

## L'impossible gouvernement de la santé en prison? Réflexions à partir de la MACA (Côte d'Ivoire)

Frédéric Le Marcis<sup>1</sup>

**Résumé** *Qui gouverne la santé en prison ? Comment ? Nous proposons de répondre à ces questions à partir d'une enquête ethnographique au long cours menée à la MACA, la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (Côte d'Ivoire). L'analyse du gouvernement de la santé en pratiques ne peut faire l'économie ni d'une contextualisation historique de la prison dans la société ivoirienne, ni d'une analyse de la légitimité actuelle de la prison et des détenus comme objets de politiques spécifiques en Côte d'Ivoire. C'est au regard de ce double contexte qu'il faut analyser le double gouvernement de la prison qui régit la vie à la MACA et sous-tend les valeurs attribuées à la santé dans cet espace. Une étude de cas portant sur le remplacement d'un détenu faisant fonction de chef de bâtiment de l'infirmerie permettra d'illustrer en quoi la reconnaissance de cette forme de vie singulière est une condition nécessaire à une intervention efficace dans le domaine de la santé en prison.*

**Mots clefs** *MACA, Gouvernement, Santé, Prison, Côte d'Ivoire*

---

<sup>1</sup> École Normale Supérieure de Lyon. 15 parvis René-Descartes BP 7000. 69342 Lyon France.  
frederic.lemarcis@ens-lyon.fr

## Introduction

La promotion de la santé en prison repose sur un paradoxe originel: l'univers carcéral comme lieu de privation de liberté est en contradiction avec le principe même de l'éducation à la santé: celui de l'autonomie du patient. Une fois incarcéré, le corps de l'individu est remis à une autorité qui exerce sur lui sa souveraineté. Privé de liberté, l'individu voit sa capacité de prendre des décisions et d'agir également limitée, ou pour le moins cette capacité s'exerce sous contraintes. Au-delà de ce premier paradoxe, d'autres enjeux sous-tendent le gouvernement de la santé en milieu carcéral: ceux-ci ressortent à la dimension macro des politiques encadrant la santé en prison et au statut général de cette dernière comme des détenus et plus largement de leur légitimité respective dans l'espace public, comme cibles de politiques spécifiques relevant de l'Etat providence (éducation, prise en charge sanitaire par exemple). Plus encore, dans des pays à ressources limitées, aborder les politiques sanitaires et sociales en milieu carcéral c'est alimenter la concurrence des causes dans un espace public très largement défavorable à la prison. Dans ce contexte, quels sont les ressorts comme les logiques du gouvernement de la santé dans l'espace carcéral dans les pays du Sud?

A partir d'une enquête au long cours menée au sein de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA), une prison construite dans les années 1980 pour 1500 détenus et en abritant actuellement près de 5000, je propose de montrer comment ces enjeux y influent concrètement sur la prise en charge sanitaire, afin d'alimenter une réflexion plus générale sur les enjeux de la gouvernance de la santé en prison. Après avoir discuté dans un premier temps de la question de la légitimité de la population carcérale comme cible de politiques de santé dans des contextes de ressources sanitaires limitées, on montrera que, pour les bailleurs de fonds soutenant une meilleure prise en charge de la santé en prison, la tâche est difficile dans des pays où, si les conditions de détention sont problématiques, le nombre de détenus reste faible. On montrera ensuite que la santé en prison passe par la reconnaissance d'une multiplicité de pouvoirs qui régissent la prison. Une étude de cas portant sur l'analyse de la négociation concernant le remplacement du détenu faisant fonction de chef du bâtiment (CB) infirmerie constituera la base empirique de la discussion.

## Méthodologie

La réflexion développée dans ce texte repose sur une enquête de terrain au long cours menée dans le cadre d'un programme mis en place par Expertise France (ex-Esther) depuis 2012. Durant trois terrains de 10 à 15 jours menés au sein de la MACA, des observations ainsi que des entretiens formels et informels nonenregistrés ont été menés, tantôt dans les cellules des détenus, tantôt dans la cour, tantôt dans un bureau de l'infirmerie de la prison. Cette recherche s'inscrit dans le programme TB et VIH soutenu à la MACA par Expertise France. L'accès à la prison comme le déroulement des enquêtes sont grandement facilités par cette collaboration. Cette dernière a consisté en une démarche collective basée sur des échanges de questionnements avant, pendant et après l'enquête entre chercheur et acteurs de la santé. L'enquête était fondée sur une posture anthropologique non normative et non évaluative et une observation de « longue durée ». L'ensemble a permis d'appréhender sans a priori le qui, quand, quoi et comment de la santé en prison.

