



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2016

Thèse N°185

# Urgences incarcérées Prise en charge et perspective d'avenir

**THESE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/11/2016

PAR

Mr. Rabie KHARCHI

Née le 03/10/1988 à Oujda

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

**MOTS-CLES :**

Milieu carcéral – organisation des soins – accès aux urgences – approche  
médico-sociale.

**JURY**

Mr. Hicham NEJMI	PRESIDENT
Professeur d'anesthésie réanimation	
Mr. Taoufik ABOUELHASSAN	RAPPORTEUR
Professeur agrégée d'anesthésie réanimation	
Mme. Fatima AL ASRI	} JUGES
Professeur de psychiatrie	
Mr. Mohammed AMINE	
Professeur agrégé de médecine communautaire et	

رَبِّاً أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ  
عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ  
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُتِّتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي  
مِنَ الْمُسْلِمِينَ

صدق الله العظيم

سورة الأحقاف الآية 15

# *Serment d'hypocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères et mes sœurs.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

***Déclaration Genève, 1948***



***LISTE DES  
PROFESSEURS***

**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: -Pr. Badie Azzaman MEHADJI

-Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KISSANI Najib	Neurologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
AMAL Said	Dermatologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENELKHAJAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie

DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
FINECH Benasser	Chirurgie – générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HADEF Rachid	Immunologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato-orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
ARSALANE Lamiaa	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAHA ALI Tarik	Ophthalmologie	LAOUAD Inass	Néphrologie

BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nistrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURRAHOUS Aicha	Pédiatrie B	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOOMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	MOUZARI Yassine	Ophthalmologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIRIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL HARRECH Youness	Urologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie

EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



*DEDICACES*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut.....  
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,  
L'amour, le respect, la reconnaissance  
Aussi, c'est tout simplement que :*



*Je dédie cette thèse à ....*

### *\*A mes Très Chers Parents: Mohamed et Khadija*

Rien que je puisse dire ou écrire ne saurait contenir l'immensité de mon amour, l'estime et le dévouement que je vous porte.

C'est grâce à vous, à vos sacrifices, vos efforts, et votre présence constante à mes côtés que j'ai pu atteindre mon objectif.

Que ce travail soit le témoignage de mon immense gratitude et ma reconnaissance éternelle.

Je souhaite que cette thèse vous apporte la joie de voir aboutir vos espoirs et j'espère ne jamais vous décevoir.

Que Dieu, tout puissant, vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.

### *\*A ma chère femme*

La plus douce et la plus tendre des femmes, Aucune dédicace ne saurait exprimer ma reconnaissance, mon grand attachement et mon grand amour, je te remercie pour tout le sens émaner du fond de ton cœur et que tu me portes depuis notre connaissance.

L'implore Dieu qu'il nous unit à jamais, et qu'il nous apporte bonheur et nous aide à réaliser tous nos vœux.

### *\*A mes Chères sœurs Houyam, Safaa, et Marwa*

Vous avez toujours su m'encourager et me soutenir aux moments de joie et de galère.

Trouver dans ce petit fruit de mes études le témoignage de mon affection et de mon profond attachement.

Où que je sois, où que vous soyez je vous porte au fond de mon cœur.

Puisse Dieu vous donner santé et longue vie.

### *\*A ma Chère grand-mère Fatima KHARCHI el mouïmae*

Vous m'avez toujours encouragée et soutenue.

Que Dieu vous accorde sa grande miséricorde

### *\*A mes Tantes/Oncles et Cousines/Cousins :*

Je tiens à vous remercier tous pour votre encouragement.

### *\*A toute la famille BARIK*

Vous étiez présents à côté de moi durant toutes ces années d'études, je vous remercie pour tous les moments de joie de stress et de galère qu'on a passé ensemble.

### *\*A tous mes maîtres et mes collègues du service*

C'est un grand plaisir de travailler et d'apprendre à vos coté et il le restera toujours.

*\*A tous les amis que j'ai eu durant toutes ces années d'études :*

*Non seulement les études médicales, mais aussi ceux du primaire : même si la vie nous sépare, vous garderez toujours une empreinte dans la mienne, et sachez que vous êtes ma richesse.*

*\*A tous les patients dont leurs coopérations m'ont été très utiles pour cet ouvrage*

*\*A tous les enseignants, le personnel médical, paramédical, et administratif du service de la chirurgie pédiatrique et de la faculté de médecine de Marrakech.*

*\*A tous ceux que j'ai involontairement omis de citer*



*REMERCIEMENTS*



*A Notre Maître et Président de Jury de Thèse*  
*Monsieur le Professeur Hicham NEJMI*  
*Professeur d'anesthésie réanimation Directeur du CHU Mohamed VI - Marrakech*

*Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant la présidence de notre jury de thèse.*

*Votre culture, votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.*

*Vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.*

*Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.*

*A Notre Maître et Rapporteur de Thèse*  
*Monsieur Taoufik ABOUELHASSAN*  
*Professeur Agrégée d'anesthésie réanimation, au CHU Mohamed VI - Marrakech*

*Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail.*

*Vous nous avez consacré votre temps précieux,*

*Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre disponibilité seront pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession.*

*Monsieur le Professeur Mohammed AMINE*  
*Professeur agrégé de médecine communautaire et épidémiologie , Vice Doyen de la faculté*  
*de médecine et de pharmacie de Marrakech*

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité et de l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail*

*Veillez trouver ici, chère Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.*

*A Notre Maître et Juge de Thèse*  
*Monsieur le Professeur ASRI Fatima*  
*Professeur de psychiatrie au CHU Mohamed VI - Marrakech.*

*Nous sommes très reconnaissants de la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger notre thèse.*

*Votre compétence, votre savoir faire et vos qualités humaines représentent pour nous autant de qualité à admirer.*

*Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond et notre pleine reconnaissance.*

*A Notre Maître et Juge de Thèse*



# *ABBREVIATIONS*



- ADFM : Association Démocratique des Femmes du Maroc.
- AMDH : Association Marocaine de Défense des droits Humains.
- ASPMP : Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire.
- AVP : Accident de la Voie Publique.
- BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive
- CCV : Chirurgie Cardio-vasculaire.
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire.
- CPA : Consultation Pré- Anesthésique.
- CNDH : Conseil National des Droits de l'Homme
- DEUG : Diplôme d'Etudes Universitaires Générales.
- DGAPR : Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de le Réinsertion.
- FVJ : Forum Vérité et Justice.
- IER : Instance Équité et Réconciliation.
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- IST : Infection Sexuellement Transmissible.
- OAP : Œdème Aigu du Poumon.
- OIP : Observatoire International des Prisons.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- OMDH : Organisation Marocaine des Droits de l'Homme.
- OMP : Observatoire Marocain des Prisons.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- ONG : Organisations Non Gouvernementales.
- ORL : Oto-rhino-laryngologie.
- NRI : Nutrition RISC Index.
- SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation.
- SMPR : Service Médico-Psychologique Régional.
- UFA : Union de l'Action Féminine.
- UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagées.
- UHSI : Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales.
- USCA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires.
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.



*PLAN*



# LES URGENCES INCARCEREES

---

Introduction.....

Matériels et méthodes.....

I. Sujets participants à l'étude....

II. Critères d'inclusion.....

III. Critères d'exclusion :....

IV. Outils d'évaluation :.....

V. Méthodologie statistique.....

Résultats.....

I. Description de la population d'étude....

1. Population incluse :....

2. Caractéristiques démographiques....

a. Répartition selon le sexe .....

b. Répartition selon l'age....

c. Répartition mensuelle des admissions .....

