiaire.

18.3- Communication entre acteurs sociaux

C'est une période de relations directes, d'échange entre le soignant et le soigné. La communication commence par l'accueil du malade et représente près de 30% environ de sa guérison selon un informateur. Plus l'accueil est chaleureux, plus la résilience est forte face à la maladie. Quelques informateurs de santé estiment que la communication est primordiale dans le traitement si bien que lorsque le patient n'est même pas conscient de son état, le toucher ou lui parler participe à son traitement. Il suffit d'expliquer au patient de quoi il s'agit. Lorsque le malade est conscient, l'aspect bienveillant, apaisant et calme de l'agent de santé est très important. Si le patient ne peut s'exprimer par la voix, le regard devient essentiel, n'excluant pas pour autant le toucher. Il faut apprendre à lire sur les lèvres. Lorsqu'il faut s'adresser au patient, il faut que les questions qui lui sont posées soient simples et courtes, ne nécessitant qu'une réponse facile. A cet effet, les informations reçues font état de ce que la mosaïque de nationalités dans ce milieu rend difficile la communication. Dans ce contexte de communication, les malades éprouvent des difficultés à expliquer leurs maladies aux soignants ou en d'autres termes à communiquer. 8% des informateurs ne maîtrisent pas du tout la langue française. Parmi ces informateurs, il y a ceux qui sont en transit via le Bénin, ceux qui viennent fraîchement du Niger ou du Burkina-Faso. L'auteur (Castelain, 1987) a montré dans ses écrits que la différence qu'il y a entre le guérisseur et le médecin est ce qu'il qualifie de « *proximité sociale* ». Pour l'auteur, le guérisseur parle le même langage que son patient dans une relation thérapeutique qui est également une pratique d'échanges offrant non seulement la guérison mais aussi une possibilité de communiquer. L'auteur (Pryen, 1999 : 141) illustre déjà cette relation de complicité entre un homme et une travailleuse de sexe. La prostituée se présente au client comme une personne qui se met à son écoute, prête à l'entendre raconter son histoire personnelle, ses problèmes affectifs, ses déboires

conjugaux. Ce rôle la rapproche d'une conseillère conjugale et lui permet par ailleurs de présenter sa profession comme relevant d'une mission d'intérêt public.

Dans le contexte actuel, le soignant sollicite la présence d'un interprète. Or, les préoccupations du patient relèvent souvent de la confidentialité. L'un des éléments de cet aspect est la sexualité qui de plus relève d'un tabou à la PCC. 53% des informatrices déclarent avoir eu de la dépression à cause de ce tabou. Car, l'article 17 du même décret portant sur le régime pénitentiaire stipule « ..., *aucun fonctionnaire de sexe masculin ne doit pénétrer dans le quartier des femmes sans être accompagné d'une personne de sexe féminin* ». Ce règlement est appliqué à la lettre à la PCC. Ainsi, au cours des consultations, elles font des confidences surtout aux infirmières censées comprendre leur situation qui pour certaines séjournent déjà depuis trois, quatre ou cinq ans. Les mêmes points de vue sont partagés avec (Dubois de Montreynaud, 1980) quand il déclare que : « *L'homme souffre, et les médicaments ne suppriment pas toute douleur* ». Effectivement, il n'existe jusqu'alors un médicament qui puisse remplir les mêmes fonctions syntaxiques de la sexualité. Ainsi, à la PCC, les conflits trouvent souvent leur source de vol, de l'escroquerie et de la sexualité. 'gansen nou' est un terme ordinairement prononcé pour désigner sa femme, son mari, sa petite amie ou son petit ami dans le milieu carcéral. Or, tout comportement sexuel est officiellement proscrit et est sévèrement sanctionné (mise en cellule). Dans une situation d'envie sexuelle, les détenus hommes ou femmes trouvent rapidement un(e) ami(e) pour que ce « refoulement » soit efficace. En somme, la communication dans la relation soignant-soigné est indispensable et participe au traitement de la maladie.

18.4- Après la consultation

Les soins peuvent commencer dès lors que le diagnostic est déterminé. Ainsi, le traitement s'appuie, soit sur la prise de médicament soit sur les injections (si le produit est disponible ou sur ordonnance). Au cours de ces différentes opérations intervient une relation de complicité, de confidentialité et de confiance entre le soignant et le soigné. Cependant, le soigné ne demande que la guérison et il revient au soignant de le consoler tout au moins de le rassurer de son prompt rétablissement. A la prison, il y a cette psychose selon laquelle tout individu qui tombe malade n'est pas sûr de rentrer sans séquelles. C'est pourquoi ceux qui en sont conscients mettent tout en œuvre pour ne jamais tomber malade avant leur sortie. Même si c'était le cas, ils mettent toute leur relation en jeu. Dans un milieu carcéral, le mot « respect » y prend tout son sens.

18.5- Communication socioprofessionnelle

Cette communication est relativement mesurable. A la PCC, les échanges d'informations se font timidement. Les détenus de la PCC ne disposent pas de dossier médical. Il devait comprendre une fiche d'observation médicale somatique, une fiche d'observation médicale psychiatrique, une fiche de prescription médicale unique, une fiche de prescription d'examen complémentaires. Tous ces éléments constituent un dossier médical unique. Ils devaient être conservés ensemble et sous clé accessibles à tous les soignants. Cette ne permet pas aux soignants de pouvoir suivre leurs patients. Quand il y a de la récurrence au niveau d'un détenu, l'infirmier reprend tout à zéro. Le retour des transferts de malades opérés dans différents centres pour des soins appropriés ne sont jamais accompagnés d'un 'seuil d'indication'. C'est le document qui doit renseigner sur le diagnostic et l'état actuel du malade transféré vers les centres de référence. Il permet aux infirmiers de suivre ce malade dans son

enfermement. Cet état de chose a certainement des réponses dans les rechutes observées au niveau des malades.

19. Maintien de la santé

Au cours des entretiens, quelques questions ont été posés aux enquêtés sur la permanence des soins. Les résultats obtenus à cet effet sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau IV : *Appréciation sur la permanence des soins*

| Appréciations Sexes | Très bien | | Bien | | Assez-bien | | Total |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | Eff. | P.c. (%) | Eff. | P.c. (%) | Eff. | P.c. (%) | |
| Hommes | 27 | 45 | 18 | 30 | 15 | 25 | 60 |
| Femmes | 19 | 68 | 04 | 14 | 05 | 18 | 28 |
| Total | 46 | 52 | 22 | 25 | 20 | 23 | 88 |

Source : Données de terrain, Décembre 2013

Le tableau ci-dessous montre que 52% des informateurs donnent une appréciation “Très bien“, 25% “Bien“ et 23% “Assez-bien“ quant à la permanence des soins. Cette statistique montre alors que les détenus de la PCC apprécient la continuité des soins donnés à eux à l’infirmierie. La présence des soignants sur les lieux à tout moment où le besoin se fait sentir est d’une utilité vitale. L’enregistrement des AVC, les conditions de ventilation et d’aération dans les bâtiments provoquent de suffocation et d’évanouissement qui coûtent parfois la vie aux détenus si rien n’y fit dans les minutes qui suivent. Et, ces crises apparaissent souvent entre 1heure et 5heures du matin. Malgré la faible capacité logistique dont dispose l’infirmierie, elle arrive à satisfaire les besoins minima des malades de la PCC afin de garantir leur sécurité. Les 25% et les 23% donnent leur avis en fonction des retards accusés par les soignants dans

l'accueil, le manque répété des médicaments essentiels tels que la quinine, le paracétamol, les antibiotiques...ils évoquent également la question d'hygiène s'agissant de l'odeur répugnante qui règne dans les couloirs. Pour eux, que ce soit à l'infirmierie, à l'hôpital ou dans un centre de santé, il y a une odeur caractéristique du milieu qui se ressent automatiquement. Par contre à la PCC, c'est tout à fait le contraire qui se réalise.

Le chapitre qui suit relève les enjeux liés à la prise en charge des détenus malades de la prison civile de Cotonou.

Chapitre IV: Aspects sociaux et techniques de prise en charge

Dans les explications de Goffman à propos de "l'institution totale", il donne une caractéristique de la prison. Il détaille sa théorie de ce concept en établissant la possibilité pour les différents acteurs confinés dans des lieux reclus d'exploiter leurs caractéristiques particulières pour satisfaire certains de leurs besoins personnels (Goffman, 1968). Pour l'auteur, la prison regroupe les individus incapables de satisfaire tous leurs besoins sanitaires. Dans ces conditions, l'institution prend en charge certains besoins des reclus d'où la mise en place de la prise en charge.

20. Equipement

Quelques observations empiriques de l'infirmier de la PCC font état de l'insuffisance de matériels de travail. Ce manque d'équipements techniques freine l'action des agents dans le traitement des malades. Les matériels existants recensés sont : un tensiomètre, un thermomètre, un poupinel en état de panne, de matériels de petites chirurgies et de pansement vétustes et en rouilles. A chaque occasion, le personnel ne cesse d'exprimer ce besoin de renouvellement ou d'équipement du centre. Cette manière de voir les choses est aussi partagée par les détenus. Par conséquent, l'infirmier s'apparente à une boîte sans outil car le matériel de travail est inexistant. En cas de problème de santé sérieux, l'acheminement du détenu dans un centre hospitalier reste aléatoire, faute de véhicule de transport. Dans certains cas, il faut se déplacer en taxi ou en taxi moto.

21. Disponibilité des médicaments

L'approvisionnement du magasin de l'infirmier de la PCC se fait par le Ministère de la Santé, le Ministère de la Justice, les ONG, les Associations et autres. Certains médicaments ne sont pas toujours disponibles. Même s'ils le sont en stock limité, ils ne sont pas souvent accessibles ni aux infirmiers ni aux patients. Il y a un nombre important de malades enregistré quotidiennement avec manque de produits pharmaceutiques de base comme par exemple l'alcool à 90°, le paracétamol et des antibiotiques. Pour preuve, 75,3% des informateurs déclarent n'avoir jamais sentir l'odeur de médicaments qui caractérise les hôpitaux, les centres de santé ou les infirmeries. Alors, 96% des informateurs ont révélé que même les médicaments essentiels ne sont pas à l'infirmier et qu'il faut se voir prescrire une ordonnance qui ne sera jamais payé. Et cet état de choses a des effets pervers sur leur santé. Les ruptures de médicaments sont fréquentes à trois niveaux notamment celui de l'infirmier traitant, du magasin de l'infirmier ou au niveau du régisseur. Ces ruptures de médicaments constituent un coup essentiel reçu selon ces informateurs. Le reste des informateurs est constitué de ceux qui ont un peu de moyens dont la majorité est représentée par la communauté nigériane. Donc, ils sont obligés de se contenter de leur mal. Quand la souffrance dépasse, elle touche le côté affectif du soignant. Alors, l'infirmier peut demander de passer chercher le médicament le soir soit lui établir une ordonnance. Pour illustrer ce fait, il importe de faire vivre l'histoire d'une patiente. Dans la matinée du 05 Août à 11 heures 30 minutes, elle vient à la consultation avec sa fille d'un an environ puis elle sort de son sac quatre carnets de soins. L'infirmière dit : « Il y a peu que j'ai traité cet enfant ici, il faut qu'elle dorme sous moustiquaire. Quel médicament lui avez-vous donné ? Elle répond : « Majata ». L'infirmière : « Ah ! C'est quel genre de médicament ? Je ne le connais pas. Envoi moi quelqu'un à 15h te chercher du para ».