## Penser la santé en prison

Alison Liebling<sup>1</sup> a proposé de dépasser une analyse de la prison à partir de la catégorie abstraite de « respect des droits de l'homme » et suggère de les envisager à l'aune de leur « performance morale », c'est-à-dire non plus en fonction de termes abstraits mais en fonction de la façon dont, selon les prisons, les relations entre détenus et gardiens sont perçues par les détenus comme fondées sur l'équité et la reconnaissance des détenus dans leur dignité. Concrètement, cela se traduit par des formes d'engagement spécifiques visant à répondre à leurs demandes et besoins légitimes. Dans cette optique, la prise en compte des besoins de santé des détenus par les gardiens et plus largement par l'institution carcérale s'inscrit dans des pratiques mettant en acte cette reconnaissance. Alison Liebling souligne l'impact de l'infrastructure des prisons sur la nature de ces relations, invitant à rendre compte des variations des expériences de la prison. Plus récemment, Jefferson et al.<sup>2</sup> ont proposé de développer une approche en termes de « prison climate ». Discutant de ce que pourrait être la santé en milieu carcéral à partir de leur expérience dans le système pénitentiaire de l'état de New York, MacDonald et al.<sup>3</sup> rappellent que: « les objectifs principaux de

la santé en milieu carcéral sont la santé et la sécurité du patient, la santé de la population et les droits humains ».

Par « santé de la population » on entend ici la population carcérale et celle dont cette dernière est issue. La surveillance sanitaire de la population carcérale est ainsi un indicateur du niveau de santé de la population en dehors, une population dont on sait qu'elle est le plus souvent à la périphérie de l'Etat, autant en France<sup>4,5</sup> qu'en Afrique, où les détenus d'origine étrangère ou issus des quartiers populaires sont surreprésentés, que ce soit en Côte d'Ivoire ou en Sierra Leone<sup>6</sup>.

MacDonald et al.<sup>3</sup> soulignent également le problème que pose la double loyauté des agents de santé dans les prisons américaines qui doivent rendre compte à leur patient d'une part et à leur employé (la sécurité de la prison) d'autre part. Si en France la loi du 18 janvier 1994 confie la responsabilité des soins en prison au ministère de la Santé et distingue ainsi fonctions de surveillance et fonctions de soin<sup>7</sup>, à la prison d'Abidjan la question de la double loyauté des acteurs de la santé se pose de manière accrue puisque les soignants peuvent également être des détenus. La confidentialité du soin, déjà difficile à garantir lorsque les soignants sont des professionnels de santé, paraît dès lors relever du vœu pieux, ce que ne manquent pas de souligner les détenus.

Cependant, quels que soient les lieux, des questions récurrentes posées par la santé dans le milieu carcéral sont largement partagées. Ainsi, la synthèse proposée par Homer Venters<sup>8</sup> pour le système de santé carcéral new-yorkais est également pertinente pour la Côte d'Ivoire. Ce dernier insiste sur le problème du financement des soins, sur la nécessité de dépasser le simple screening à l'entrée des détenus et la prise en charge des problèmes de santé graves. Il rappelle également le besoin de former du personnel de santé dédié aux services de correction (ce qui n'est pas le cas dans l'état de New York). Enfin il souligne également le problème de la coordination des soins à l'extérieur et invite à penser les soins à l'extérieur comme alternative à la peine.

Dans un article consacré à la dimension racialisée de la reconnaissance et de la lutte contre les violences sexuelles en prison, Jessi Jackson<sup>8</sup> fait référence à l'entretien que tient Avery Gordon<sup>10</sup> avec Angela Davis à propos de la notion de « Prison industrial complex ». Dans cet entretien, Angela Davis rappelle que le statut de détenu aux Etats-Unis occupe la même place structurelle que l'esclave dans la plantation: un individu sans droits et dont la situation est indissociable de cel-

le de la race. Il est troublant de constater qu'en Côte d'Ivoire également le statut de détenu présente des similitudes fortes avec l'ancien statut d'esclave. A Abidjan ces similitudes se prolongent ainsi jusque dans la mort, puisque les corps des détenus décédés en incarcération sont rarement récupérés par leur famille. C'était également le cas pour la dépouille des individus condamnés à l'esclavage par leur société suite à un forfait. Celle-ci n'était pas récupérée par leur famille, ainsi que le décrit Mémel Foté<sup>11</sup> dans les sociétés forestières ivoiriennes précoloniales.

La prison apparaît dès lors articuler politique de la vie et politique de la mort, ou *necropolitics* pour reprendre le terme forgé par Achille Mbembe<sup>12</sup> et discuté par Jessi Jackson<sup>9</sup>: « Alors que les prisons ont par moment été concernées par le projet biopolitique de discipliner et contrôler les corps afin de créer une citoyenneté saine et plus productive, elles sont également des sites de nécropolitique, excluant certains corps du corps politique de telle manière qu'elles promeuvent des blessures en masse et la mort ». Aussi, interroger la santé en prison suppose d'envisager les pratiques au regard de la façon dont une société donnée envisage prison et détenus et comment ils deviennent un objet de politiques publiques. Par exemple, Lorna Rhodes<sup>13</sup>, à partir de la prise en charge des désordres comportementaux dans le système carcéral américain, analyse la façon dont logiques sanitaires et sécuritaires sont enchevêtrées dans la réponse apportée aux problèmes sanitaires. Mais ces deux logiques dépendent également du paradigme politique dans lequel la prison s'inscrit. Si la santé en prison fait l'objet de manière globale de questions récurrentes, il convient donc d'en saisir les spécificités en fonction de contextes historiques et politiques précis.