3. Caractéristiques des incarcérations.....

a. Répartition selon la nature des infractions commises

4. ANTECEDENTS PERSONNELS....

a. Toxiques....

b. Médico-chirurgicaux

II. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE

1. Répartition selon le motif de consultation

2. Répartition selon le diagnostic retenu chez les détenus adressés pour prise en charge

3. Répartition des motifs de consultation pour agression et rixe

4. Répartition des motifs de consultation pour imprudence

5. Répartition selon le bilan para-clinique

6. Prise en charge thérapeutique

7. Répartition des patients hospitalisés dans les structures de soins

III. Profil des prisonniers admis aux urgences pour auto-agression

1. Antécédents psychiatriques et d'autoagression

2. Répartition selon la nature des infractions commises

3. Répartition selon la durée de la peine

4. Répartition selon le type d'autoagression

5. Evolution



# *INTRODUCTION*



## LES URGENCES INCARCEREES

---

Il pourrait apparaître surprenant au premier abord de mettre en relation deux mondes qui par définition ne sauraient se rejoindre : la prison, évoquant la répression et l'isolement, et l'établissement de santé, offrant soins et sollicitude.

Jusqu'au début des années 90, la prison était un espace où le détenu perdait tous ses statuts jusqu'à celui de l'accès aux soins. Pourtant depuis le siècle dernier, la pratique de la médecine s'est développée dans l'univers carcéral marocain.

Cette évolution s'est effectuée parallèlement avec le renforcement des droits de l'homme au Maroc, et la naissance de nouvelles réformes judiciaires tout au long de ces dernières décennies. Les droits des incarcérés ne demeurent pas en reste. En effet, des démarches ont été abordées par les organisations non gouvernementales dans le but d'instaurer une certaine humanisation des prisons, sans omettre la politique pénitentiaire visant à modifier la seule finalité punitive de la prison, et reconnaître les droits inhérents à tout individu, non remis en cause par la décision de condamnation, dont le droit le « Droit à la santé » est un des plus essentiels.

La délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion marocaine a consacré des efforts considérables pour améliorer les conditions de détention à tous les niveaux. Les principaux axes visés pour lutter contre la précarité et pour l'insertion des détenus sont bien évidemment l'éducation, la formation professionnelle mais aussi la prise en charge sanitaire.

Ce dernier point reste fortement médiatisé, vu le nombre croissant des prisonniers nécessitant des soins au sein des hôpitaux. Cependant, leur prise en charge demeure assez particulière, dans la mesure où ils forment un sous-groupe parmi les patients à tous les niveaux, en partant de leur accueil, de leur passage dans les couloirs et des regards méfiants qu'ils affrontent et en finissant avec les pathologies qu'ils présentent, parfois liées à l'incarcération et compliquant donc la prise en charge thérapeutique. D'ailleurs, le faible accès aux soins et les conditions de détentions sont classés en tête de liste des facteurs de complication.

Il nous a semblé pertinent d'évaluer les motifs d'admission, d'analyser le circuit parcouru par les patients détenus au centre pénitentiaire BOULMHAREZ et qui sont passés au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire MED VI (Urgences IBNOU TOUFAL et ERRAZI).

Par ailleurs, nous avons tenté de décrire le milieu carcéral dont la promiscuité, malnutrition, absence d'aération, hygiène défectueuse, indiscipline, d'énoncer la difficulté de la pratique de soins, en tenant compte de la surpopulation des prisons, de fréquents désordres psychiatriques, infectieux et toxicomanes des détenus, et de retracer les pathologies spécifiques au monde carcéral, dues au stress, au tabagisme, à l'insomnie, à l'inaction, et à l'angoisse, mais aussi aux grèves de la faim et aux automutilations. Autant de facteurs expliquant les problèmes de santé des détenus dans les prisons.

Afin de remédier aux déficiences de la prise en charge des patients incarcérés au Maroc, nous avons émis quelques propositions qui pourraient rentrer dans les perspectives d'avenir.



*PATIENTS ET  
METHODES*



# LES URGENCES INCARCEREES

---

## **I. PATIENTS :**

### **A. PRESENTATION DE L'ETUDE :**

Ce travail est une étude descriptive et analytique, durant une période de 6 mois allant du 1 mars au 31 août 2016, et qui porte sur 126 prisonniers incarcérés au centre pénitentiaire, BOULMHAREZ MARRAKECH.

Les personnes ayant participées à cette étude ont été interrogées lors de leur consultation dans le service d'accueil des urgences du CHU MED VI.

L'étude est anonyme ; aucune des données recueillies à travers ce questionnaire n'a été et ne sera transmise aux autorités locales.

### **B. CRITERES D'INCLUSION :**

Les personnes concernées sont âgées de plus de 18 ans, admises au service d'accueil des urgences et aux services hospitaliers.

### **C. CRITERES D'EXCLUSION :**

- Les patients âgés de moins de 18 ans.
- Les sujets dont l'état de conscience est altéré.
- Les sujets refusant de répondre aux questions.

## **II. METHODE D'ETUDE :**

### **A. OUTILS STATISTIQUE :**

Une fiche d'exploitation à questions fermées et ouvertes fut retenu comme méthode d'évaluation (voir annexes).

Nous avons distribué 240 fiches d'exploitation, dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital IBNOU TOFAIL, ainsi que des services hospitaliers du CHU ERRAZI , En retour, nous avons reçu 140 fiches qui ont été remplies mais seulement 126 fiches ont été jugées exploitables.

### **B. METHODOLOGIE STATISTIQUE**

Recueil et exploration des données sur tableur Excel 2007.

A decorative rectangular frame with ornate, symmetrical scrollwork at each corner. The word "RESULTATS" is centered within the frame in a bold, italicized, serif font.

***RESULTATS***

# LES URGENCES INCARCEREES

---

## I. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE :

### A. POPULATION INCLUSE :

Durant une période s'étalant du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 août 2016 ,126 prisonniers ont été admis au service d'accueil des urgences de l'hôpital IBNOU TOFAIL, et aux services hospitaliers du CHU ERRAZI MARRAKECH seuls centres habilités à prendre en charge les prisonniers au niveau de MARRAKECH.

### B. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES :

#### 1. Répartition selon le sexe :

- Parmi les 126 prisonniers, 8 étaient de sexe féminin (soit 5 %), contre 118 patients de sexe masculin (soit 95 %), le sexe - ratio (H/F) est de 15,1.

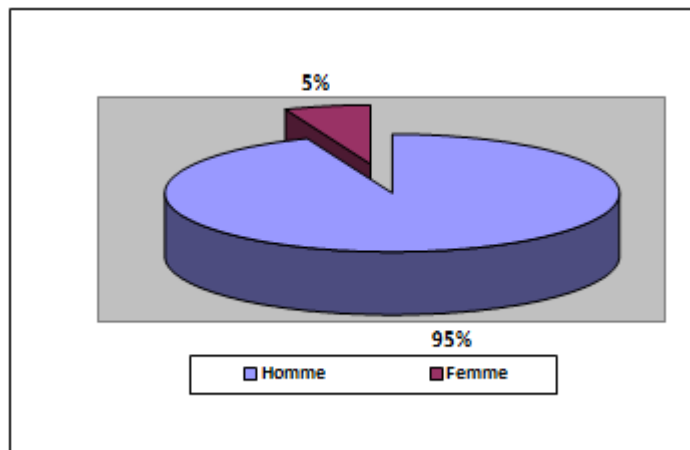


Figure 1 : Répartition selon sexe

# LES URGENCES INCARCEREES

## 2. Répartition selon l'âge :

– L'âge moyen des prisonniers est de 30 ans, avec une fourchette d'âge allant de 18 à 72 ans.