De ce qui précède, il est à retenir trois aspects. Le premier est la problématique de la santé infantile qui relève de la prise en charge des enfants de 0 à 5ans qui accompagnent leur mère détenue. La deuxième est celle d'automédication qui consiste à s'administrer des médicaments sans avis médical. Et enfin, celle de la gestion des stocks qui est un problème majeur pour les détenus. Ce dernier point a fait débat dans la fourniture et la consommation des médicaments. Des stocks de médicaments sont parfois envoyés par le MSP avec un délai court d'expiration. Le médicament "coartem" en est un exemple édifiant. Deux mois après la date d'expiration, ce produit a été toujours servi à l'infirmerie. Ainsi, 63% de ceux qui se sont vus servir ce produit reconnaissent l'avoir utilisé sous contrainte financière. Le reste déclare ne l'avoir point utilisé au risque de se faire intoxiquer. Parmi ceux-ci, seuls 45% des informateurs déclarent avoir vendu leur médicament tandis que le reste le jette dans la poubelle. Donc, la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes tant du dedans que du dehors. Cette condition n'est pas totalement réunie et les acteurs usent des stratégies afin de maximiser leur profit.

22. Marché parallèle de médicaments

Si le MSP déconseille la vente de médicaments dans de conditions moins appropriées, il n'en serait pas moins de constater la vente de ces médicaments dans les différents "ghettos" de la prison civile de Cotonou en montrant les limites de ce système de sécurité. Ces "ghettos" sont de petites paillotes fabriquées avec des matériaux de fortune (bois, tôles rouillées, plastiques...). Ce terme désigne le lieu de repos de certains détenus dans la journée où se déroulent toutes transactions possibles. C'est aussi un lieu insalubre propice à la prolifération de différents germes pathologiques. Ainsi, la

prison qui est réputée être le milieu le plus surveillé, l'achat et la vente des médicaments génériques dans ces lieux dits de repos font désormais partie de la normalité. Les conditions de vente de ces médicaments sont dénuées de tout contrôle en la matière d'où l'automédication de plus en plus développée par les détenus. En effet, il y a deux points de vente qui ont été dénombrés. Plusieurs types d'acteurs ont été identifiés dans ce marché : les vendeurs eux-mêmes, certains parents des vendeurs, certains militaires ou gendarmes qui font entrer directement les produits à l'intérieur. En amenant les produits, les parents souloient ou trompent la vigilance des agents de contrôle. D'autres détenus font la simulation (faux-malades), prennent les médicaments à l'infirmerie et les revendent sur le marché. Les consommateurs, ne pouvant pas suivre les procédures conduisant à la consultation, jugées trop contraignantes, se rabattent sur ce marché. Ce phénomène alourdit de plus le travail des soignants. C'est une organisation parfaite que les acteurs, définis ici comme membres, entretiennent à travers les jeux afin de maximiser leur profit. C'est ce que (Crozier et Friedberg, 1977 : 50) appelle « *le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul* ». Cette organisation possède règles et une finalité que les acteurs doivent respecter et atteindre.

23. Carnets de consultation

En dehors du carnet, aucun autre produit n'est acheté à l'infirmerie de la PCC. A la consultation, l'infirmier demande au patient s'il est muni de carnet de consultation ou non. Si non, l'intéressé paye cent (100) FCFA. Cependant, il est difficile à certains détenus de s'en procurer. Ainsi, l'infirmier le lui paye ou un codétenu lui vient en aide. A observer de près, les détenus viennent à la consultation avec un carnet rempli de versets bibliques ou de numéros de téléphones. De même, les feuilles sont arrachés à l'intérieur du carnet ou se retrouve dans état difficile à y écrire.

24. « ama si » : La tisane de “Vigan”

Deux points de vente de tisane se trouvent à la PCC : l'un sur la grande cour et l'autre au marché. Cette vente vise à soulager un tant soit peu les détenus souffrant du paludisme, de l'ictère et la rougeole (propos recueillis). Selon un informateur, certains éléments sont utilisés pour la composition de la tisane comme : gnen si ken - ciajo - fiɔntɔn ʒɔnʒɔwɛn - aʒi man - ti ma - fiɛn we.

Ces mots ou groupes de mots ont respectivement pour nom scientifique (Momordica balsamina - ocimum gratissimum - crataeva adansonii - cassia rotundifolia - cymbopogon citratus - phyllanthus amarus).

Ainsi, pour l'un des acteurs, il n'y a pas un mélange de produit car la préparation est toujours faite avec un seul élément. Cet attachement à la tradition consiste à compléter ou à suppléer la médecine moderne. Mais, faire ce commerce à la PCC relève de stratégies et de négociations. Un acteur raconte :

J'avais profité un jour de l'ordonnance prescrite à un codétenu pour me faire acheter un déparasitant car je chauffais. C'est suite à cette réussite que j'avais demandé à mon épouse de m'amener des feuilles pour la tisane. Mais, l'entrée des feuilles fut interdite. Alors, l'idée m'est venue de chercher une autre alternative en utilisant les produits disponibles à l'intérieur. Ainsi, j'ai pris de l'ananas, du manioc, de papaye verte coupés en morceaux, de graines de maïs et de zestes d'orange verte tous trempés dans l'eau en ayant soin de bien les couvrir. Trois jours après, je passai à l'application et le résultat fut probant. Au vu de tout ceci, je demandai une fois encore à mon épouse de m'amener de la tisane. Je partageai alors celle-ci et celle d'alors avec mes codétenus qui les apprécièrent. Je fus conseillé donc de demander une autorisation auprès du Gardien-Chef pour la vente de la tisane. Ainsi, chaque semaine je paye mille francs(1.000) CFA à l'ONG Fraternité des prisons et j'y gagne bien ma vie.

Encadré n°1

Toutes les astuces et stratégies sont bonnes afin de parvenir à ses fins. Telle est la "vie quotidienne" des détenus de la prison civile de Cotonou.

25. Référence et contre référence

25.1- Transfert des patients

Le tableau qui suit présente les statistiques de ceux qui ont été transférés dans divers centres au cours de l'année 2011. Trente-six détenus ont été transférés dont douze décès. Sur le reste, dix-sept détenus ont été contactés dans le cadre de cette recherche.

Tableau V : Récapitulatif des détenus transférés en 2013

| Appréciations Sexes | Très satisfait | | Moins satisfait | | Pas satisfait | | Total |
|------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | Eff. | P.c. (%) | Eff. | P.c. (%) | Eff. | P.c. (%) | |
| Hommes | 02 | 14% | 03 | 21% | 09 | 64% | 14 |
| Femmes | 00 | 00 | 01 | 33% | 02 | 67% | 03 |
| Total | 02 | 12% | 04 | 24% | 11 | 65% | 17 |

Source : Données de terrain, Décembre 2013.

Ce tableau affiche la statistique des détenus malades transférés dans d'autres centres. Au cours de l'année deux mille treize, trente-six détenus ont été transférés avec à la clé douze décès. Sur cette différence, le travail est fait avec quatorze informateurs compte tenu de ceux qui ont bénéficié de la mise en liberté. Parmi ceux-ci, 12% affirment que la prise en charge de la PCC ne permet pas de diminuer les souffrances des détenus malades évacués dans les centres plus adaptés. Par contre, 24% des informateurs estiment être moins

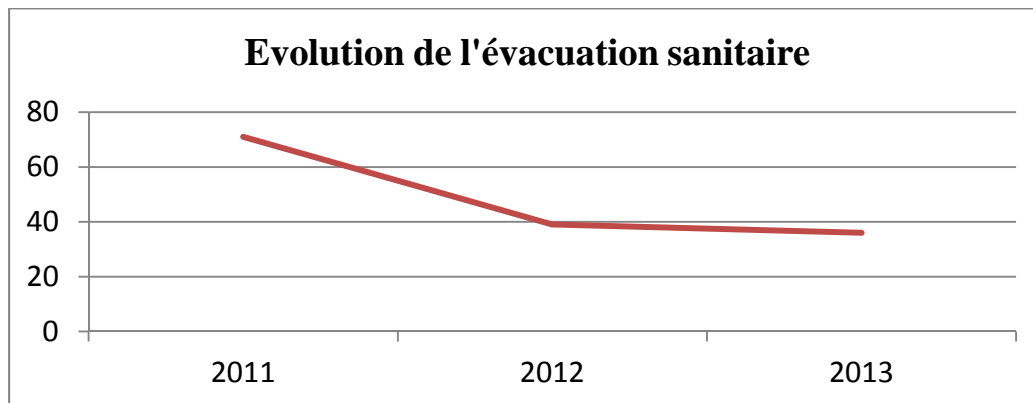
satisfaits tandis que 65% déclarent ne pas être du tout satisfaits après avoir été transférés au CNHU. Dès lors, plusieurs raisons ont été évoquées notamment les conditions de traitement d'une part et les conditions physiques de détention d'autre part. Pour les conditions de traitement, la prise en charge délivrée à cet effet prend en compte seulement les frais de soins et d'hospitalisation. Les autres frais tels que les frais de médicament (seulement s'il y en a), les frais de scanning, de radiographie et de différents autres examens sont à la charge du patient. Pour monsieur Dieudonné, il est admis au service CUTO-CR(CNHU) le vingt-trois novembre deux mille onze pour une ostéosynthèse. Alors, il lui est prescrit une ordonnance médicale qui comprend : un clou fémoral gross kemph (90.000) FCFA, trois vis kemph verrouillage distal (15.000×3) FCFA, une vis corticale (7.000) FCFA et des médicaments pour (120.000) FCFA. Face à ces énormes frais à dépenser, monsieur Dieudonné est tout simplement reconduit dans sa maison où il continue de séjourner en l'état. Cependant, il existe plusieurs autres cas qui confirment la règle.

De même, s'agissant des conditions de détention, une fois sur le lit d'hospitalisation le patient est menotté soit par le pied ou par le poignet. Ce faisant, le patient est automatiquement stigmatisé. Il constitue ainsi un objet de curiosité ou en acteur en scène. Il s'en suit enfin que ces deux conditions augmentent les souffrances des détenus malades évacués dans les centre de référence.