### La prison, une éclipse généralisée

Alors que depuis quatre siècles, la prison est devenue une modalité croissante de la gestion des populations dans le monde, finalement peu de travaux de sciences sociales portent sur les prisons<sup>14</sup> et le continent africain ne fait pas exception<sup>15</sup>, hormis l'Afrique Anglophone et notamment l'Afrique du Sud en raison de son histoire coloniale singulière<sup>16</sup> et de l'analyse conjointe des lieux d'enfermement, de la prison aux lieux de prise en charge psychiatrique<sup>17</sup>. L'ouvrage précurseur dirigé par l'historienne Florence Bernault constitue à cet égard une exception remarquable<sup>18</sup>.

### **La prison, une occultation ancienne, un débat restreint à des cercles limités**

Lorsque la prison est introduite sur le continent africain, elle ne fait pas l'objet d'une attention appuyée de la part des autorités coloniales qui dès l'origine témoignent d'un désintérêt pour ce qui s'y passe et comment. La gouvernance des prisons est ainsi dès l'origine confiée aux détenus<sup>18,19</sup>. L'emploi des détenus dans leur propre contrôle, comme dans les champs pénaux, apparaît en effet comme une solution efficace au sous-financement chronique de l'administration pénitentiaire dans les colonies. Alors qu'en Europe la réforme de la peine a eu lieu et que l'emprisonnement remplace le supplice<sup>20</sup>, la prison exportée dans les colonies reproduit les prisons de l'Ancien régime avec une fonction de mise à l'écart d'une population jugée dangereuse sur une base raciale et une reproduction des sanctions corporelles<sup>21</sup>. L'occultation de la prison s'inscrit donc dans la longue durée et l'absence de débats publics sur les enjeux de santé qui lui sont spécifiques doit se comprendre dans ce cadre. La prison existe en effet dans le débat public en Afrique sous trois registres principaux. Tout d'abord elle apparaît comme incarnation de la force du pouvoir. Les noms des prisons, comme New Bell au Cameroun, le Camp Boiro en République de Guinée, Robben Island en Afrique du Sud ou encore la MACA en Côte d'Ivoire sont tantôt des « noms-dénonciations » pour le pouvoir, au sens où ils sont brandis par les opposants comme symbole de la violence et des abus du pouvoir des gouvernants. Tantôt ils sont des « noms-menaces » brandis par le pouvoir pour asseoir son autorité. Dans ces discours, le sort des détenus politiques est évoqué, mais les conditions objectives de vie des détenus ne font pas l'objet de débats publics. Les prisons témoignent alors de la violence de l'Etat ou de sa force, mais ne sont pas elles-mêmes mises en cause. Le second registre dans lequel la prison existe est celui de la littérature, dans laquelle on retrouve témoignages et dénonciations du pouvoir comme des conditions de vie ; mais leur réception dans le public est restreinte<sup>22</sup>. Enfin la prison est présentée dans les milieux humanitaires et sanitaires comme un enjeu de santé publique. Le système carcéral abrite des populations le plus souvent peu en contact avec le système de santé. Ces corps et ces esprits échappant au regard médical en raison de leur situation de marginalité, sont disponibles en prison. Prendre en charge pendant l'incarcération, c'est donc un moyen d'offrir un soin à une population qui n'y

accède pas, prendre en charge les épidémies en milieu carcéral c'est éviter leur diffusion auprès de cette même population<sup>23</sup>. La prison comme enjeu de santé publique reste cependant confinée dans les revues médicales et de santé publique et ne fait pas l'objet en Afrique d'une publicisation au-delà de ces cercles. La prison comme enjeu humanitaire et sanitaire est peu audible, en outre elle apparaît à bien des égards comme un enjeu "importé" sur le continent africain.

### **Une difficile constitution de la prison comme un objet légitime de politiques sanitaires**

L'absence de constitution d'un débat public sur la prison en Afrique, qu'il porte sur des questions relatives aux droits de l'homme ou plus concrètement sur les conditions sanitaires en milieu carcéral, doit se comprendre au regard de l'économie de la prison sur le continent. Si certains pays présentent des taux élevés d'incarcération (301 détenus pour 100000 au Brésil ; Russie 445/100 000 ; Etats-Unis 698/100 000, France 95/100000), la plupart des pays africains (exception faite du Rwanda et de l'Afrique du Sud) présentent des taux largement inférieurs (Burkina Faso 34/100000 ; Côte d'Ivoire 52/100000). En Côte d'Ivoire le nombre total de détenus s'élève à un peu moins de 11 000 personnes pour une population totale de 21.01 millions d'habitants<sup>24</sup>. Au fait que peu d'individus sont finalement concernés par la prison s'ajoute le fait que l'origine sociale des détenus ne favorise pas l'émergence d'un débat. Hormis les acteurs politiques enfermés, pour qui le séjour en prison est souvent un passage obligé de la construction de leur stature politique, la majorité des détenus sont soit des déclassés sociaux issus de quartiers populaires, soit des migrants soumis à une justice expéditive et pour qui l'expérience de la prison se rapporte à celle de la relégation et de l'oubli. Cette expérience de la prison comme bannissement ainsi que le statut de la prison dans la société ivoirienne sont exprimés dans le terme utilisé en Baoulé (langue nationale ivoirienne appartenant au groupe des langues Akan parlées majoritairement au Sud de la Côte d'Ivoire) pour désigner la prison: *Bi soua* (littéralement « la maison des matières fécales »). Dans un pays à ressources limitées où l'accès de la majorité de la population à des soins de qualité n'est pas garanti, le politique ne peut souffrir paraître proposer à la population des détenus une prise en charge spécifique. Enfin un dernier frein à la mise en place d'une politique carcérale visant