– 94 patients, soit 75%, ne dépassent pas la quarantaine, 27 patients, soit 22%, rentrent dans une tranche d'âge entre 40 et 55 ans et les 5 restants, soit 6%, dépassent 55 ans

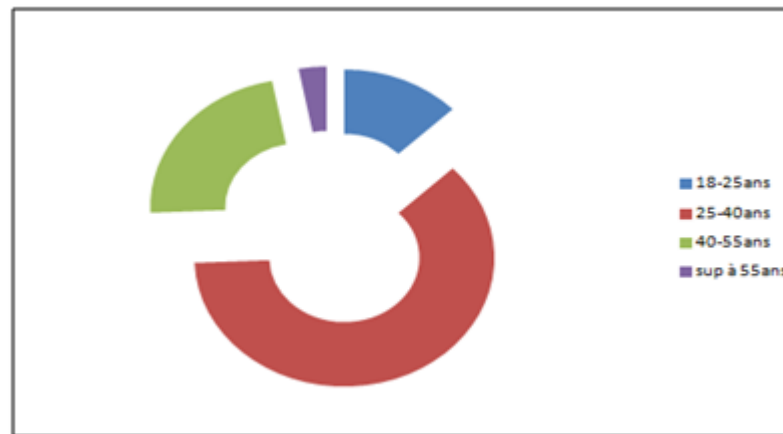


Figure 2 : Répartition des prisonniers selon les tranches d'âge

## 3. Répartition mensuelle des admissions :

– L'incidence des admissions durant la période du 1er mars 2016 au 31 août 2016 était marquée par une fréquence élevée aux mois de Juin et Août.

– On note que les mois de CHAABAN et RAMADAN coïncident respectivement avec juillet et août.

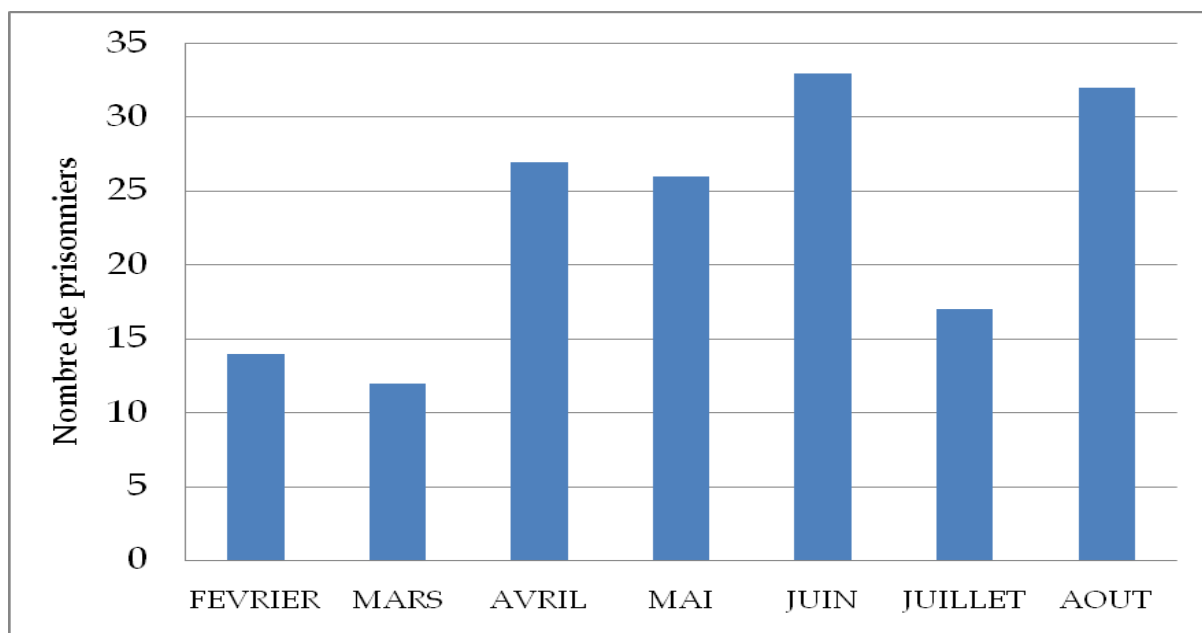


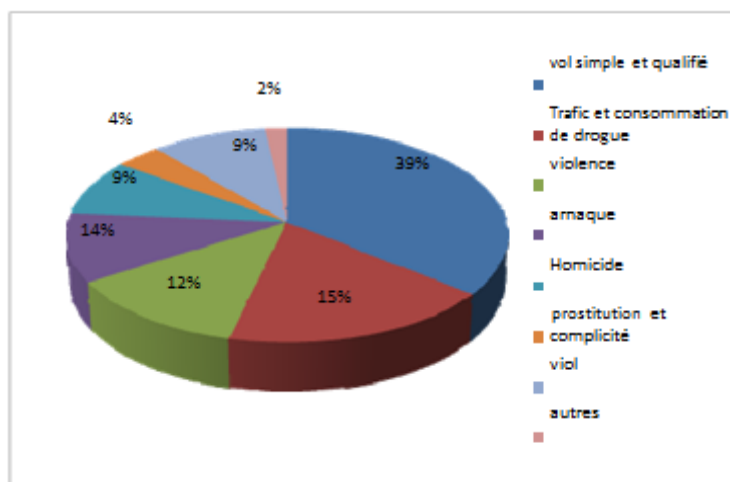
Figure 3 : Répartition mensuelle des admissions.

# LES URGENCES INCARCEREES

## C. CARACTÉRISTIQUES DES INCARCÉRATIONS :

### 1. Répartition selon la nature des infractions commises :

- Pour 49 patients, les infractions sont dominées par le vol simple et qualifié à 39%.
- Le taux concernant l'usage et la vente de drogue s'élève à 15%.
- Les Coups et blessures volontaires constituent 12% de l'effectif.
- L'arnaque a été motif d'incarcération à 14%.
- Les agressions sexuelles ainsi que l'homicide sont sur un pied d'égalité avec 9% pour chaque crime.
- Enfin la prostitution et le proxénétisme viennent en dernière place avec un taux de 4%.
- Les 35 prisonniers non pris en compte ont refusé de mentionner leur motif(s) d'incarcération.



**Figure 4** : Répartition selon la nature des infractions commises pour 91 détenus.

# LES URGENCES INCARCEREES

## 2. Répartition selon la durée de la peine :

- 26 prisonniers ont refusé de dévoiler la durée de leur peine
- Pour les 100 personnes qui restent : 39 personnes ne sont pas encore jugées, 31 personnes ont une durée d'incarcération entre 6 mois et 2 ans, 25 personnes sont condamnées à une période comprise entre 2ans et 10 ans,
  - un nombre de 2 personnes pour une durée inférieure à 6 mois, et 3 personnes condamnées à plus de 10 ans.

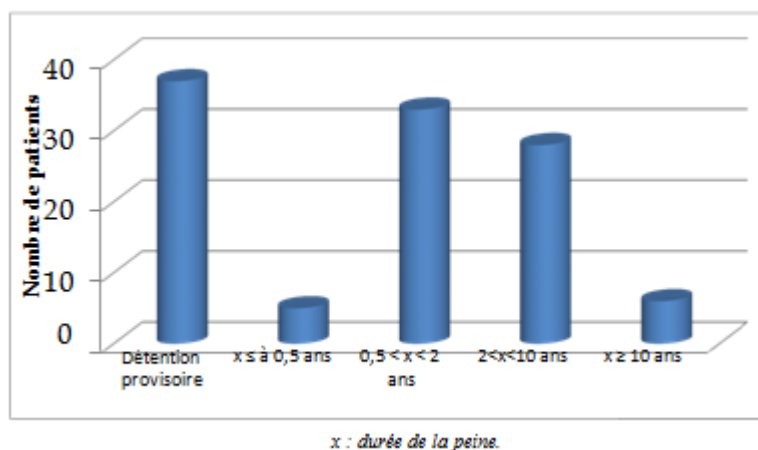


Figure 5: Répartition selon la durée de la peine de 91 détenus.