Le transfert de détenus malades vers un plateau technique plus adapté requiert des formalités. En effet, après diagnostic, l'infirmier remplit une fiche d'évacuation du malade qui est envoyé au bureau du chef brigade. Ce dernier donne son quitus qu'il expédie au gardien pour avis. A son tour, celui-ci remonte le dossier au niveau du régisseur pour décision finale. A cette étape, un certificat de sortie est déposé au poste portant en bonne et due forme l'identité du détenu malade ainsi que l'état du diagnostic et le lieu de transfert. Plusieurs

centres ont été identifiés pour faire office de centres de référence. Il s'agit du CNHU, du CNHPP-Lazaret, de Clinique "Les Grâces" et du CNHP de Jacquot. Le graphique qui suit montre l'évolution des différents transferts de 2011 à 2013. Au vu de ces conditions précitées, 65% des informateurs confirment que la prise en charge de la PCC ne permet pas de diminuer les souffrances de la population carcérale.

Graphique 1 : Nombre de détenus évacués



Source : Données de terrain, décembre 2013

L'analyse de ce graphique montre que le nombre d'évacués en 2011 s'élevait à 71 détenus malades. Mais en 2012, 39 détenus malades ont été transférés alors que l'année 2013 enregistre 36 autres évacués. Cependant, l'interprétation de cette courbe révèle que de 2011 à 2013, le nombre de malades évacués a considérablement diminué à cause des efforts qui ont été effectués au niveau de l'infirmerie et à l'intérieur des différents bâtiments. Les efforts se résument aux campagnes de sensibilisation quotidiennes organisées sur l'hygiène et le minimum d'appui en dons matériels par les ONG, les Associations, la Mairie de Cotonou et le Ministère de la Justice. Le

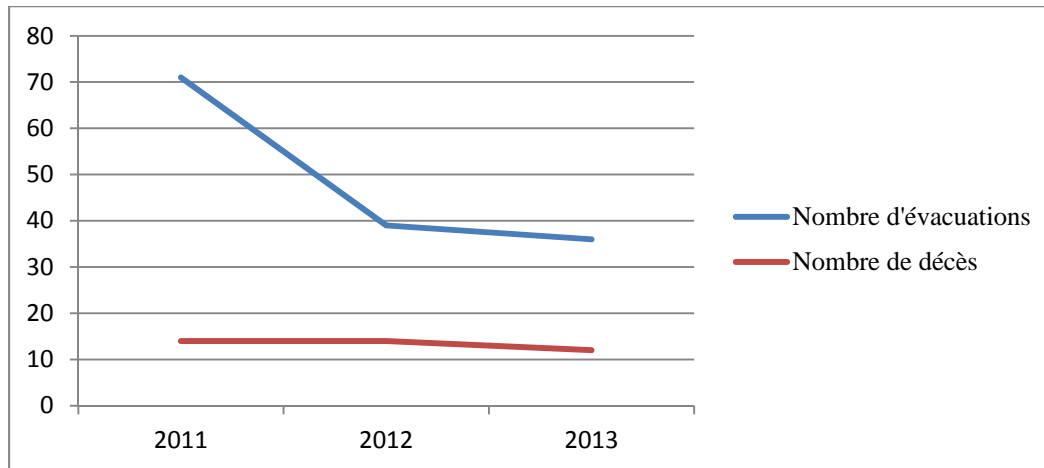
renforcement du personnel de spécialités est aussi une variable explicative de la baisse du nombre de transferts.

25.2- Détenu négociateur

La compassion est une vertu qui plus est se retrouve encore à la PCC. La plupart de ceux-là transférés n'ont pas de moyens. Soit, ils ont le soutien de leur *toba* (le responsable de bâtiment) ou souvent d'un responsable religieux. Quand un "bâtimentaire" (un codétenu du même bâtiment) a un problème d'ordre administratif ou non et qu'il est reconnu être de bonnes mœurs, le *toba* va à sa défense. C'est ainsi que ces responsables interviennent afin que le transfert soit effectif ou qu'il soit fait le plus tôt possible. Comme l'avait dit plus haut Michel Crozier, les acteurs disposent toujours des stratégies et une parcelle de marge de manœuvre qui sont souvent soumises aux contraintes extérieures. De même, il a été démontré avec une métonymie dans un précédent travail que la religion est un facteur qui nourrit et enrichit la vie spirituelle des détenus mais également leur permet de payer leurs différentes cautions (Dohou, P., 2012 :76). Alors, le problème le plus récurrent est celui du moyen de transfert. Ainsi, pour faire déplacer le malade, il faut qu'il ait la possibilité de prendre en charge son déplacement et celui des gendarmes. Il serait intéressant de rapporter ici un fait. Un détenu, au cours de son arrestation s'est vu arracher par la population la rotule de pied droit. Des mois après, la motricité a été toujours difficile malgré les soins reçus à l'infirmerie. Finalement, il est décidé de le transférer pour la radiographie à la clinique "Les Grâces" qui est située juste à trois cent mètres environs de là. C'est ainsi que les frais de radiographie délivrés sont payés par une congrégation religieuse tandis que celui du taxi moto par une tiers personne.

Au cours de ces transferts, d'autres malades ne reviennent plus vivants ou ne sortent plus de la maison vivants. Le tableau suivant affiche le nombre de décès enregistré sur les évacuations pendant les trois dernières années.

Graphique 2: Rapport évacuation / Décès



Source : Données de terrain, Décembre 3013

L'analyse du graphique montre la décroissance des courbes. Quant au nombre d'évacuation, il chute considérablement de 71 à 39 et se stabilise à 36 en 2013. Par contre, le nombre de décès se stabilise à 14 de 2011 à 2012 avant de passer à 12 en 2013. Il en ressort qu'il y a diminution du nombre de transférés tandis que le nombre de décès reste sensiblement inchangé. Malgré les efforts déployés pour améliorer les conditions de vie sanitaire des détenus, le nombre de décès n'a pas significativement diminué compte tenu des paramètres externes et internes qui sont dépendants les uns des autres. Au nombre des facteurs internes, il est distingué les conditions d'hygiène, de promiscuité et de gîte, du retard dans la déclaration de la maladie et de manque de moyens surtout économique. Il y a également le retard accusé dans le traitement des dossiers au niveau de la justice. Il est la première cause liée à l'hypertension déclarée à

l'infirmerie. Quant aux facteurs externes, il y a lieu de souligner les différentes prises en charge. Elles couvrent normalement les frais de médicaments, de soins, d'hospitalisation, d'examens et d'analyses. Il est remarqué alors que la prise en charge de la PCC ne couvre qu'une partie des frais. La radiographie, le scanning et certains examens ne sont pas couverts par la prise en charge de la PCC. Les autres frais sont ainsi à la charge du malade du moins à la charge de ses parents. Dans beaucoup de cas, une fois le malade transféré, les parents de l'intéressé sont appelés à ses chevets. Ainsi, d'autres parents viennent effectivement sans grand moyens, par contre, il y en a qui ne viennent pas du tout. Dès lors, les agents de santé ne peuvent que donner le meilleur d'eux-mêmes. Pour obliger les parents d'un détenu à venir à son secours, les "bâtimentaires" ont mis en place une stratégie. Ce propos est recueilli de l'"aide-soignant" :

Au début de sa maladie, n'y avait personne pour lui acheter les médicaments. Ainsi, la maladie s'amplifiait. Alors, les codétenus du même bâtiment que lui étaient obligés d'appeler les parents pour qu'ils viennent prendre le corps de leur fils décédé. Ils répondirent : Disposez bien le corps, nous viendrons le chercher. Quelques heures plus tard, ils sont venus chercher le corps. Or, toutes les fois qu'ils étaient appelés pour la visite ou pour prendre l'ordonnance, ils n'ont jamais répondu positivement. Ainsi donc, à leur grande surprise, ils le virent débout. Cette fois-ci, les ordonnances sont remises. Et depuis, ils ne sont plus revus avec les médicaments. Quelques semaines, le malade mourut et ils vinrent chercher le corps pour l'inhumation.

Encadré n°2

Eu égard à tous ces facteurs énumérés, il convient de retenir que le nombre important de décès à la PCC sont expliqués par des déterminants sociaux tels le retard dans le diagnostic ou dans le transfert, le manque de

moyens pour se payer les médicaments, le manque de visite... Donc la prise en charge délivrée par la PCC n'est que théorique.

26. Ration alimentaire

Deux repas quotidiens sont donnés aux détenus par les prestataires de service suivant le calendrier ci-après :

Tableau VI : Programmation des repas à la PCC

| Prestataires | | Confort du Millénaire | Emergence | Zounnon | JERN-JI et Compagnie | AGIASE C Sarl | Principauté | FELA et Fils | Chez Adé |
|-----------------|-----|--------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------|--------------|------------------------------------|
| Lundi | 09h | Haricot rouge+huile+gari | | | | | | | |
| | 14h | | Riz au gras + viande | | | | | | |
| Mardi | 09h | | | Pâte+sauce+gluant+poisson | | | | | |
| | 14h | | | | Akassa+sauce+gluant+poisson | | | | |
| Mercredi | 09h | | | | | Atassi+Friture+poisson | | | |
| | 14h | | | | | | Gari+galettes | | |
| Jeudi | 09h | | | Pâte+sauce+gluant | | | | | |
| | 14h | | | | | | | Akassa+sauce | |
| Vendredi | 09h | Haricot blanc+huile+gari | | | | | | | |
| | 14h | | | | Riz+sauce+viande | | | | |
| Samedi | 09h | | | | | Pâte+sauce aux légumes +poissons | | | |
| | 14h | | | | | | | | Riz+sauce+viande |
| Dimanche | 09h | | | | | Atassi+Friture+poissons | | | |
| | 14h | | | | | | | | Pâte de gari+sauce+gluant+poissons |

Source : Données de terrain, Décembre 2013

Plusieurs critiques ont été proférées à l'endroit de la ration alimentaire servie à la prison civile de Cotonou. Suite à ce doute sur la qualité des repas, les parents de certains détenus défilent pour donner à manger à leurs proches le matin, l'après-midi ou dans la soirée. Pour contrôler les prestataires de service, la DAPAS a dépêché un agent sur le lieu à cet effet. Il s'agit de veiller à la qualité et à la quantité des repas livrés. Celui-ci n'est pas toujours respecté. Ainsi, les agents de santé chargés de donner leur quitus avant la distribution ont souvent rappelé à l'ordre ces derniers. Avant de servir le repas aux détenus, l'agent au poste à l'infirmerie a l'obligation de contrôler ledit repas. Après son quitus, le même repas partagé aux détenus est également servi dans trois différents services tels que le bureau greffe, l'infirmerie et le poste de contrôle. La priorité de la ration est accordée à l'isolé (c'est le bâtiment qui abrite les malades mentaux et physiques. Ceux-ci sont considérés comme vulnérables) et les mineurs hommes. Quand il s'agit des dons, la priorité est également accordée aux deux bâtiments quel que soit la quantité. Mais, plusieurs cas de rejet de repas ont été effectués déjà par l'agent de santé au poste. Quand il juge que le repas servi n'est pas consommable, il adresse un rapport au gardien-chef qui prend des mesures qui s'imposent.