à l'amélioration des conditions de vie et de soins des détenus est la communauté d'expérience et de revendication des détenus et des gardiens. Impossible dans le contexte de la prison ivoirienne de distinguer dans la population carcérale les détenus des gardiens. Toute action à destination des détenus doit nécessairement s'adresser aussi aux gardiens, qu'il s'agisse d'une offre de dépistage, de prévention ou de formation. Ce qui d'un point de vue absolu n'est pas dénué d'intérêt (gardiens et détenus partagent des caractéristiques socio-économiques souvent similaires, ils viennent des mêmes quartiers et sont exposés aux mêmes risques), pose cependant un problème du point de vue pratique. La prise en compte simultanée de ces deux profils de la population carcérale complique les interventions: si elles doivent avoir lieu à la même période, elles ne peuvent s'adresser aux deux publics hic et nunc. En outre, elles supposent des moyens plus importants. Ces deux facteurs freinent, voire limitent le développement de débats portant sur la mise en place de programmes visant à mieux prendre en charge la santé des détenus.

Si la prison est cernée par de hauts murs, elle est pourtant bien inscrite dans le monde. Elle apparaît à bien des égards comme une chambre d'échos exacerbant les tensions qui traversent la société et renvoie également à l'histoire pénitentiaire de la Côte d'Ivoire. Les valeurs dont la société est porteuse s'y observent en creux et notamment le prix qu'elle accorde aux individus en fonction de hiérarchies sociales, de catégories morales, d'identités sexuelles. La prison révèle donc de manière saisissante les enjeux politiques et moraux d'une société. Ainsi, malgré une multiplicité des registres pour dire la prison, il y a finalement peu d'espace pour faire de ce lieu un objet légitime de mobilisation autour de la santé des détenus ou plus largement de leur bien-être. Dans un pays où l'accès de la population générale aux soins de santé n'est pas garanti, la population carcérale ne dispose que d'un très faible poids dans l'équilibre de la concurrence des causes. Dans ce contexte contraint, héritier de l'histoire du modèle pénitentiaire colonial mais également résultat de la traduction de ce modèle carcéral en fonction d'enjeux politiques et culturels locaux au présent, quelle forme prend le gouvernement de la santé en prison ?

### Une approche écologique de la santé en prison

Comprendre le gouvernement de la santé en prison dans le contexte décrit supra implique donc d'appréhender la santé à l'aune de la forme de vie dans laquelle elle s'inscrit<sup>25</sup>. Cela suppose de considérer notamment quela valeur santé n'est pas une valeur universelle dont le sens serait déjà là et qui en prison serait seulement soumise à des contraintes et des freins relatifs au contexte. La santé relève au contraire d'une politique de la valeur<sup>26</sup> qui s'inscrit dans une forme de vie singulière. Comprendre le gouvernement de la santé en prison suppose donc d'en saisir la valeur. Or « La construction de la valeur est le résultat d'actions qui relèvent de diverses formes de pouvoir et permettent le déploiement de « politiques de la valeur »<sup>26</sup>. Ainsi plutôt qu'une approche normative de la santé et de son gouvernement en prison, il est préférable de l'appréhender en pratiques, dans des situations concrètes traduisant l'économie des valeurs en prison.

L'entrée à la MACA consiste pour le détenu en la découverte de cette économie spécifique des valeurs. Elle consiste en l'apprentissage violent de la rupture avec l'éthique ordinaire qui régit la vie sociale au-delà des murs de la prison. Au sein de cette dernière comme le résumait parfaitement les détenus: « Il n'y a pas de mal dans le mal » ou encore « en prison chien mange chien ». Ces phrases ne signifient pas que l'univers carcéral se caractérise par l'anomie, elles soulignent au contraire la rupture avec les règles qui régissent la vie à l'extérieur. La prison de la MACA est en effet soumise à une hiérarchie interne très stricte qui se traduit par une profusion de titres entre détenus. Les interactions entre eux sont régies par des modalités définies et imposées par un gouvernement interne à la prison constitué uniquement par des détenus (la *camorra*). En Nouchi, la langue du ghetto ivoirien inventée sur la base d'une combinaison de diverses langues ivoiriennes (dont le Français, le Dioula, le Baoulé), le terme consacré pour désigner les détenus est *Kabacha*. Ce terme est construit sur le radical *Kaba* (La Mecque) et le mot *Cè* (homme en dioula). Le nom *Kabacha* signifie littéralement « l'homme de la Mecque », l'individu soumis à de nombreuses règles et interdits, comme à la Mecque<sup>27</sup>. Dès l'entrée en prison, après la fouille des corps réalisée au greffé par les gardiens, les mandats de dépôt subissent une seconde fouille orchestrée par les détenus. Ils sont ensuite placés au blindé d'où ils ne ressortiront qu'après s'être acquittés auprès