## D.ANTECEDENTS PERSONNELS :

### 1. Toxiques :

- 86% de la population étudiée possède au moins un antécédent toxique (tabac, alcool, cannabis et psychotropes).

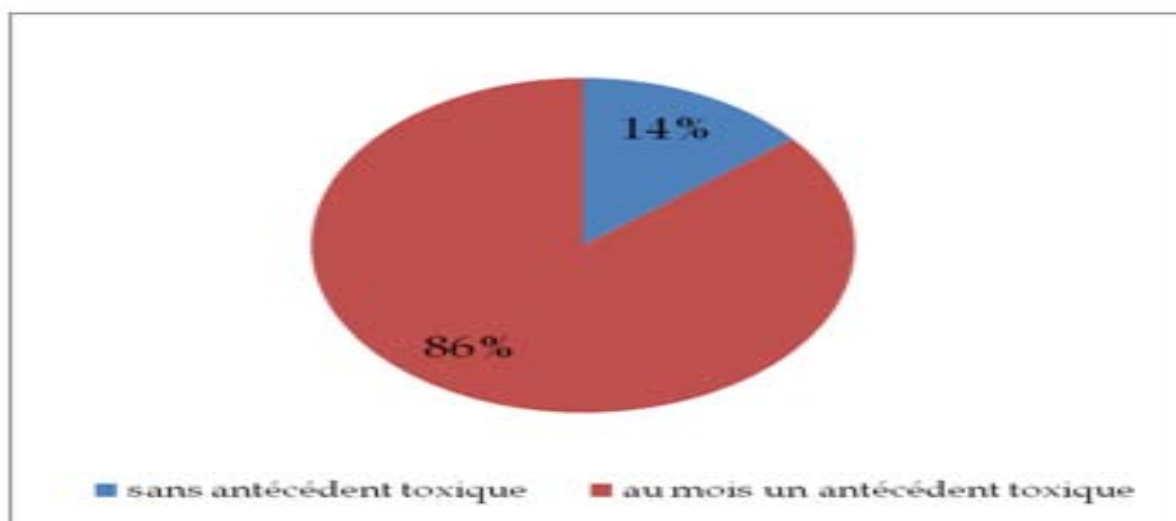
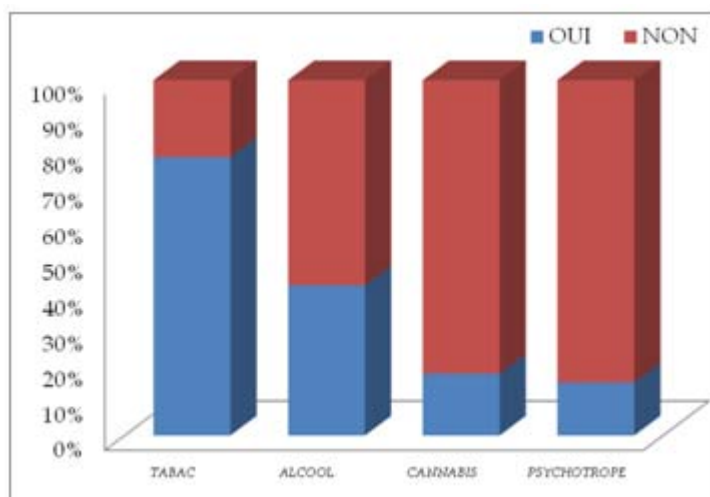


Figure 6 : Répartition selon les antécédents toxiques

## LES URGENCES INCARCEREES



**Figure 7 :** Répartition selon les différents types d'antécédents toxiques.

Le tabagisme occupe le premier rang des habitudes toxiques observées chez cette population, avec 98 patients (soit 78%) de la population étudiée, l'alcoolisme vient en seconde position avec 52 patients (soit 42%), puis la consommation de cannabis avec 22 patients (soit 18%) et en dernier lieu l'usage de psychotropes avec 22 patients (soit 15%).

### 2. Médico-chirurgicaux :

**Tableau 1 :** Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux.

Antécédents et terrains	Nombre de cas
Diabète	17
HTA/ cardiopathie	15
Pathologie tumorale connue	13
Tuberculose pulmonaire	13
Chirurgicaux	11
Asthme	9
ATCD urologique/ néphrologique	6
Affection digestive	5
Affection Neurologique	4
BPCO (broncho-pneumopathie chronique Obstructive)	3

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- La répartition des antécédents médicaux est marquée par la prédominance du diabète, les pathologies cardiaques, la tuberculose, les pathologies tumorales et enfin l'asthme.

- 11 patients ont déjà été opérés au moins une fois.

### 2. Autres :

- 3 patients présentent une pathologie psychiatrique sous jacente. Ils sont d'ailleurs suivis et sous traitement.

- 6 patients sont marqués de cicatrices d'automutilation au niveau des bras.

## III. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE.

### A. REPARTITION SELON LE MOTIF DE CONSULTATION :

- 75 patients ont été admis aux urgences pour la prise en charge d'une pathologie spécifique (soit 60%), 25 patients pour une agression au sein du centre pénitentiaire (soit 20%), 17 patients pour auto-agression (soit 14%), et 7 patients pour imprudence (soit 6%)