Malgré les dispositions prises pour améliorer la qualité des repas, il y a toujours des critiques qui sont formulées. Soit sur la qualité où les produits utilisés sont parfois presque avariés, soit sur la quantité où les morceaux de poissons ou de viandes servis sont trop petits. Les raisons évoquées sont économiques. Les prestataires de services à court d'argent sont obligés de procéder ainsi. Pour les services rendus, le virement n'est opéré qu'après des mois voire des années.

27. Surpopulation carcérale : Un enjeu social et économique

A la PCC, deux mille quatre-vingt-trois (2083) détenus sont conditionnés dans quinze bâtiments. Certains de ces bâtiments sont réservés aux détenus dits "privilegiés" qui bénéficient d'une cour "privative" dotée d'une porte d'entrée rigoureusement tenue par des détenus vigiles. Ainsi, ils contrôlent l'accès à leur "espace de vie". En répertoriant ces bâtiments, il est à distinguer le bâtiment A dit « Ministre », celui de B dit « employés » et K, L, N « Rotary » qui sont tous dans une situation doublement favorable relative, puisqu'ils sont moins nombreux que les autres bâtiments et disposent de cours assez spacieuses dans lesquelles ils organisent leurs activités quotidiennes à savoir la restauration, jeux divers, espaces de réunion et de méditation. Mais ce privilège n'est pas accessible à tout le monde. Pour avoir une place dans l'un de ces bâtiments, il faudra déboursier en moyenne cent cinquante mille francs (150.000) FCFA. D'autres charges aléatoires sont susceptibles de se greffer à ce coût jugé déjà trop exorbitant par les uns et les autres. Ce montant inclus les frais de lits, d'hygiène. Remplir cette formalité est l'une des conditions sine qua non à votre accessibilité à ce privilège. Toutefois, les résidents de ces bâtiments privilégiés qui se rendent coupables pour des fautes disciplinaires peuvent être envoyés sur la grande cour. Autrement, les autorités leur changent de bâtiments pour punition. Et, les frais d'accès dans les autres bâtiments qui sont logés dans la grande cour varient de vingt-cinq mille (25.000) à quarante-cinq mille (45.000) FCFA. Quelques cas extrêmes d'indigence avérée qui se présentent sont souvent réglés par le comité de gestion de chaque bâtiment. Alors, le tableau suivant affiche les différentes conditions d'hébergement des détenus de la PCC :

Tableau VII : Condition d'hébergement des détenus

| Bâtiments | Espace d'hébergement EH (en m2) | Nombre N de détenus nécessaires | Effectif réel ER | Pourcentage P exprimé (%) | Dépassement de la capacité d'accueil DCA |
|--------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------|------------------------------------------|
| A | 69 | 34 | 67 | 197,05 | 97,05 |
| B | 82 | 41 | 22 | 53,66 | - |
| C | 113,5 | 57 | 315 | 562,50 | 462,5 |
| D | 113,5 | 57 | 324 | 578,57 | 478,57 |
| E | 113,5 | 57 | 319 | 569,64 | 469,64 |
| F | 111 | 55 | 311 | 565,45 | 465,45 |
| G | 113,5 | 57 | 317 | 566,07 | 466,07 |
| H | 47 | 23 | 80 | 347,82 | 247,82 |
| J | 189 | 94 | 114 | 121,27 | 21,27 |
| K | 87,5 | 44 | 71 | 165,11 | 65,11 |
| L | 98,5 | 49 | 75 | 153,06 | 53,06 |
| N | 99 | 49 | 64 | 130,61 | 30,61 |
| TOTAL | 1237 | 617 | 2083 | 343,16 | 243,16 |

Source : Données de terrain, Décembre 2013

NB : Selon la norme, chaque détenu doit occuper 2m².

$N = EH/2$

Dans le tableau, c'est la partie entière de résultat EH/2 qui est considéré :

$P = (ER/N) \times 100$; $DCA = P - 100$

Le tableau ci-dessus présente la capacité d'hébergement de chaque bâtiment, le nombre de détenus nécessaire pouvant contenir chaque bâtiment, l'effectif réel dans chaque bâtiment, le pourcentage exprimé et le dépassement de la capacité d'accueil. En effet, l'analyse du tableau montre que c'est le bâtiment B seul qui ne reçoit pas plus qu'il n'en pouvait. Cela s'explique par les moyens d'accessibilité. Ce bâtiment est le "VIP" (le terme VIP est issu de l'anglais et signifie "Very Important Person", c'est-à-dire "Personne très importante". www.linternaute.com, 09-12-13, 12h00. VIP est utilisé pour désigner ici le caractère prestigieux du bâtiment et de la grande réputation de ceux qui y vivent) de toute la prison. Les conditions d'accessibilité sont si contraignantes qu'il faut disposer de moyens et avoir un statut social donné. C'est le bâtiment qui abrite les hommes politiques, les grands opérateurs économiques, les directeurs de sociétés d'Etat. Pour recevoir de visite, le visiteur doit envoyer une pièce faisant foi de son identité avant que celui-ci ne sorte du bâtiment. Il faut également noter qu'il y a des exceptions qui peuvent se présenter. Des différents chiffres du tableau, il en ressort que la surpopulation effective et le phénomène de promiscuité expliquent principalement le taux de fréquentation des malades à l'infirmerie. Malgré les constats de plus en plus évidents, les autorités pénitentiaires de Cotonou sont d'accueillir de nouveaux détenus chaque semaine. Aux fins de trouver solution à ces problèmes récurrents, les gouvernants ont lancé la construction de la prison civile d'Abomey-Calavi par le biais du programme MCA (Millenium Challenge Acompt). Cette action à plusieurs objectifs, consiste à diminuer le nombre d'individus incarcérés et d'améliorer les conditions de vie de l'effectif restant. Les photos suivantes montrent la disposition spatiale des individus dans un bâtiment de la prison civile de Cotonou.

Photo 1 : La surpopulation carcérale dans la prison civile de Cotonou

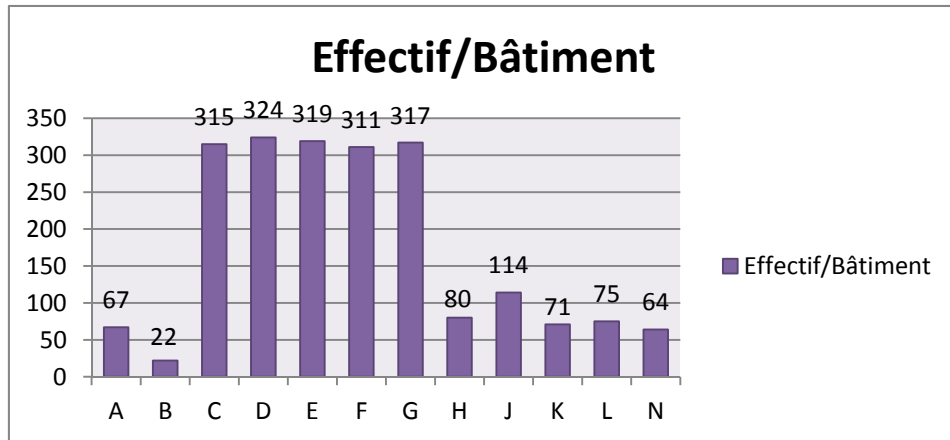


Source : Alliance/dpa/dpa.web, 09-12-13, 11h58.

Aujourd'hui, les lits superposables sont installés dans les bâtiments en nombre très insuffisant tandis que l'effectif ne cesse d'augmenter. L'investissement nécessaire pour accompagner cet état de chose est inexistant. Les responsables de bâtiments sont alors contraints à tirer le maximum de ses codétenus pour le renouvellement et la fabrication de matelas ou lits. Dans ce cas, la survie de son poste de responsable est étroitement liée à la satisfaction en matière de couchage de ceux qui ont réellement payés.

Le graphique qui suit montre l'effectif des détenus de la prison civile de Cotonou par bâtiment.

Graphique 3: Effectif des détenus par bâtiment



Source : Données de terrain, Décembre 2013

L'analyse du graphique montre que le seul bâtiment dans lequel il n'y a pas de dépassement est le bâtiment B. Ce bâtiment respecte alors la norme 2m² par détenu. Ce dépassement d'effectif est plus élevé dans les bâtiments C, D, E, F, G et induit des conséquences sur les détenus. De ce fait, les détenus vivent dans la promiscuité qui provoque certainement les dermatoses, les infections respiratoires etc.

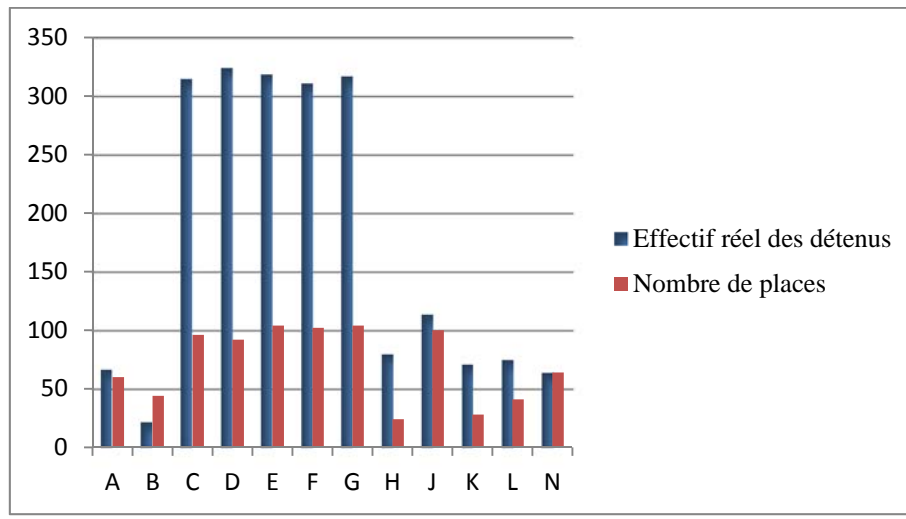
Tableau VIII : Nombre de places disponibles

| Bâtiment | Effectif réel des détenus | Nombre de lits | | Nombre de places (matelas d'une place) |
|--------------|------------------------------|----------------|-----------|-------------------------------------------|
| | | Superposés | Simple | |
| A | 67 | 30 | - | 60 |
| B | 22 | 22 | - | 44 |
| C | 315 | 48 | - | 96 |
| D | 324 | 46 | - | 92 |
| E | 319 | 52 | - | 104 |
| F | 311 | 51 | - | 102 |
| G | 317 | 52 | - | 104 |
| H | 80 | 09 | 06 | 24 |
| J | 114 | 48 | 04 | 100 |
| K | 71 | 14 | - | 28 |
| L | 75 | 15 | 11 | 41 |
| N | 64 | 32 | - | 64 |
| Total | 2083 | 414 | 21 | 859 |

Source : Données recueillies, Décembre 2013

Ce tableau présente le nombre de lits superposables et simples et le nombre de places de matelas d'une place. L'analyse du tableau montre qu'il y a beaucoup de détenus qui n'ont pas de lits. Ceux-ci sont obligés de passer la nuit à même le sol. Les images qui suivent montrent les conditions dans lesquelles ces détenus passent plusieurs nuits, plusieurs mois ou plusieurs années.