du détenu chef de bâtiment d'un droit de cellule. Selon le montant acquitté et l'identité sociale et économique présumée du nouveau venu, ce dernier paiera plus ou moins cher pour être orienté vers une cellule qui peut varier de 2 à 60 détenus, avec plus ou moins d'équipement (télévision, ventilateur, matelas). Il paiera également un droit de décalage (droit de sortie de la cellule), le *Baygon* (la cotisation hebdomadaire dans la cellule, permettant d'assurer son entretien et dont le nom est emprunté à un produit anti-moustique).

La capacité du détenu à « se débrouiller » dans la prison est fonction du soutien qu'il est capable de mobiliser à l'extérieur, des connaissances éventuelles qu'il a déjà à l'intérieur, et de sa capacité individuelle à créer des rapports de clientèle au sein de la prison ou à accéder aux ressources disponibles. Ceci est d'autant plus important que l'administration pénitentiaire n'apporte qu'un soutien minimum aux détenus: la ration pénale, de mauvaise qualité, n'est distribuée qu'une fois par jour. Les frais de santé ne sont pris en charge que si les pathologies à traiter relèvent de la classification administrative de la prison dans la hiérarchie sanitaire. La MACA, classée « C » dans la hiérarchie sanitaire (catégorie d'une formation sanitaire urbaine) ne dispose que d'une liste limitée de médicaments. Pour les pathologies dépassant les soins de santé primaires, le détenu s'il reçoit une ordonnance doit financer l'achat de ses médicaments ou payer ses examens et obtenir un droit de sortie pour raison médicale. Obtenir un bon de sortie n'est pas chose aisée et il arrive, lors de conflits ou de tensions dans la prison, que ces bons ne soient plus octroyés pendant plusieurs semaines par le régisseur (ou bien qu'il ne soumette pas les demandes au juge d'application des peines). Mais l'obtention d'un tel bon ne signifie pas forcément accès aux soins. Faute d'un dispositif de collaboration systématisée entre la MACA et les hôpitaux d'Abidjan, des détenus sont parfois renvoyés sans avoir été hospitalisés. Le VIH et la TB font ici figure d'exception, puisque faisant l'objet du programme porté par Expertise France et financé par le Fonds Mondial, ces pathologies font l'objet d'une prise en charge totale et permettent l'octroi d'un supplément alimentaire (connu à la MACA sous le nom de « bol bleu »). Ainsi les pathologies VIH ou TB relèvent à la MACA des ressources mobilisables par les détenus pour négocier leur détention: elles permettent de mieux manger quand le bérubéri fait partie des maladies couramment observées; elles permettent de susciter un soutien quand les liens familiaux ne résistent pas à la prison; elles per-

mettent de favoriser les déplacements dans la prison, et notamment à l'infirmerie, quand le déplacement dans la prison est soumis au bon vouloir des « requins », les détenus chargés dans chaque bâtiment d'assurer la sécurité. Le déplacement dans la prison fait partie des ressources centrales à la survie en prison, particulièrement dans le bâtiment C qui abrite les longues peines et dont les pensionnaires ne sont pas supposés circuler dans la cour principale. Seuls sont habilités à sortir ceux qui ont une responsabilité dans le gouvernement du bâtiment, les corvéables travaillant en cuisine ou à l'infirmerie et les détenus sollicitant une consultation médicale. Un détenu nommé « cahier malade » recense le nom des malades et les accompagne à l'infirmerie. Dix détenus sont habilités à se rendre chaque jour à l'infirmerie depuis ce bâtiment, afin d'éviter les abus, explique le chef du bâtiment C. Dans ce contexte la valeur de l'accès aux soins se confond avec celle de l'accès à la cour, pour réaliser des affaires, y vendre ou consommer de la drogue, y rendre un service ou en obtenir un autre, y être visible afin d'y être trouvé les jours de communiqué si un visiteur vous demande. Ainsi l'inscription sur le cahier malade est convoitée et fait l'objet d'une marchandisation. La valeur extensive de la visite à l'infirmerie en réduit donc la portée sanitaire, les malades les plus faibles et les moins en mesure de payer leur inscription sur le cahier malade sont aussi les moins à même d'accéder aux soins.