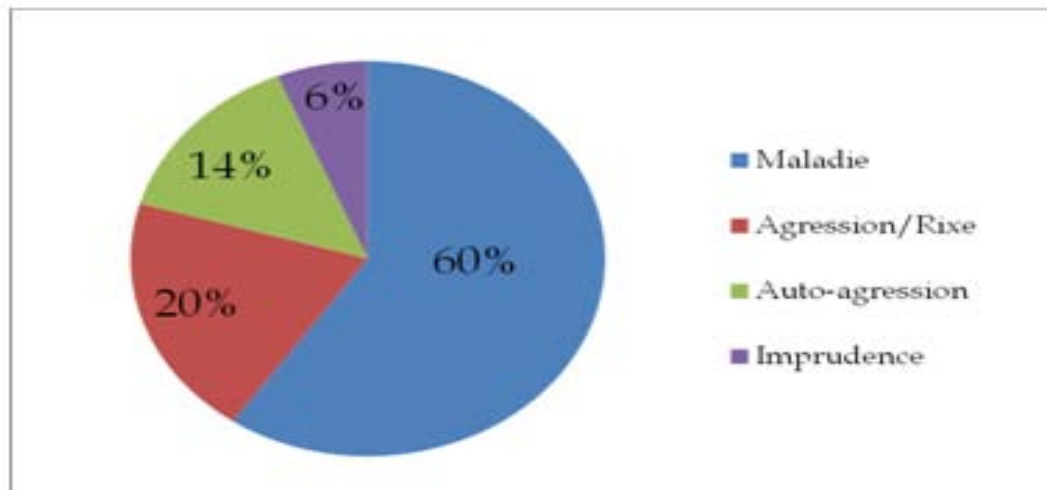


Figure 8 : Répartition selon le motif de consultation

## LES URGENCES INCARCEREES

### **B. Répartition selon le diagnostic retenu chez les détenus adressés pour prise en charge :**

**Tableau II : Répartition selon le diagnostic retenu chez les détenus adressés pour maladie.**

<b>Pathologie</b>	<b>Type de maladie</b>
Digestive (19cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intoxication alimentaire (5cas)</li> <li>- Gastrite (2 cas)</li> <li>- Syndrome appendiculaire (3 cas)</li> <li>- Péritonite par perforation d'ulcère (3 cas)</li> <li>- Constipation (2 cas)</li> <li>- Abcès anal (1 cas)</li> <li>- Ulcère gastrique (1 cas)</li> <li>- Hémorroïde (1cas)</li> <li>- Hernie inguinale (1cas)</li> <li>- Pancréatite aigue (1cas)</li> </ul>
Pulmonaire (16 cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tuberculose pulmonaire (8cas)</li> <li>- Crise d'asthme (6 cas)</li> <li>- DécompensationdeBPCO(2cas)</li> </ul>
Diabète et ses complications (09 cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acidocétose diabétique (6cas)</li> <li>- Hyperglycémie (2cas)</li> <li>- Pieddiabétique(1cas)</li> </ul>
Infectieuse et dermatologique (8cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-IST (4cas)</li> <li>-Surinfection d'une plaie (3cas)</li> <li>-Impétigodelaface(1cas)</li> </ul>
Urologique (8cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rétention aigue d'urine (5cas)</li> <li>-Coliquenéphrétique(3cas)</li> </ul>
Simulation et pathologie psychiatrique (7cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Simulation de douleur thoracique (3cas)</li> <li>-Simulation de dysurie (1cas)</li> <li>-Simulation de torticolis (1cas)</li> <li>- Crised'hystérie(2cas)</li> </ul>
Cardiaque (6 cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-OAP (œdème aigu du poumon) (3 cas)</li> <li>-Crise aigué hypertensive (2 cas)</li> <li>-Thromboseveineusedumembreinférieure(1cas)</li> </ul>
Gynéco-obstétrique (4 cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accouchement (3cas)</li> <li>-GEU(grossesseextra-utérine)(1cas)</li> </ul>
Tumorale (4 cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tumeur cérébrale (2cas)</li> <li>-Tumeur de l'orbite (1cas)</li> <li>-Tumeurdularynx(1cas)</li> </ul>
Neurologique (2 cas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC ischémique (1cas)</li> <li>- Crise d'épilepsie (1cas)</li> </ul>

## LES URGENCES INCARCEREES

---

### C. REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION POUR AGRESSION ET RIX :

**Tableau III** : Répartition des motifs de consultation pour

agression/Rixe.

Type de lésions	Nombre de cas
Plaies des membres	10cas
Traumatisme fermé avec fracture d'un membre	5 cas
Traumatisme fermé sans fracture d'un membre	4 cas
Traumatisme crânien	3 cas
Traumatisme du larynx	2 cas
Traumatisme thoracique	2 cas

### D. REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION POUR IMPRUDENCE.

**Tableau IV** : Répartition des motifs de consultation pour l'imprudence.

Type d'imprudence	Nombre de cas
Traumatisme fermé sans fracture d'un membre	5 cas
Traumatisme fermé avec fracture d'un membre	2 cas
Luxation de l'épaule	2 cas
Brulure thermique	1 cas

## LES URGENCES INCARCEREES

### E. REPARTITION SELON LE BILAN PARA-CLINIQUE REALISE :

**Tableau V :** Répartition selon le bilan para-clinique réalisé.

Type de bilan demande	Nombre de cas	Pourcentage %
Imagerie	61	48 %
Biologie	28	23%

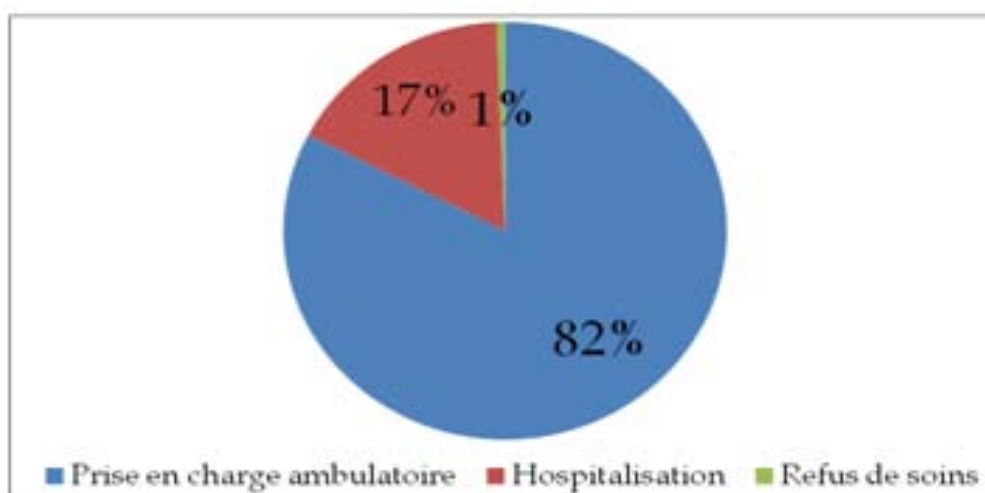
### F. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.

- 100 patients (soit 82%) ont bénéficié d'un traitement en ambulatoire (Ils ont reçu le traitement adéquat et ont quitté l'hôpital dans l'heure qui suit leur admission),

- 24 patients ont nécessité une hospitalisation (soit 17%),

- 2 patients ont refusé les soins,

- aucun décès n'a été déclaré,



**Figure 9 :** Répartition selon le type de prise en charge

## LES URGENCES INCARCEREES

---

### G. REPARTITION DES PATIENTS HOSPITALISES DANS LES STRUCTURES DE

#### SOINS :

Tableau VI : Répartition selon le service d'hospitalisation.

<u>Service</u>	<u>Nombre de patients hospitalisés</u>
Chirurgie viscérale	6
Spécialité médicale	5
Traumatologie	3
Réanimation	5
Chirurgie cardio-vasculaire	1
Gynéco-obstétrique	4
Oto-rhino-laryngologie	1

---

### IV. PROFIL DES PRISONNIERS ADMIS AUX URGENCES POUR

#### AUTO-AGRESSION :

#### A. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES ET D'AUTO- AGRESSION :

-2 patients présentaient une pathologie psychiatrique sous jacente suivis et sous traitement, et 6 patients avaient un antécédent d'auto- agression.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

### **B. REPARTITION SELON LA NATURE DES INFRACTIONS**

#### **COMMISES :**

**Tableau VII** : Répartition selon le motif d'incarcération

<b>Motifs d'incarcération</b>	<b>Nombre de cas</b>
Coups et blessures volontaires	10 cas
Vol simple et qualifié	7 cas
Trafic et consommation de drogue	4 cas
Non communiqués	2 cas

### **C. REPARTITION SELON LA DUREE DE LA PEINE :**

- 12 patients étaient en détention provisoire, 8 malades purgeaient une peine entre 2 et 10 ans et 2 patients n'ont pas communiqué leur durée de peine.

### **D. REPARTITION SELON LE TYPE D'AUTO-AGRESSION :**

**Tableau VIII** : Répartition selon le type d'auto-agression.

<b>Type d'automutilation</b>	<b>Nombre de cas</b>
Coupure d'un membre	8 cas
Tentative de suicide	5 cas
Ingestion volontaire d'un corps étranger	4 cas
Ingestion de produit de lessive	3 cas
Grève de la faim	3 cas

### **E. EVOLUTION.**

- 21 patients ont bien évolué, 2 patients ont refusé le traitement proposé .  
- on n'a eu aucun cas de décès durant la période d'étude



*DISCUSSIONS*



## I.PREAMBULE

Avant de discuter la prise en charge des patient détenus nous avons jugé utile de dresser d'abord un aperçu sur les droits consacrées au détenus par la législation interne et parle droit international (II), avant d'aborder le système pénitentiaire marocain avec son organisation et sa démographie (III),

Nous nous sommes ensuite attelés dans le 3eme chapitre a analyser et discuter les approches diagnostiques et les différentes prise en charge des patients détenus dans la lumière de la littérature (IV)

Enfin, nous avons réservé la dernière partie aux recommandations et aux mesures préventives. (V)

## II.DROITS DES PRISONNIERS

### A. EVOLUTION DES DROITS DE L'HOMME AU MAROC :

Depuis son indépendance, le Maroc a connu une grande évolution dans le domaine des droits de l'Homme.