Graphique 4: Nombre de lits disponibles



Source : Données de terrain, Décembre 2013

L'analyse de ce graphique montre que le nombre de lits disponibles est largement inférieur. Une fois qu'un bâtiment est affecté à un dokodo, ce dernier doit automatiquement avoir les moyens de pouvoir se payer un accès au gîte dans les vingt-quatre heures de son arrivée. Autrement celui-ci est soumis aux corvées. Non seulement les corvées sont les premiers et les derniers travaux de la journée mais aussi elles sont conditionnées au manque de gîte c'est-à-dire dormir en champ à même le sol. Il leur est matériellement impossible de pouvoir bien s'allonger pour dormir compte tenu de l'exiguïté de l'espace. Chaque nuit, bon nombre d'entre eux dorment assis dans les conditions inconfortables (dormir dans le champ : un terme péjoratif couramment employé dans les prisons béninoises qui consiste à se recroqueviller sur soi assis pour dormir). Ainsi, les détenus s'efforcent de s'allonger et ne peuvent effectuer le moindre mouvement ou geste sans perturber leurs codétenus positionnés à gauche, à droite, devant et derrière. Vouloir prendre une position idéale par l'un ou l'autre des détenus est souvent source de bagarre ou de violence à l'intérieur des bâtiments. Ainsi, Douglas l'avait déjà situé plus haut en montrant que la surpopulation en milieu carcéral avait pour conséquence la promiscuité. Cet état

impliquait le comportement pur de l'individu quand il s'agit des règles hygiéniques. Le graphique montre une fois encore que les bâtiments C, D, E, F, G qui sont logés sur la grande cours retrace cette disproportion qui a forcément des répercussions sur l'état de santé des détenus. Après la fermeture des bâtiments à dix-huit heures, il est souvent signalé des cas de suffocation. Deux types de position sont présentés pour montrer comment les détenus dorment. L'image suivante est le premier type de position qui retrace les conditions d'hébergement des détenus d'une prison de Malawi :

Photo 2: Deuxième type de position adopté pour passer la nuit à la PCC.



Source : Santé des prisonniers, santé des voyageurs, Alliance/dpa/dpa.web, 09-12-13, 11h58.

Bien que des efforts soient fournis pour améliorer les conditions de vie de la population carcérale de la PCC, il reste toujours cas défendus dans les clauses des droits de l'homme. A la PCC, les cas sont légions où les détenus se pointent à l'infirmerie pour des problèmes d'inflammation aux pieds ou d'irritation au lendemain de leur incarcération.

28. Bâtiment spécial (isolé)

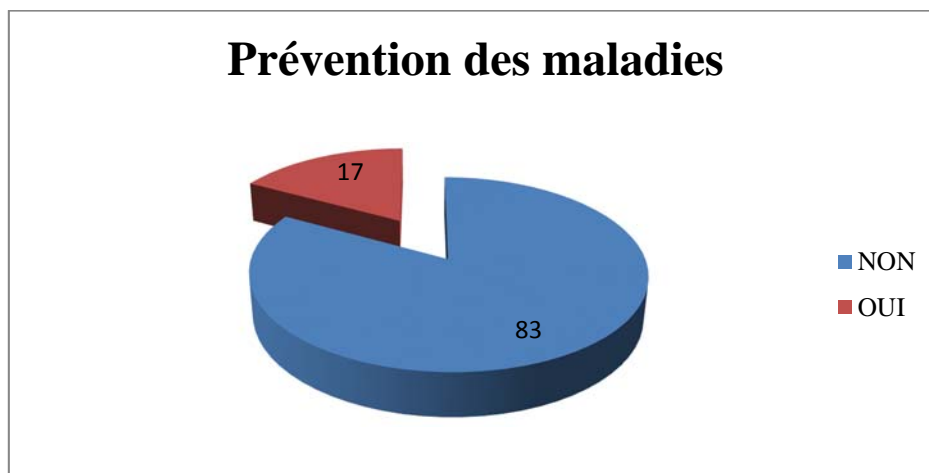
Ce bâtiment isolé est le réceptacle de tous les malades jugés critiques des autres bâtiments. Quand un malade est déclaré "agent vecteur" de maladies contagieuses ou tout autre type de maladie, il est envoyé directement dans ce bâtiment qui est réservé à cet effet. Les types de maladies recensés sont : hernie (interne ou externe), maladie mentale, asthme, VIH-Sida, cirrhose de foie, fracture de membres inférieurs ou supérieurs, tuberculose, vitriolage, hypertension, bronchite, paludisme grave et épilepsie. Depuis que ce bâtiment est créé, l'effectif varie de dix-huit à cent vingt et un. Cet effectif est stabilisé courant le mois de décembre à vingt-neuf détenus. Un de ces malades atteint de l'ulcère de Buruli est en court de transfert à la prison civile de Lokossa.

A l'instar de quelques autres bâtiments, la question d'hygiène ici reste une préoccupation majeure. Les efforts fournis par le chef bâtiment pour rendre propre l'intérieur du bâtiment ne sont pas suffisants. Certains produits d'hygiène tels que le crésyl, le savon "Palmida", l'eau de Javel, la serpillière donnés aux bâtiments auparavant par mois ne sont plus servis. Ceux-ci peuvent être servis après des mois de plus en petit nombre. Ces produits proviennent souvent des dons soit par la Mairie de Cotonou soit par les particuliers ou du Ministère de tutelle(Justice). Au-delà de toutes ces considérations, il convient de rappeler que par quinzaine, mensuel, bimensuel ou trimestriel, les pains de savon (deux) sont donnés à chaque détenu pour se laver. La configuration des individus de ce bâtiment montre des tuberculeux, des séropositifs, des types d'hépatite des malades mentaux, des asthmatiques ou des handicapés en convalescence. Cet isolement temporaire reçoit d'abord l'avis favorable du chef service-santé de la prison civile de Cotonou. L'effectif de ce bâtiment est rigoureusement suivi de peur qu'il ne devienne source d'autres maladies.

29. Système de prévention des maladies

Ce système est un dispositif qui consiste à prévenir les cas de maladie. La prévention en matière de santé repose sur trois piliers fondamentaux : la sensibilisation, l'implication de chaque individu et la formation de l'ensemble des professionnels concernés. Dans ce système de prévention, il s'agit de promouvoir des saines habitudes de vie avec un environnement favorable, assurer l'accès à des services spécialisés à la prison civile de Cotonou. Ce dispositif consiste également à mettre en place un système de détection précoce des maladies suivi d'une couverture vaccinale, promouvoir les logements salubres. Il faut assurer une alimentation de qualité et de quantité, assurer le suivi de chaque détenu en construisant un véritable parcours de prévention en s'appuyant sur les échéances médicales programmées. Il faut également développer des campagnes d'information qui favorisent une meilleure appropriation des messages de prévention, le contrôle de produits psychoactifs, chimiques ou allergènes et enfin l'automédication. Existe-il ce système à la PCC ? Au moins, deux réponses ont été données par les informateurs à ce propos telle que présentées par la figure suivante :

Figure 1: Système de prévention des maladies



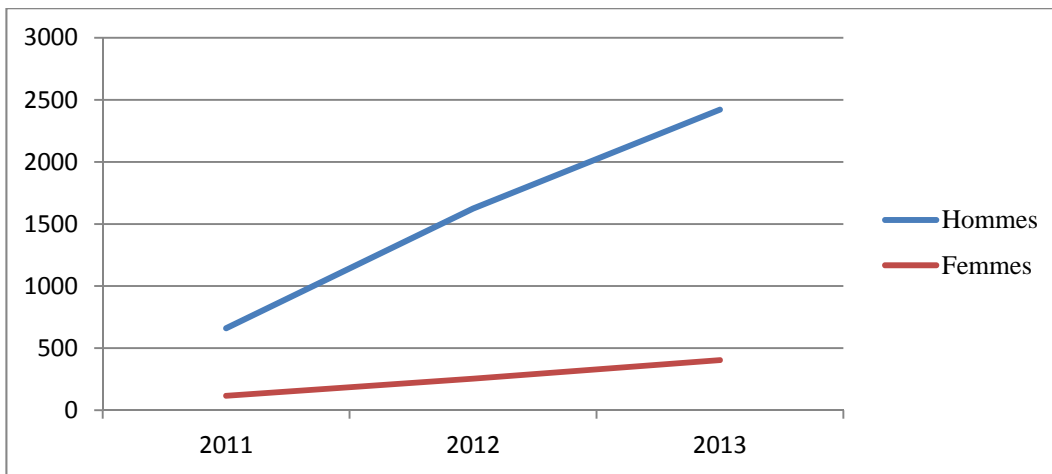
Source : Données de terrain, Décembre 2013

La figure montre que 83% des informateurs déclarent qu'il n'existe pas un dispositif formel de prévention des maladies à la PCC tandis que les 17% soutiennent le contraire. Pour les 83%, les prérequis cités plus haut ne sont pas respectés. Tous ces éléments participent à éviter et à prévenir les maladies. Or, le constat est tout autre. Un élément du système de prévention le plus élémentaire fait défaut. Il s'agit par exemple de la moustiquaire qui permet de se protéger contre les anophèles. Alors, ce système de prévention des maladies ne permet pas de réduire le taux de fréquentation des détenus au niveau de l'infirmierie.

Pour les 17%, un effort est consenti quant à la propreté de leur environnement immédiat. Bien que la fourniture de savon (Palmida, Omo), d'eau de Javel et de crésyl ne soit plus régulière de la part de l'administration, les détenus ne se sont jamais lassés de l'entretien de leur environnement. Les frais payés par les nouveaux venus sont justement destinés à régler une partie de ces problèmes sans pour autant occulter les autres besoins. De même, il y a par moment des campagnes de vaccination. C'est ainsi que le vingt-quatre septembre deux mille neuf, la PCC a reçu les agents de santé pour la campagne de vaccination, un système préventif contre la fièvre jaune. Il est noté au cours de cette opération que le renouvellement de cette vaccination a une durée de dix ans. Au regard de ces informations, il y a lieu d'affirmer qu'il y a un système de prévention des maladies qui permet de réduire le taux de fréquentation des détenus à l'infirmierie.