Dans la prison, la santé est porteuse de valeurs différentes. Celles-ci sont fonction de la légitimité de la prison et des détenus comme cibles d'une politique spécifique au niveau nationale, elles sont tributaires des conditions et contextes d'interaction des acteurs, de leur position dans un système de pouvoir complexe mais aussi dans l'espace de la prison. La santé est tantôt une ressource permettant la sortie, un argument permettant de lutter contre la malnutrition, un moyen de développer des relations dans la prison ou bien une corvée à l'infirmerie. Dans une logique similaire à ce que l'on observe dans le système de santé ivoirien, la délégation des tâches à l'infirmerie de la MACA est couramment pratiquée. Une grande partie des fonctions de diagnostic, de dispense de soins, de pansement, d'évaluation des patients à leur arrivée à l'infirmerie, sont confiées à des détenus corvéables qui n'ont pas forcément de formation initiale en santé. La question de leur compétence est posée par certains détenus qui justifient ainsi leur manque de confiance déclaré envers eux, voire la non-fréquentation de l'infirmerie. Un détenu expliquant qu'il ne fréquente

pas l'infirmier, demande à propos des détenus corvéables: « Qui étaient-ils au dehors pour être infirmiers dans la prison ? » Cette suspicion relève de la double inscription des codétenus corvéables à l'infirmier dans l'univers de la prison et dans celui du soin. La question posée par les usagers de l'infirmier revient à se demander dans quel ethos s'inscrivent les pratiques des corvéables de l'infirmier: celui de la prison (où l'on explique: « il n'y a pas de mal dans le mal ») ou dans celui du soin ? La porosité de ces deux registres concourt à la méfiance des détenus ordinaires. A cela s'ajoute le fait que parmi les agents officiels de santé, certains sont détachés en prison par le ministère de la Santé quand d'autres dépendent directement du ministère de la Justice. Transparaît ici la dualité de la gouvernance de la santé à la MACA. La présentation d'une étude de cas portant sur les tensions soulevées par le remplacement du chef bâtiment (CB) de l'infirmier permettra d'approfondir l'analyse de ce caractère.

### **La nomination du Chef Bâtiment infirmier comme révélateur de la double gouvernance de la santé en prison**

Coulibaly, l'ancien CB infirmier, a fait partie du contingent gracié par le président Ouattara en septembre 2013. En partant, il recommande son adjoint pour le remplacer. Celui-ci présentait l'intérêt d'être parfaitement au courant des pratiques et usages actuels de l'infirmier. Il était également le candidat soutenu par la *camorra*. C'est pour cette même raison que sa nomination n'était pas soutenue par la surveillante. Celle-ci utilise pour disqualifier sa candidature un argument réglementaire. L'adjoint de l'ancien CB infirmier est incarcéré pour atteinte à la sûreté de l'Etat (ATT) au titre de son soutien à l'ancien président Laurent Gbagbo pendant la crise électorale qui secoue la Côte d'Ivoire en 2010-2011<sup>28</sup>. Or officiellement les détenus inculpés d'ATT sont exclus des corvées.

La surveillante du service, infirmière nouvellement nommée à ce poste et occupant pour la première fois une fonction dans le système carcéral, soutient quant à elle un autre candidat. Ce dernier est en cellule dans le bâtiment C bien que non jugé et encore sous mandat de dépôt. A ce titre il ne peut pas se voir confier des corvées. La surveillante a trouvé auprès de lui une écoute attentive et fait de lui son confesseur. Ils prient et chantent ensemble le matin à l'infirmier, elle le nourrit et l'habille. Le « Pasteur » ou « Roi Da-

vid » comme on le surnomme alors à la MACA passe ainsi ses journées à l'infirmier, arborant costume et chaussures de cuir noir alors qu'il est arrivé sans moyens en prison.

Dans l'impossibilité de nommer son protégé, mais refusant la nomination de l'adjoint, la surveillante reporte son choix sur Kanté, un détenu ancien commerçant. Lettré, il dispose également d'une expérience sanitaire acquise lors d'un précédent séjour à la MACA. Il a en effet déjà été corvéable à l'infirmier où il a appris à pratiquer des injections, à soigner des plaies. Assuré du soutien de la surveillante, il exprime cependant une inquiétude. Il sait en effet comme *kabachaaguéri* qu'une telle décision doit être validée par la *camorra*. Sachant lorsqu'il en parle que cet accord n'est pas garanti, et conscient des risques qu'il encourt à ne pas suivre le souhait de la *camorra*, il confie être dans l'attente. Dans cette période d'entre-deux, l'ancien CB infirmier rencontré hors de la MACA explique continuer à régler par téléphone les affaires courantes du bâtiment. Kanté sera finalement confirmé dans son poste et deviendra également un allié du chef de la *camorra*.

Le fait pour la surveillante de prendre position contre le personnel de l'infirmier visait à prendre la main sur le service alors que récemment nommée, elle restait étrangère au fonctionnement de la prison et des affaires qui s'y déroulent. Elle venait à l'époque d'obtenir son grade de surveillante et occupait pour la première fois cette fonction à la MACA alors qu'elle n'avait jusqu'alors exercé qu'en milieu ouvert. En outre, sa nomination correspondait également à la création de la fonction dans le service. Après un an en poste, elle ne trouve pas véritablement sa place. Elle tente sans succès d'introduire à l'infirmier règles et pratiques relevant du fonctionnement officiel d'un service de santé (horaires strictes, astreintes) mais ne reçoit ni le soutien de ses collègues ni celui de sa hiérarchie. L'inscription de sa pratique dans un ethos uniquement médical se traduit par le port d'une charlotte lorsqu'elle est en service. Celle-ci souligne son inscription dans le registre hospitalier mais consacre symboliquement le fossé qui la sépare du monde carcéral et de ses collègues qui eux n'en portent pas.