Le Royaume a ratifié dès 1979 les deux pactes relatifs aux droits civils et politiques et aux droits économiques, sociaux et culturels. Il a également adhéré et ratifié plusieurs conventions relatives aux droits de l'Homme : la convention contre la torture, la convention de lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la convention sur les droits de l'enfant, la convention internationale pour la protection des travailleurs migrants et des membres de leur famille et la convention relative aux personnes souffrant d'un handicap et autres conventions.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Puis la situation des droits de l'homme au Maroc s'est nettement améliorée depuis quelques années. Les bagnes clandestins, notamment celui de Tazmamart, où certains prisonniers ont passé plus de 20 ans et d'où beaucoup d'autres ne sont jamais revenus, ont été fermés. Tous les exilés ont été autorisés à rentrer au pays et nous avons assisté à la liquidation des années noires, époque des années de plomb, grâce à sa majesté le Roi Mohammed VI qui a autorisé la création d'une commission baptisée (IER) Instance Équité et Réconciliation (janvier 2004) qui a été dirigée par un ancien militant des droits de l'homme.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

La commission IER auditionne les victimes dans le but de répertorier les violations des droits de l'homme durant la période 1956–1999, dans le but de rédiger un rapport dressant des recommandations pour éviter la répétition du passé. Le rapport de l'IER, publié en Décembre 2005, reconnaît au moins 9779 cas d'atteintes aux droits de l'homme et 1018 morts, un bilan contesté par l'AMDH (Association Marocaine de Défense des droits Humains).

La liberté d'expression, réelle sur bien des sujets, d'où la création de plusieurs organisations de défense des droits de l'homme au Maroc :

– « OMP » L'Observatoire Marocain des Prisons est une association fondée en 1999. Elle a obtenu l'autorisation de faire des visites dans les prisons et elle publie des rapports détaillés sur les conditions de détention.

– « FVJ » Forum Vérité et Justice, une association créée en Novembre 1999 par des victimes de la répression et d'anciens exilés pour dévoiler toutes les violations passées des droits de l'homme au Maroc. Il se bat pour la réhabilitation des victimes et contre l'oubli. Ce forum a organisé en Octobre 2000 un pèlerinage sur le site du bagne de Tazmamart (situé à 60 km d'Er-Rachidia).

– « OMDH » Organisation Marocaine des Droits de l'Homme: Créée en 1988, l'un de ses fondateurs, Omar AZZIMAN, a été nommé ministre chargé du dossier des droits de l'homme en 1993.

– « AMDH » Association Marocaine des Droits de l'Homme.

– « CNDH » Conseil National des Droits de l'Homme : organisme officiel où se côtoient des magistrats, des ONG, mais aussi des représentants du ministère de l'Intérieur.

– « UFA » Union de l'Action Féminine : née en 1987, bataille pour la réforme de la « Moudawana », le Code du statut personnel marocain.

– « ADFM » l'Association Démocratique des Femmes du Maroc : un réseau de soutien au projet gouvernemental de réforme du statut de la femme, qui regroupe quelque 200 organisations non gouvernementales.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Désormais, le Maroc a connu de grandes réformes de la justice et des droits de l'homme. Les droits du prisonnier, qui était jusque-là livré à lui-même, n'ont pas été négligés. En effet, une personne incarcérée bénéficie actuellement de plusieurs droits :

- Droit de recevoir des visites.
- Révision de peine.
- Droit à l'éducation et l'enseignement.
- Droit à la santé.
- Droit à la réinsertion sociale.
- Droit à la création artistique et intellectuelle
- Droit à l'exercice du culte religieux.

De nos jours, on assiste à la mise en place de centres pédagogiques au sein des prisons, et ce grâce à la Délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion (DGAPR), qui s'occupe désormais de la formation et de l'action éducative, sociale et culturelle au profit des détenus et de leur réinsertion.

Le résultat est déjà apparent à ce niveau. En effet, lors d'une visite royale à la maison carcérale OUKACHA le 17 août 2011, le Souverain a remis des diplômes de baccalauréat et de licence à 20 lauréats. Le nombre total s'élève à 164 bacheliers, 57 ayant obtenu leur diplôme d'études universitaires générales (DEUG) et 38 licenciés.

### **B. LA PRISON ET L'EVOLUTION DES PEINES :**

Le terme « pénitentiaire » vient du latin *paenitentialis* et fut utilisé dès 1806 comme substantif pour signifier le bagne, puis en 1835 comme adjectif définissant ce qui a un rapport avec le détenu. Le milieu pénitentiaire est un milieu créé par l'homme pour l'homme, à son image peut-être, dont il est par conséquent seul responsable quant aux insuffisances, dysfonctionnements et autres imperfections. [56]

Si l'idée de punir remonte aux temps des premiers hommes, la prison est une institution relativement nouvelle, le châtement corporel étant encore une réalité au début du XIXème siècle. [56]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Le temps des supplices infligés au condamné est un point de repère essentiel dans l'Histoire des prisons, et sa disparition marque un tournant décisif dans l'évolution des peines. [56]

Même si la Révolution Française amorce la fin de ces grands spectacles punitifs, avec l'abolition de la torture en 1788, les supplices ne disparaîtront que vers les années 1830-1848 [56] en France et dans les principaux systèmes pénaux (Russie, Angleterre, Prusse). Foucault remarque que d'une façon générale, les pratiques punitives étaient devenues plus pudiques. Ne plus toucher au corps, ou le moins possible en tout cas, et pour atteindre en lui quelque chose qui n'est pas le corps lui-même. On dira que la prison, la réclusion, les travaux forcés, le bagne, l'interdiction de séjour, la déportation sont bien des peines physiques à la différence de l'amande. [56]

Ainsi émerge une façon de punir autrement que par le corps supplicié. On comprend mieux que, aussi paradoxal que cela puisse paraître aujourd'hui, la prison marque un moment important dans l'histoire de la justice pénale : son accès à l'humanisme. [56]

A la fin du XVIIIème, début XIXème siècle, avec l'adoption du premier code pénal en 1791, le principe de la peine privative de liberté se généralise et remplace progressivement les châtiments corporels, mutilations et autres supplices. L'enfermement est au centre du dispositif pénal. [56]

L'isolement est alors le premier fondement de la prison qui se doit de séparer le condamné du monde extérieur et le conduire à la solitude, condition première à la soumission totale en assurant le "tête-à-tête" du détenu et du pouvoir qui s'exerce sur lui. [56]

Le deuxième code pénal en 1810 va associer l'isolement et le travail comme agent de transformation carcérale. L'abolition des travaux forcés n'interviendra qu'en 1945.[56]

Après la disparition des supplices et l'avènement de la peine privative de liberté, la réforme Amor, du nom de son rapporteur, ancien déporté pendant la guerre, est certainement l'autre grand tournant dans l'histoire des prisons. 14 principes sont énoncés dont le premier résume la philosophie : la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné. [76]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Il existe en effet un rapport étroit entre le comment punir et le pourquoi soigner. Le soin par le souci éthique du médecin pose la question de la finalité de la peine. [118]

On sent alors une volonté politique d'humaniser les prisons et de faire en sorte que la détention ne soit qu'une privation de liberté et uniquement de liberté.[55]

Mais les constats établis par différents observateurs [141], ou publiés dans différents rapports [65.70.127] montrent que la question du comment punir dans le respect de la dignité humaine est loin d'être résolue.