Il découle de ces deux positions, au-delà des arguments avancés qu'il n'y a pas un système de prévention des maladies à la PCC. Au lieu d'être un travail collectif, le système se réduit à une recherche individuelle du maintien de santé. Le graphique suivant indique le taux de fréquentation des malades sur les trois dernières années.

Graphique 5: Taux de fréquentation à l'infirmierie entre plusieurs périodes



Source : Données de terrain, Décembre 2013

Le graphique ci-dessous montre les taux de détenus ayant fréquenté l'infirmierie de la PCC sur les années 2011, 2012 et 2013. Les deux courbes augmentent progressivement sur les trois années. Au cours de l'année 2011, 660 hommes et 116 femmes ont fréquenté l'infirmierie tandis que 1625 hommes et 254 femmes l'ont également fait durant l'année 2012. Enfin, en 2013, 2422 hommes et 403 femmes ont aussi pris par les couloirs de l'infirmierie de la PCC. Cependant, l'analyse de ce graphe indique qu'au fur et à mesure que les matériels manquent ou les besoins sont exprimés, la fréquentation des malades à l'infirmierie augmente. Or, s'il y avait un système de prévention des maladies, le taux de fréquentation devrait normalement diminuer malgré la spécificité des milieux carcéraux qui consistent à être favorables aux proliférations des gènes pathogènes. A l'absence de ce système, beaucoup de malades viennent se consulter à l'infirmierie. Plusieurs autres raisons expliquent cette situation. En se référant à la variable sexe (Cf. page 40), la situation carcérale montre déjà une forte disparité entre les deux sexes. Cet effectif des femmes est largement inférieur à la capacité d'accueil du quartier des femmes. Au même moment chez les hommes, le moindre espace est occupé. Il s'en que le manque d'espace

engendre la promiscuité qui à son tour devient un facteur de transmission ou de prolifération de différentes sortes de maladies.

30. Clinique foraine à la PCC

Ce sont des opérations que des structures extérieures indépendantes mènent à l'intérieur de la prison en vue de soulager un tant soit peu les peines des détenus. C'est ainsi que les journées du sept et huit août ont été occupées par l'Eglise Baptiste du Bénin en collaboration avec une organisation américaine spécialisée dans les œuvres humanitaires. Alors, cette opération a consisté à consulter les détenus en particulier les malades. Dès lors, l'infirmierie n'avait pas fonctionné car les infirmières qui étaient de garde ces jours-là se sont jointes à l'opération. Celle-ci a surtout permis de faire une opération d'enlèvement de dents aux malades souffrant de la carie dentaire, de faire des pansements et de donner gratuitement des médicaments. Les deux jours n'ont point suffire pour prendre en charge le quart de l'effectif carcéral. Le tableau suivant indique le nombre de personnes ayant participé à l'opération :

Tableau IX : *Récapitulatif des détenus ayant participé à la clinique foraine*

| Age \ Variables | Sexe | | Nombre de patients |
|-----------------|------|----|--------------------|
| | M | F | |
|] 10 ; 20] | 28 | 11 | 39 |
|] 20 ; 30] | 95 | 11 | 106 |
|] 30 ; 40] | 90 | 08 | 98 |
|] 40 ; 50] | 63 | 04 | 67 |
|] 50 ; 60] | 22 | 02 | 24 |
|] 60 ; +∞ [| 05 | 00 | 05 |
| Total | 303 | 36 | 339 |

Source : Données de terrain, Décembre 2013

L'analyse du tableau montre que les tranches d'âge] 20 ; 30],] 30 ; 40] et] 40 ; 50] regroupent à elles seules les trois quart de l'effectif total. Or, ces tranches représentent la jeunesse qui constitue les bras valides de la société. Et cette configuration reste apparente dans toutes les statistiques liées à la vie sociale, économique, religieuse et culturelle de la PCC. En tenant compte de la variable sexe, les femmes de]10 ; 30] constituent un nombre important de celles qui avaient participé à l'opération. Au lendemain de cette opération, plusieurs de ceux dont les dents ont été enlevées se sont accourus vers la structure. Les effets secondaires de cet enlèvement de dents ont donné de fil à retordre à l'agent qui était au poste. Les cas de tuméfaction de la mâchoire due à l'ablation ont été enregistrés.

L'offre des services donnés à la PCC reste toujours segmentaire comparativement à ceux reçus à l'extérieur. Au dehors, les soins reçus sont d'ordre général en ce sens que le malade a la possibilité de se référer au centre de son choix. Il reçoit un traitement suivi et les recommandations de son médecin traitant. Au lendemain de cette opération, beaucoup de cas surtout liés à la tuméfaction de la mâchoire ont été signalés à l'infirmerie. Or, il n'existe pas un spécialiste ou des matériels adéquats pour prendre en charge ces cas. Ainsi, ces malades sont laissés pour leur compte. Ils reçoivent simplement du paracétamol pour leur joue gonflée parce qu'il n'y a pas autre solution.

31. Enjeux autour de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle à la Prison Civile de Cotonou: la plaie de Sylvain

La collaboration des deux sphères (la médecine moderne et la médecine traditionnelle) s'avère nécessaire en ce sens qu'elle est d'actualité. Peut-elle être encouragée même en milieu pénitentiaire ? Il ne revient pas à un chercheur dans ce contexte de répondre à cette interrogation mais de constater seulement les faits. Dans un précédent travail, l'entrée de certains éléments entrant dans la fabrication des remèdes thérapeutiques est interdite à la PCC (Dohou, 2012 : 74-75). En effet, ce détenu a une plaie à l'avant-bras qu'il trimbalait depuis le dehors. Une fois à l'intérieur, la plaie a commencé par prendre de l'ampleur à tel point où les médicaments formels n'ont point d'effet sur ce mal encombrant. Comme en Afrique, les connaissances thérapeutiques sont transmises oralement de génération en génération comme l'a montré (Olivier de Sardan, 1999) en parlant des remèdes de grand-mère. Le détenu s'est alors rapproché d'un vieux (détenu) qui prétend détenir des secrets pour son mal. Après avoir déboursé sept mille cinq cent (7.500) FCFA avec l'appui des codétenus, le traitement commença enfin. Quelques temps après, les résultats escomptés ne sont pas au rendez-vous. Il se redirige une fois encore vers le traitement formel qui lui reproche son instabilité. Pour bien illustrer cette réalité, il serait intéressant de revenir ici sur le travail de (Adolphe Kpatchavi, 1999) où il parle de l'abcès du Sous-Préfet, le traitement pluriel infligé à ce mal par "Hooto", le médecin, le chercheur et le devin guérisseur "Yao". Cette diversité de traitements renvoie aux différentes représentations sociales de la maladie. Elle rend aussi compte de la réalité sociologique de l'Afrique. Le parallélisme de cet aspect se retrouve également sur le plan religieux où plusieurs religions sont parcourues en vue d'atteindre un objectif précis. La satisfaction est le fil conducteur de toute action humaine. L'auteur (Montoussé et al, 2006 : 48) ont remarqué que : « *les actions remplissent des fonctions... Leur fonction essentielle, nous dit Parsons, est à la*

fois d'intégrer l'individu dans la société et de contribuer au maintien de cette société ». L'homme converge toute son action dans le temps et dans l'espace si et seulement s'il obtient satisfaction comme finalité. De l'autre, si la satisfaction n'est pas obtenue, il redirige son action. Bref, après plusieurs renvois de l'infirmerie suite à sa position, le malade est finalement accepté car il est revenu avec une crise plus grave. Il était enfin diagnostiqué que la maladie était provoquée par une mycobactérie.

L'ulcère de Buruli est une maladie provoquée par une mycobactérie présente dans l'environnement, *Mycobacterium ulcerans* qui appartient à la même famille que les bactéries responsables de la tuberculose et de la lèpre. L'ulcère de Buruli est une maladie chronique débilante de la peau et des tissus mous pouvant entraîner des déformations et des incapacités permanentes. Le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Ghana sont les pays les plus touchés dans la sous-région (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/fr/>,28-02-2014).

L'ulcère de Buruli demeure une affection dont la prise en charge constitue un fardeau pour le ménage des patients. Il bénéficie relativement peu de soutien des institutions publiques, sa prise en charge est confrontée à d'énormes difficultés. L'ulcère de Buruli touche davantage les populations des milieux pauvres et son traitement très contraignant est réservé à des centres spécialisés (Grietens et al, 2008). C'est une maladie qui se développe d'habitude dans les zones rurales. Elle n'est pas connue dans les milieux urbains par surcroît apparaît dans un milieu carcéral. L'apparition de cette maladie dans un milieu clos rend encore plus difficile les tâches des soignants.

Après plusieurs transferts au CNHU, il est diagnostiqué qu'il s'agissait de l'ulcère de Buruli. Il s'en suit alors que, les traitements formel et informel donnés à ce patient à la PCC n'ont pas réussi à guérir ce mal dans ce contexte. Ces traitements ont tous deux des insuffisances, d'une part le milieu n'est pas propice à l'utilisation de tout l'arsenal qui rentre dans le traitement traditionnel

et d'autre part il n'existe pas un plateau technique adapté à l'infirmierie de la PCC en vue de prendre en charge convenablement ce malade. Même si c'était le cas, plusieurs fois transféré au CNHU, Sylvain n'a toujours pas eu satisfaction. Après diagnostic, il est décidé de l'envoyer à Lalo (c'est un centre de dépistage et de traitement de l'Ulcère de Buruli. Il y en a au total quatre au Bénin à savoir : le centre d'Allada, de Lalo, de Pobè, et de Zangnanado.). Pour des raisons de sécurité, la procédure de transfert n'a pas été active. Elle a duré au moins trois mois avant que la décision de transfert soit prise. Pour des raisons de distance, le détenu est placé d'abord dans la maison d'arrêt de Lokossa en vue de le rapprocher de son centre de traitement.

Les derniers temps passés à la prison civile de Cotonou, Sylvain est stigmatisé (Goffman, 1975), étiqueté par ses codétenus. Selon Goffman, un stigmaté est un attribut qui jette un discrédit, une étiquette sur les individus ou sur la personne qui en est affligée. La stigmatisation est le fait produit de l'interaction entre les individus dits de normaux et ceux dits de stigmatisés. Goffman a montré que la stigmatisation, comme tout fait social d'ailleurs, n'est pas une donnée mais un processus qui se construit en situations. Le stigmaté est alors l'écart entre l'attribut et les attentes normatives de la société à l'égard de l'individu. Cela fait appel ainsi à l'identité sociale de l'individu qu'il ne faudra pas confondre avec le statut social de ce même individu. A y voir de près, Sylvain n'est pas seulement stigmatisé par ses codétenus mais aussi par le personnel soignant en passant par ses propres parents à travers son rejet. En le voyant venir dans le bloc infirmier, les agents de sécurité sont les premiers à lui couper l'accès. Même s'il est admis à l'intérieur, le collaborateur du personnel ou l'agent de garde ne fait que répéter : « le major n'est pas là », « je n'ai pas de médicaments », « il faut revenir voir le major » ou encore « toi, il faut partir »...