La volonté de reprise en main du service par la surveillante s'inscrivait dans une logique plus large concernant l'ensemble de la prison. Un nouveau régisseur venait également d'être nommé depuis trois mois et affichait le souhait de rééquilibrer à l'avantage de l'administration le rapport entre gouvernement officiel et gouvernement des

détenus. Il réintroduisit ainsi des gardiens dans la cour comme responsables de chaque bâtiment à côté des chefs de bâtiment détenus, pour réaffirmer sa souveraineté. La tentative du régisseur, comme celle de la surveillante ont fini par échouer. Les deux seront mutés quelques mois après, la surveillante quittant définitivement le système carcéral.

Cette dernière fondait son autorité sur sa formation médicale mais cela n'était pas suffisant pour garantir sa légitimité en prison. Sa volonté affichée de « mettre de l'ordre » rencontrait des résistances de l'ensemble du personnel, souhaitant maintenir le *statu quo*. Le maintien du *statu quo* consistait finalement à reconnaître à la fois la prégnance de normes pratiques régissant la santé en prison<sup>29</sup> mais également le double gouvernement de l'institution. Les tensions décrites autour du choix d'un nouveau CB illustrent la difficulté d'articuler logique sanitaire et univers carcéral et la double contrainte dans laquelle les actions de soins sont placées en prison. Ignorer l'univers carcéral et défendre une logique sanitaire aveugle à l'écologie du soin comporte le risque de provoquer une réaction violente en raison de l'absence de respect des règles tacites qui commandent la vie à la MACA. Ne pas reconnaître ces règles tacites c'est rompre l'équilibre fragile qui permet la cohabitation d'un double gouvernement.

### Une approche pragmatique de la santé en prison

Du point de vue sanitaire, prendre acte du double gouvernement de la santé à la MACA, c'est replacer le soin dans son écologie. Inscrire ses actions dans l'économie des valeurs caractéristique de la forme de vie en prison ne signifie pas forcément admettre son impuissance, comme me le confiait un acteur d'Expertise France engagé dans le programme de soutien à la MACA, mais s'engager dans une intervention en étant mieux informé, donc plus efficace. Aborder pragmatiquement la santé en milieu carcéral c'est d'abord reconnaître que dans des pays où le système de santé est défaillant et les ressources financières limitées, la prison reste un objet d'engagement politique peu légitime. C'est aussi admettre que la promotion de la santé en milieu carcéral repose sur un paradoxe: elle s'appuie sur l'autonomie dans un contexte de privation de liberté. Cette reconnaissance préalable à l'action se situe à différentes échelles: à l'échelle nationale au niveau des acteurs

politiques ; à l'échelle de la prison au niveau de la population carcérale, détenus et gardiens. Dans les deux cas plutôt que de défendre des notions universelles abstraites et non situées, il s'agit d'ouvrir un espace de possible pour tendre, par la reconnaissance de l'expérience et des contraintes des différents acteurs, vers un gouvernement réel de la santé. Une telle démarche devrait en toute logique conduire à étendre la question du gouvernement de la santé en prison hors des murs de l'espace carcéral pour penser la continuité des soins après l'incarcération, le devenir d'éducateurs pairs formés en prison une fois libérés, et inventer une approche « désanitarisée » de la santé en prison. Par cet oxymore il s'agit de rappeler ce que savent trop bien les détenus ivoiriens qui restent parfois plusieurs années en détention préventive: la meilleure façon de réduire les risques dans la prison et de garantir les soins, c'est de réduire le temps de préventive et donc d'accélérer le fonctionnement de la justice.

### Remerciements

Les recherches sur lesquelles ce texte repose ont été financées par Expertise France (ex-GIP Esther) dans le cadre d'une collaboration au sein du programme de prévention et prise en charge du VIH/sida et de la Tuberculose que cette agence soutient dans les prisons de Côte d'Ivoire (cf. <http://ife.ens-lyon.fr/lea/le-reseau/les-different-s-lea/groupement-esther> & <http://www.expertise-france.fr>). Elles s'inscrivent également dans le programme ANR ECOPPAF, 2015-2018, « Économies de la peine et de la prison en Afrique » dirigé par Frédéric Le Marcis & Marie Morelle (<http://ecoppaf.hypotheses.org>). Je remercie Arnaud Laurent, Nathalie Cartier et Jeanne d'Arc Assemien à Expertise France, le Docteur Marcel Bléhoué Angora et Ismael Coulibaly à la MACA pour leur accueil. J'exprime également ma gratitude aux détenus qui ont accepté de me recevoir. Enfin je remercie Hélène Colineau pour son travail de relecture et de mise en page.