Aussi, Merle et Vitu [90], dans leur traité de droit criminel, nous rappellent-ils une notion essentielle pour comprendre la prison qui aujourd'hui sert à l'application de la peine privative de liberté.

La prison mêle à des degrés divers selon les époques et l'usage que font les Sociétés de la privation de liberté, 3 conceptions :

- Le mur : la prison comme simple instrument de protection des citoyens paisibles contre les individualités dangereuses : la prison est alors un mur, une digue « ad continendos homines » comme disait Ulpien... ;

Elle n'est pas autre chose qu'un parc zoologique où l'on enferme les fauves pour les empêcher de nuire.

- La géhenne : la prison comme lieux de souffrances et d'expiation, où l'on s'efforcera de « mater » les criminels avec suffisamment de rigueur pour leur enlever toute envie de récidiver.

- L'amendement : la prison ...dans une perspective plus humaine. On profite de l'emprisonnement pour rééduquer les condamnés et pour préparer par des méthodes appropriées leur réinsertion dans la vie normale.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Ces 3 conceptions sont fondamentales. Car, même si l'orientation des prisons affirmée aujourd'hui politiquement est l'amendement et le reclassement social du condamné [76], on constate que les murs des prisons sont toujours aussi hauts et que la souffrance est toujours très forte. La philosophie pénale a évolué, mais les prisons sont toujours les mêmes, avec des cellules de 9 mètres carrés réglementaires sans isolation des sanitaires. De plus, la surpopulation carcérale d'environ 200% dans les maisons d'arrêt [127] réduit d'autant+

l'espace à vivre alors même que l'encellulement individuel des prévenus est prévu depuis 1875 [69]. En ajoutant des barreaux, la métaphore animale s'impose d'elle-même.

Au Maroc, l'administration pénitentiaire est une direction du Ministère de la justice. La particularité de sa mission lui confère une certaine autonomie de gestion. En effet, elle a toujours été installée dans des locaux propres, séparés de ceux du reste du département de la justice. Elle a son propre personnel et ses propres services centraux et extérieurs qu'elle gère de manière autonome

L'autonomie de l'Administration Pénitentiaire est le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs : historique, technique psychologique et social.

En 1956 le service pénitentiaire, qui relevait jusque là de la Direction de la sécurité publique, a été confié au Ministère de la Justice, nouvellement créé, suivant le Dahir du 16 Mai 1956

### **C. L'HISTOIRE DE LA SANTE EN MILIEU PENITENTIAIRE :**

Si l'histoire de la médecine remonte à des temps très anciens dont Hippocrate (460–377 avant Jésus Christ) marque le début de la médecine moderne [99], la notion de droit et d'accès aux soins pour la population générale ou carcérale est bien plus tardive. [58].

Les premiers hôpitaux en Europe apparaissent aux XVIIème et XVIIIème siècles et sont plus des lieux de charité que de soins [58].

Dans la continuité du moine Mabillon qui fut un des premiers à proposer des réformes sur les conditions d'enfermement dans son ouvrage « Réflexions sur les prisons des Ordres religieux » publié en 1690, John Howard dans son livre « l'Etat des prisons » appelle à un traitement plus humain des prisonniers faisant référence aux conditions d'hygiène et à l'idée de santé: ... alors l'emprisonnement remplira son but : sans nuire à la santé et à la moralité des prisonniers, il sera suffisamment pénible et désagréable pour effrayer l'oisif et le prodigue ...[1.57]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Même si le siècle des Lumières est traversé par un fort courant de pensée [32], dénonçant les châtiments corporels et arbitraire des peines, comme le note Dominique L'huilier, ce sont plus les épidémies de typhus, scorbut, dysenterie et la tuberculose qui révèlent au XIXème siècle la nécessité de soigner les détenus que le souffle humaniste et philanthropique des philosophes écrivains et religieux du siècle des Lumières :

Il faut protéger les honnêtes gens intervenant en prison et éviter la contagion à l'extérieur. La mortalité carcérale au XIXème siècle était de 4 à 5 fois supérieure à la mortalité générale. La prison supprimait ainsi beaucoup plus de vies humaines que ne le faisaient les supplices de l'Ancien Régime. Cette situation était en totale contradiction avec l'objectif humaniste à l'origine de la création du système carcéral : supprimer les tortures et les supplices et recourir à une punition plus humaine. [83]

Dominique Lhuilier conclut son analyse en faisant remarquer à juste titre que, plus récemment, la question du sida et des risques de contamination fut à l'origine des préoccupations relatives à la santé des détenus. [83]

Au niveau de la démographie médicale carcérale française : le personnel de santé en milieu pénitentiaire au premier janvier 2011 était constitué de 2447 professionnels [42].

Le ministère de la Santé française ne communique pas de chiffres sur d'éventuels problèmes de densité médicale carcérale.

Il est indéniable qu'il existe un fond de surpopulation carcérale française avec 60544 détenus au premier janvier 2011 pour une capacité théorique d'accueil de 56358 La densité carcérale est assez hétérogène au premier janvier 2011 avec : [42]

- 5 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 200 %
- 17 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 150 et inférieure à 200 %;
- 52 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 120 et inférieure à 150 %;

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- 34 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 100 et inférieure à 120 %;
- 129 établissements ou quartiers d'une densité inférieure à 100 %

### I. **Tableau IX** : Répartition de la densité carcérale à travers le monde : [42]

II.

<b>Pays</b>	<b>Année</b>	<b>Densité carcérale</b>
Allemagne	2003	101.9%
Belgique	2003	107.4%
Bulgarie	2003	159.5%
Espagne	2003	114.1%
France	2011	107.4%
Italie	2003	134.2%
Pays-Bas	2003	95%
Royaume Uni	2003	95.5%
Maroc	2001	141%
Suisse	2003	80.9%

Au Maroc le Rapport annuel de l'Observatoire Marocain des prisons, juin 2001 relève une série de problèmes liés à la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires. En effet, elle ne dépasse guère les 39 000 places alors que la population carcérale régulière est de l'ordre de 55 000 soit une densité de 141% ; Pour un nombre de 59 établissements pénitentiaires. [28]

## I. APERCU SUR LE SYSTEME PENITENTIAIRE MAROCAIN

### A. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES.

#### 1. En France

Il existe cinq types d'établissement pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories pénales : les centres de détentions, les centres de semi-liberté, les maisons d'arrêt, les maisons centrales et les centres pour peines aménagées. . [106]

• **Centre de détention** : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées dont les perspectives de réinsertion sont jugées favorables. Le régime de détention est en principe axé vers la resocialisation.

• **Centre de semi-liberté** : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées admises au régime de semi-liberté ou de placement à l'extérieur. Ce régime de détention leur permet d'exercer une activité (travailler,

Recevoir un enseignement ou une formation, participer à la vie de leur famille ou recevoir un traitement médical). Les personnes condamnées à ce régime de détention sont astreintes à rejoindre l'établissement pénitentiaire dès la cessation de cette activité.

• **Maison d'arrêt** : établissement ou quartier pénitentiaire qui ne reçoit théoriquement que les personnes prévenues et les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

• **Maison centrale** : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées à une peine supérieure à cinq ans, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles les pronostics de réinsertion sociale sont jugés peu favorables. Le régime de détention est axé essentiellement sur la sécurité.