Et, le mal de Sylvain ne lui donnait plus de répit. Il était toujours plaintif et difficilement accepté par ses batimentaires. Le bras toujours couvert

de pagné, la maladie lui rongeaient peu à peu la chair sur le corps. Il vivait grâce aux œuvres de bonnes volontés car les parents ne lui rendaient plus visite. Enfin, Sylvain est placé en détention à la prison civile de Lokossa afin de le rapprocher encore plus de son centre de traitement. Après deux consultations dans ce centre avec la sécurité renforcée et pour une ultime décision, Sylvain alors les moyens de s'échapper du centre. C'est dans cette courte poursuite que les furent faites : Sylvain est abattu.

L'histoire de Sylvain est une infirme partie des réalités de la vie quotidienne des détenus de la prison civile de Cotonou. Manque de satisfaction par surcroit absence de dispositif spécifique et adéquat pouvant permettre de prendre en charge les besoins des détenus est au cœur de cette tragédie. Les raisons sociales (absence de visite) et économiques viennent entretenir les discours qui entrent dans cette histoire de Sylvain.

CONCLUSION

Ce travail se situe dans un champ de recherche encore exploratoire et se nourrit des recherches de terrain dans ce cadre spécifique en particulier au Bénin. La recherche porte en effet sur « Question pour une sociologie de l'offre des services de santé à la prison civile de Cotonou ». Ainsi, dans ce cadre, il est mis en exergue la problématique de la santé en milieu pénitentiaire.

En effet, la prison en tant que dispositif de privation de liberté, ménage les individus à l'adaptation. Les détenus sont soumis à une contrainte comportementale qui consiste à ne point buter les interdits. Dans cet environnement de perte de liberté et de soumission quotidienne apparaît la défaillance somatique des pensionnaires.

Ainsi, la prise en charge sanitaire des détenus nécessite la connaissance de l'état de santé des personnes qui arrivent en prison. Donc, une unité de consultation constituée à cet effet pour recevoir les nouveaux venus afin d'agir positivement sur le déséquilibre sanitaire des détenus. Les consultations fréquentes sollicitées permettent de prévenir à temps réel les maladies ou de passer au traitement approfondi de celles-ci. D'ailleurs, les actions menées dans ce cadre par les professionnels sont appréciées par les bénéficiaires. Toutefois, les difficultés enregistrées sont notamment liées au manque de médicaments et de matériels de travail des soignants.

La prise en charge sanitaire en général des individus incarcérés relève de la compétence de l'établissement pénitentiaire. Les données du terrain ont montré en effet que cette prise en charge a une portée limitée. Les détenus malades qui sont transférés de la prison civile de Cotonou vers les autres centres ne bénéficient pas de la totalité de cette prise en charge. Elle ne couvre pas les frais de médicaments, d'opérations chirurgicales, de scanning, de radiographie et examens en cas de maladie des détenus. Or, cette prise charge est conçue spécialement pour ces cas éventuels. Il en découle alors que cette prise en charge

est théorique et son applicabilité rencontre de difficulté. Elle ne permet pas donc de diminuer la souffrance des populations carcérales.

En privilégiant notamment la construction d'un parcours de prévention dans le milieu carcéral tout en promouvant une responsabilité collective, cet avis a le mérite de situer la prévention dans la problématique de santé en milieu carcéral, même s'il peut être déploré une certaine retenue dans les développements plus strictement économiques. La détention des personnes dans les établissements carcéraux est pourtant une occasion de proposer des services de prévention. Il s'agit donc de milieux propices pour mener des actions préventives. Ce système de prévention des maladies, bien qu'il soit presque évidemment absent dans la prison civile de Cotonou, a pourtant de mérite. Dans ces conditions, l'état actuel de ce système n'a pas d'impact positif sur la santé des détenus. Le taux de fréquentation des malades à l'infirmerie a largement augmenté pendant ces dernières années. Alors, toutes les actions menées par les acteurs visent les mesures curatives. C'est donc dans un esprit de réactivité que le système sanitaire de la prison civile de Cotonou évolue.

Dans une approche perspective, les points forts d'une probable réforme doit consister à aborder les soins dans toutes leurs dimensions, curatives, préventives et éducatives dans le milieu carcéral. Elle donne donc une place importante aux démarches d'éducation pour la santé, susceptibles de mener les personnes détenues à une meilleure prise en charge par elles-mêmes de leur santé. Dans ce cadre, le but de l'éducation pour la santé est de mettre en place un projet global associant les personnes détenues, les professionnels sanitaires et sociaux, et les personnels pénitentiaires, afin de promouvoir la santé en prison. Pour la conception et la mise en œuvre de ce projet, un partenariat avec les associations et organismes de santé publique, permet de bénéficier d'un appui méthodologique dans le suivi et la réalisation des actions pour une meilleure qualité et une plus grande efficacité des interventions. Et, dans ce partenariat devait exister un document retraçant le parcours clinique des malades

car la communication est au cœur de toute œuvre parfaite. Ce lien avec les réseaux d'acteurs du milieu libre permet aussi d'assurer d'éventuels relais pour une continuité de la prise en charge des personnes, après la sortie de prison.

De tout ce qui précède, ce travail n'ayant pas abordé tous les aspects sociaux, il urge de s'interroger sur quelques-uns. Les milieux carcéraux au Bénin constituent-ils les lieux de pénitence et d'amendement ? Quels dispositifs pour la réinsertion sociale des détenus à leur sortie ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABDELMALEK, A., A., et GERARD, J.-L., 2001, *Sciences Humaines et soins*, Paris, 2^{ème} édition Masson, 388 pages.

BESSIN, M. et LECHIEN, M.-H., 2000, *Soignants et malades incarcérés : Conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Paris, EHESS, Centre de sociologie européenne, Ronéo. 427 pages.

CASTELAIN, J.-P., 1987, *Ethnomédecine, ethnoscience et anthropologie de la maladie in « Cahiers de sociologie économique et culturelle, ethnopsychologie »*, Havre, Revue internationale.

COMBESSIE, Ph., 2009, *Sociologie de la prison*, Paris: La Découverte, coll. Repères, 126 pages.

COUGOUL, J.-L., 2010, *Soignants en prison : un impossible ? Analyse d'une adaptation professionnelle problématique en situation paradoxale*, Clermont-Ferrand, ITSRA, 175 pages.

CROZIER, M., et FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système – les contraintes de l'action collective*, Paris : Seuil, 436 pages.

de ROSNAY, J., 1975, *Le microscope*, Paris, Seuil, Collection Civilisation, 314 pages.

DUBOIS de MONTREYNAUD, J.M., 1980, *Un médecin à l'écoute du malade*, Paris, Les éditions du Cerf, 136 pages.

FAUGERON, C., le BOULAIRE, J.-M., 1992, *Prisons, peines de prison et Ordre public in « Revue Française de Sociologie »*, vol. XXXIII, n° 1.

FAYOMI, E.B., et al, 1996, *Vente illicite d'antibiotique au marché international de Dantokpa de Cotonou. Un grave problème de santé publique*, in « *Médecine infectieuse* », Paris : revue de la santé de pathologie de la langue française, N°26.

GENTIS, R., 1971, *Guérir la vie*, Paris, édition François MASPERO, 110 pages.

GOFFMAN, E., 1968, *Asiles, études sur la condition sociale des malades*

Mentaux et autres reclus, Paris : Éditions de Minuit, 451 pages.

GOFFMAN, E., 1975, *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps* Paris, édition Minuit, 176 pages.

GUILLIEN R. et Al, 2001, *Lexique de Termes Juridiques*, Paris, 13^{ème} édition Dalloz, 699 pages.

KPATCHAVI, C., A. 1999, *Maladie, savoir et itinéraires thérapeutiques in « Savoirs “locaux“ sur la maladie chez les Gbé au Bénin : Le cas du paludisme. Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé »*, Thèse de Doctorat, Université de Fribourg, 221 pages.

MANZANERA, C., **SENON**, J.-L., 2004, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques*, Poitiers, La Milettrie.

MARITOUX, J., 1995, *Médicaments d'urgence dans les dispensaires et centres de santé*, in « *Revue Développement et Santé* », Paris, édition John Libbey Eurotex, 30 pages.

MONTOUSSE, M., et **RENOUARD**, G., 2006, *100 fiches pour comprendre la sociologie*, Rosny-sous-Bois, 3^{ème} édition Bréal, 233 pages.

MOUQUET, M.-C., et Al, 1999, *La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque*. Paris : Drees, *Études et résultats*, n° 4.

OLIVIER de SARDAN, J.-P. et Al, 1999, *La construction sociale des maladies: les entités populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris: PUF, 374 pages.

OLIVIER de SARDAN, J.-P., 2006, *Le dictionnaire des sciences humaines*, Mesure S. & Savidan P. Paris, PUF.

Pamplona-Roger, G., 2000, *Santé par les plantes médicinales*, Madrid, Editorial Safeliz, 383 pages.

PEETERS GRIETENS K., Um **BOOCK** A., et al., 2008, “*It Is Me Who Endures but My Family That Suffers*’’: *Social Isolation as a Consequence of the Household Cost Burden of Buruli Ulcer Free of Charge Hospital Treatment*. PLoS Negl Trop Dis 2(10): e321. doi:10.1371/journal.pntd.0000321.

PRYEN, S. 1999, *Stigmate et Métier : une approche sociologique de la prostitution de rue*, Rennes, PUR, 231pages.

RENAULT, E., 2008, *Souffrances sociales, Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte, 406 pages.

SILLONVILLE, F., 1985, *Guide la santé au village*, Paris, KARTHALA, 204 pages.

Ouvrages des organismes et manuscrits

DOHOU, P., 2012, *Les pratiques religieuses chez les détenus de la Prison Civile de Cotonou*, UAC, FLASH, 89 pages.

O.M.S, 1987, *Hôpital et Santé pour Tous*, R.T.N° 744, O.M.S éditions, Genève.

PCC, 2007, Plan de Sécurité et de Surveillance de la Prison Civile de Cotonou, N°003/4-PCC

TARIMD, E., 1990, *Pour une meilleure santé au niveau du district : Comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires*, O.M.S éditions, Genève, document S.H.S N°2.