## Références

1. Liebling A. Moral performance, inhuman and degrading treatment and prison pain. *Punishment & Society* 2011; 13(5):530-550.
2. Jefferson AM, Garces C, Martin TM. Prison climates in the global South. *Focaal, Journal of Global and Historical Anthropology* 2014; 68.
3. MacDonald R, Parsons A, Venters HA. The Triple Aims of Correctional Health: Patient Safety, Population Health, and Human Rights. *J Health Care Poor Under-served* 2013; 24(3):1226-1234.
4. Wacquant L. *Les prisons de la misère*. Paris: Raisons d'Agir; 1999.
5. Chantraine G. *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris: PUF/Le Monde; 2004.
6. Mahtani S. Women and the Criminalization of Poverty: Perspectives from Sierra Leone. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2013; 39(1):243-264.
7. Farge E. *Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises: les tentatives de spécialisation de la "médecine pénitentiaire" 1970-1994* [thesis]. Lyon: Université de Lyon 2; 2013.
8. Venters H. A Three-Dimensional Action Plan to Raise the Quality of Care of US Correctional Health and Promote Alternatives to Incarceration. *Am J Public Health* 2016; 106(4):613-614.
9. Jackson JL. Sexual Necropolitics and Prison Rape Elimination. *Signs* 2013; 39(1):197-220.
10. Gordon AF. Globalism and the prison industrial complex: an interview with Angela Davis. *Race & Class* 1999; 40(2/3):145-157.
11. Memel-Foté H. *Lesclavage dans les sociétés lignagères de la forêt ivoirienne (XVII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle)*. Abidjan, Marseille: CERAP, IRD; 2007.
12. Mbembe A. Necropolitics. *Public Culture* 2003; 15(1): 11-40.
13. Rhodes LA. Qui décide ici? Le comportementalisme dans le système carcéral américain. *Anthropologie & Santé* [journal on the Internet] 2015. [cited 2015 Nov 30]. Available from: <http://anthropologiesante.revues.org/1860>
14. Wacquant L. The Curious Eclipse of Prison Ethnography in the Age of Mass Incarceration. *Ethnography* 2002; 3:371-397.
15. Morelle M, Le Marcis F. Pour une pensée pluridisciplinaire de la prison en Afrique. *Afriquecontemporaine* 2015; 253:117-129.
16. Gillespie K. Containing the 'Wandering Native': Racial Jurisdiction and the Liberal Politics of 16. Prison Reform in 1940s South Africa. *Journal of Southern African Studies* 2011; 37(3):499-515.
17. Gillis L. The historical development of psychiatry in South Africa since 1652. *South African Journal of Psychiatry* 2012; 18(3):78-83.
18. Bernault F, editor. *Enfermement, prison et châtiments en Afrique. Du XIX<sup>e</sup> siècle à nos jours*. Paris: Karthala; 1999.
19. Allinne JP. Jalons historiographiques pour une histoire des prisons en Afrique francophone. *Clio@Thémis* [journal on the Internet] 2011. [cited 2016 Apr 4]; 4:[about 39 p.]. Available from: [http://www.cliothemis.com/IMG/pdf/Jean-Pierre\\_Allinne-2.pdf](http://www.cliothemis.com/IMG/pdf/Jean-Pierre_Allinne-2.pdf)
20. Foucault M. *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard; 1975.
21. Bernault F, Dikötter F, Brown I, editors. *Cultures of Confinement. A History of the Prison in Africa, Asia and Latin America*. London: Hurst and Company; 2007.
22. Nguimbi A. *Le monde carcéral dans la littérature africaine: lecture de Toiles d'araignées d'Ibrahima Ly, Prisonnier de Tombalbaye d'Antoine Bangui, Parole de vivant d'Auguste Moussirou Mouyama, Le Mort vivant d'Henri Djombo* [thesis]. Paris: Université Paris Est; 2008.
23. Farmer P. *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the new war on the Poor*. Berkeley: University of California Press; 2003.
24. Walmsey R. *World Prison Population List. Institute for Criminal Policy Research 2016*. [cited 2016 Apr 5]. Available from: [http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_prison\\_population\\_list\\_11th\\_edition.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition.pdf)
25. Das V. How the Body Speaks. Illness and the Lifeworld among the Urban Poor. In: Biehl J, Good B, Kleinman A, editors. *Subjectivity. Ethnographic Investigations*. Berkeley: University of California Press; 2007. p. 66-97.
26. Warnier JP. Les politiques de la valeur. Sociétés Politiques Comparées. *Revue Européenne d'Analyse des Sociétés Politiques* 2008; 4:1-41.
27. Le Marcis F. Everyday Prison Governance in Abidjan, Ivory Coast. *Prison Service Journal* 2014; 212:11-16.
28. Dozon JP. *Les clefs de la crise ivoirienne*. Paris: Karthala; 2011.
29. De Herdt T, Olivier de Sardan JP, editors. *Real governance and practical norms in Sub-Saharan Africa: the game of the rules*. London: Routledge; 2015.

Article soumis le 15/04/2016

Approuvé le 05/05/2016

Version finale soumise le 07/05/2016