Web graphie

Site web de PRI : www.penalreform.org, 26 mai 2013, 21h47mn

<http://www.dw.de/une-cour-pour-d%C3%A9fendre-les-droits-des-africains/a-17262694>, 22-01-2014, 22h00.

URL: www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2000-1-page-71.htm, 27-02-2014, 10h11mn.

www.antonioacasella.eu/archipsy/manzanera_senon_2004;23-02-2014, 11h05mn

upo.ulb.ac.be/wp-content/uploads/2010/03/Sylin-ITID, 23-02-2014, 13h25mn

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/fr/>,28-02-2014

fr.wikipedia.org/wiki/Fon-gbe#Bibliographie, 09-07-2014, 09h24mn

www.google.fr/search?q=prison,07/08/2014,12h14mn

www.pressedubenin.info,07/08/2014,14h58mn

ANNEXES

Guide d'entretien à l'endroit des infirmiers

Notre entretien de ce jour a pour but de recueillir des informations auprès de vous sur les relations que vous entretenez avec les infirmiers sur le plan des soins de santé. Il sera aussi question de soulever les problèmes qui se posent au moment du transfert d'un malade dans un hôpital de référence pour poursuivre le traitement sans occulter l'organisation et le fonctionnement de l'infirmierie.

1- Organisation et fonctionnement

- Nombre d'infirmiers ou de médecins à disposition
- Tour de garde
- Disponibilité du matériel de travail
- Approvisionnement des médicaments
- Moyens de transferts

2- Conditions de soins

- Prise en charge par malade ou par l'établissement
- Payement des soins
- Médicaments de base et prix éventuels
- Différents types d'ordre reçu de la hiérarchie
- Homme politique malade
- Evacuation sanitaire
- Système de prévention des maladies

3- Différents types de relation

- Accueil
- Premiers soins
- Hospitalisation

Guide d'entretien à l'endroit des détenus

Notre entretien de ce jour a pour but de recueillir des informations auprès de vous sur les relations que vous entretenez avec les infirmiers sur le plan des soins de santé. Il sera aussi question de soulever les problèmes qui se posent au moment du transfert d'un malade dans un hôpital de référence pour poursuivre le traitement sans occulter l'organisation et le fonctionnement de l'infirmierie.

4- Organisation et fonctionnement

- Nombre d'infirmiers ou de médecins traitant
- Tour de garde
- Disponibilité du matériel de travail
- Approvisionnement des médicaments
- Moyens de transferts

5- Conditions de soins

- Prise en charge par malade ou par l'établissement
- Payement des soins
- Médicaments de base et prix éventuels
- Homme politique malade
- Evacuation sanitaire
- Prise en charge
- Système de prévention des maladies

6- Différents types de relation

- Accueil
- Premiers soins
- Hospitalisation

Guide d'Observation

Qui observer ?

- Les soignants et les soignés.

Quoi observer ?

- L'accueil, les soins, l'hospitalisation, l'équipement, la disponibilité des médicaments, le cadre d'hospitalisation (la disposition spatiale).
- Le nombre de malades qui fréquent l'infirmierie par jour.
- Le rôle joué par chaque acteur.
- Le mode d'évacuation sanitaire.

Quand observer ?

- Fixer un début et une fin de chaque consultation ou chaque hospitalisation.

Comment observer ?

- Observation directe.

Où observer ?

- L'infirmierie, les malades dans les bâtiments, suivre les transférés au CNHU.

Pourquoi observer ?

- Compléter les informations données lors des entretiens.

Quoi écouter ?

- Le dialogue.

Fiche de lecture

| Références de l'auteur | Grandes idées | Mots clés | Citations | Commentaires |
|------------------------|---------------|-----------|-----------|--------------|
| Nom de l'auteur | | | | |
| Année d'édition | | | | |
| Titre de l'ouvrage | | | | |
| Ville d'édition | | | | |
| Maison d'édition | | | | |
| Nombre de pages | | | | |
| Cote | | | | |

Source : Résultats de l'enquête de terrain, 2013.

Chronogramme d'activités

C'est le résumé des grandes étapes qui ont été parcourues pour la réalisation de cette recherche. Il se présente en huit (08) points à savoir :

- la formulation du sujet de recherche ;
- la recherche documentaire ;
- l'élaboration des outils de collecte de données ;
- le pré enquête ;
- la correction des outils de collecte des données ;
- la collecte des données sur le terrain ;
- le dépouillement, l'analyse des données ;
- la rédaction proprement dite du document ainsi que les corrections finales.

Tableau X : Chronogramme détaillé de la recherche

| N° | Activités | Périodicité | Observations |
|----|-----------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Formulation du sujet de recherche | 16 au 30 Déc 2012 | - |
| 2 | Etude documentaire | 02 Juin au 25 Juillet 2013 | Elle s'est faite dans les centres de documentation ci-après : centre de documentation de la FLASH, bibliothèque central de l'UAC, bibliothèque principale de l'ENAM, centre d'étude et de documentation d'AKPAKPA, Centre Béninois de la Recherche Scientifique et Technique, bibliothèque de la Fraternité Saint Dominique de Cotonou |
| 3 | Elaboration des outils de collecte de données | 25 Juillet au 05 Août. 2013 | Il s'agit ici de l'élaboration des guides d'entretien et de la grille d'observation. |
| 4 | Pré enquête | 08 au 21 Août 2013 | Elle s'est effectuée auprès d'un échantillon de détenus dans la PCC. |
| 5 | Correction des outils de collecte de données | 22 au 30 Août 2013 | - |
| 6 | Collecte de données sur le terrain | 08 Sept au 08 Déc 2013 | Elle s'est déroulée au sein de la PCC. |
| 7 | Dépouillement et analyse des données | 10 au 18 Déc 2013 | - |
| 8 | La rédaction du document et les corrections finales | 20 Déc 2013 au 20 Jan 2014 | La rédaction du document a consisté en une harmonisation des lectures et des données recueillies sur le terrain. |

Source : Données de terrain, Mai 2013

TABLE DES MATIERES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sommaire | 2 |
| Dédicace | 3 |
| Remerciement | 4 |
| Sigles et Acronymes..... | 5 |
| Liste des tableaux..... | 6 |
| Liste des graphiques | 6 |
| Liste des Photos | 7 |
| Liste des encadrés | 7 |
| Liste de figures..... | 7 |
| Note sur la monnaie, les transcriptions et les photos..... | 8 |
| Résumé | 9 |
| Abstract..... | 10 |
| INTRODUCTION GENERALE | 11 |
| 1^{ère} Partie : La prison civile de Cotonou : un champ d'étude de l'offre des services de santé : cadres théorique et méthodologique de la recherche... | 14 |
| Chapitre I : Cadre théorique de la recherche | 15 |
| 1- Problématique | 15 |
| 2- Hypothèse Principale..... | 18 |
| 2.1. Hypothèses Spécifiques..... | 18 |
| 3- Objectif Principale | 18 |
| 3.1. Objectifs Spécifiques..... | 19 |
| 4- Etat actuel de la question..... | 19 |
| 5- Pertinence de la recherche..... | 26 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6- Délimitation thématique..... | 26 |
| 7- Clarification conceptuelle..... | 27 |
| 8- Modèle théorique d'analyse..... | 38 |
| Chapitre II : Cadre Méthodologique | 30 |
| 9- Présentation du cadre de la recherche..... | 30 |
| 9.1- Cadre physique..... | 30 |
| 9.2- Itinéraire méthodologique de la recherche..... | 31 |
| 9.2.1-Nature de la recherche..... | 31 |
| 9.2.2-Recherche documentaire..... | 31 |
| 10- Groupes cibles et recrutement des informateurs..... | 32 |
| 10.1- Groupes cibles | 32 |
| 10.2-Techniques d'échantillonnage (choix des informateurs)..... | 34 |
| 10.3- Taille des informateurs..... | 34 |
| 11- Techniques et outils de collecte des données..... | 36 |
| 12- Technique de dépouillement et de traitement des données..... | 37 |
| 2^{ème} Partie : Minima sociaux et usages des soins à la prison civile de Cotonou..... | 38 |
| Chapitre III : Organisation et fonctionnement de la prison civile de Cotonou..... | 39 |
| 13- Aspect historique de la prison civile de Cotonou..... | 39 |
| 14- Organigramme de la prison civile de Cotonou..... | 41 |
| 15- Aspect socioéconomique à l'intérieur de la prison civile de Cotonou..... | 44 |
| 16- Acteurs sociaux et cadres de jeux..... | 45 |
| 16.1- Acteurs sociaux..... | 45 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|
| 16.2- | Cadre de jeux..... | 45 |
| 16.3- | Cadre de jeux de la structure sanitaire..... | 47 |
| 17- | Acteurs et enjeux..... | 47 |
| 17.1- | Acteurs..... | 47 |
| 17.1.1- | Acteurs principaux : Les infirmiers..... | 47 |
| 17.1.2- | Acteurs secondaires | 48 |
| 17.2- | Une journée type à l'infirmerie..... | 49 |
| 17.3- | Programmation des rôles..... | 51 |
| 17.3.1- | Rôle des acteurs dans le fonctionnement du système..... | 51 |
| 17.3.2- | Quelques enjeux liés au fonctionnement du système..... | 52 |
| 18- | Accueil | 53 |
| 18.1- | Visite médicale de nouveaux détenus à la PCC..... | 53 |
| 18.2- | Avant la consultation..... | 54 |
| 18.3- | Communication entre acteurs..... | 55 |
| 18.4- | Après la consultation..... | 57 |
| 18.5- | Communication socioprofessionnelle | 57 |
| 19- | Maintien de la santé..... | 58 |
| Chapitre IV : Aspects sociaux et techniques de la prise en charge..... | | 60 |
| 20- | Equipement..... | 60 |
| 21- | Disponibilité des médicaments..... | 61 |
| 22- | Marché parallèle de médicaments..... | 62 |
| 23- | Carnets de consultation..... | 63 |
| 24- | « ama si » : la tisane de Vigan..... | 64 |
| 25- | Référence et contre référence..... | 65 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 25.1- Transfert des patients..... | 65 |
| 25.2- Détenu négociateur..... | 68 |
| 26-Ration alimentaire..... | 71 |
| 27-Surpopulation carcérale : Un enjeu social et économique..... | 74 |
| 28-Le bâtiment spécial (isolé)..... | 82 |
| 29-Système de prévention des maladies..... | 83 |
| 30-Clinique foraine à la PCC..... | 86 |
| 31-Enjeux autour de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle à la Prison Civile de Cotonou : la plaie de Sylvain..... | 88 |
| CONCLUSION | 92 |
| Références bibliographiques..... | 95 |
| Web graphie..... | 97 |
| Annexes..... | 98 |
| Table des matières..... | 103 |

Questions pour une sociologie de l'offre des services de santé à la prison civile de Cotonou