• **Centre pour peines aménagées** : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit des personnes condamnées à de courtes et moyennes peines, à moins d'un an de leur libération.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

• **Centre pénitentiaire** : établissement pénitentiaire mixte, qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). Il reçoit à la fois des prévenus et des condamnés à de courtes et longues peines.

• **Accueil ou quartier arrivants** : il est composé de cellules prévues pour accueillir les entrants lors de leur arrivée dans l'établissement. Le code de procédure pénale prévoit que la personne détenue soit placée seule en cellule d'attente.

### 2. Au Maroc

Voir annexe

#### **B. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION INCARCEREE :**

L'effectif des établissements pénitentiaires exploités au royaume du Maroc selon les données recueillies du dernier rapport de l'observatoire marocain des prisons (omp) 2011-2012 est de l'ordre de 73 établissements pénitentiaires, répartis en trois maisons centrales, cinquante huit prisons octales, huit pénitenciers agricoles et quatre centres de réformes et d'éducation (151)

La capacité d'accueil varie entre 27 (prison locale de Tata) et 3000 prisons locales de Marrakech (152)

Ces dernières années, la population carcérale a considérablement augmenté, les détenus étaient au nombre de 64833 à fin septembre 2011. En septembre 2012, on dénombrait 70675 prisonniers soit 11436 nouveaux incarcérés annuellement et donc on estime un renforcement mensuel par l'arrivée de 1000 prisonniers au sein des établissements pénitenciers (151)(152)

Dans cette population carcérale 46 pr cent de détenus sont en détention provisoire contre 54 % de condamnés (151)

La majorité des détenus sont condamnés à des peines de 2 ans ou moins soit 60.17 alors que 29.40 des prisonniers ont des peines entre 2 ans et 10 ans les peines lourdes de 10 ans à 30 ans ou à perpétuité concernent 10.23 % des détenus (151)

Les établissements pénitenciers souffrent encore de surpeuplement et le nombre des prisonniers est toujours en augmentation malgré la construction de nouveaux établissements, cette promiscuité n'épargne aucune prison. Le pénitencier de Marrakech arrive en tête des prisons surpeuplées avec 168.14 pr cent de plus de sa capacité autorisée, la seconde position est revenue

## LES URGENCES INCARCEREES

---

au centre de Tiznit par 121.43 pr cent alors que la troisième place est attribuée a la prison d'ain koudous de Fès avec 118.67 (152)

Les causes de ce surpeuplement dans les prisons marocaines sont représentées principalement par le recours fréquent par les juges a la détention préventive n y compris pour des faits mineurs , es réticences a appliquer les procédures de liberté conditionnelle et la non mise en pratique des disposition relatives au contrôle judiciaire ainsi qu'l'absence de procédures pour des peines alternatives non privatives de liberté e plus l'absence d'un contrôle judiciaire rigoureux (153)

En conséquence, cet encombrement a rendu la surface réservée pour chaque détenu ne dépassant guère 1.5metre carrée, alors que les normes internationales prévoient entre 3 et 6 carrées par prisonniers (153)

En plus des conditions pénibles ou inconfortables que le surpeuplement carcéral engendre la transmission de diverses maladies contagieuse (tuberculose, gale ) en plus des agressions sexuelles et des violences de tout genre associées au difficultés d'accès a hygiène et aux soins de santé sont des conséquence naturelles de la promiscuité (153)

Concernant les services sanitaires, les médecins affectées au sein des prisons marocains sont au nombre de 68 médecins dont 48 sont des médecins généralistes et 21 dentistes la moyenne est un médecin pour 1233 détenus (154)

### III. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE :

#### A. REPARTITION SELON LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES :

##### 1. Répartition selon le sexe :

En France, au premier Janvier 2011, on compte 60544 personnes incarcérées, 58600 hommes soit 96.78% pour 1944 femmes soit 3.21% de l'ensemble de la population carcérale. [42]

Au Maroc, d'après les statistiques du 31 Décembre 2007, de la délégation générale pour la gestion des prisons et de la réinsertion, la population carcérale au Maroc est de 54 660 détenus, les hommes étaient au nombre de 53 115 soit environ 97% de la population

## LES URGENCES INCARCEREES

carcérale contre un nombre de 1545 femmes soit environ 3%. [28]

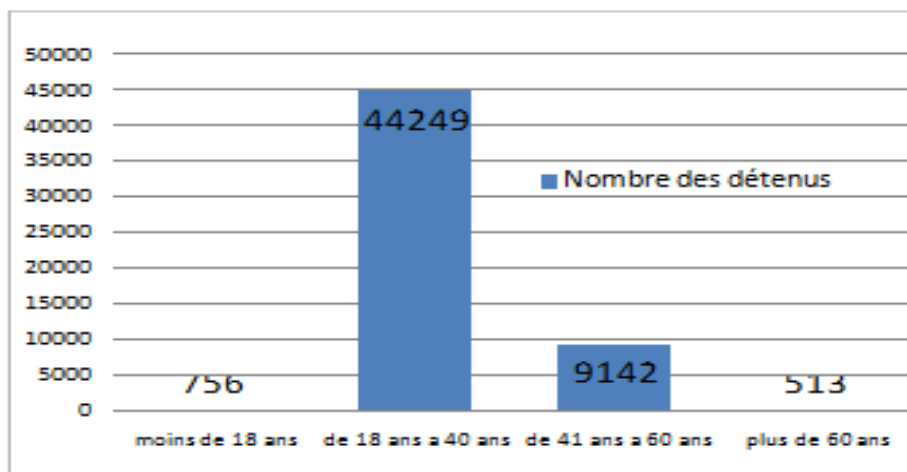
Dans notre étude, sur un échantillon de 126 patients, les hommes présentaient 118 cas soit 94% contre 8 cas de femmes soit environ 6% de la population étudiée.

### 2. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen de la population carcérale française au 1<sup>er</sup> Janvier 2008 est de 32 ans.[87]

Les tranches d'âges les plus représentées, dans la population carcérale en France restent les 20-40ans [122].

Au Maroc, d'après le bulletin statistique annuel de la délégation générale pour la gestion des prisons et de la réintégration de 2007, le jeune âge de la population carcérale marocaine est frappant : 80.95% de la population présente un âge entre 18-40 ans comme le montre le Diagramme suivant :



**Figure10:** Répartition de la population carcérale marocaine selon les tranches d'âges.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

La présence des détenus âgés pose la question de la mort en prison. [35.105]

Dans notre population d'étude, l'âge moyen des prisonniers est de 25,40 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 72 ans.

Le jeune âge de la population carcérale est respecté 94 prisonniers (Soit 75%) dont la tranche d'âge est entre 18 ans et 39 ans.

Ce tableau montre une comparaison des tranches d'âges entre la population carcérale française, marocaine et notre série. [28.93]

## LES URGENCES INCARCEREES

**TableauX : Comparaison des tranches d'âges entre la population carcérale française, marocaine et notre série. [28.93]**

Tranche d'âge	En France		Au Maroc		Notre population étude	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Moins de 18 ans	642	1.1%	756	1.38%	Exclu de l'étude	
De 18 à 40 ans	40010	70%	44249	80.95%	94	75%
De 41 ans à 60 ans	14515	25.4%	9142	16.72%	27	22%
Plus que 60 ans	1996	3.5%	513	0.93%	5	3%

### **3. Répartition mensuelle des admissions :**

Le nombre des admissions durant la période du 1<sup>er</sup> Mars 2016 au 31 août 2016 a été marqué par une fréquence élevée aux mois de Juin et Août.

A savoir que les mois de CHAABAN et RAMADAN coïncident respectivement avec juillet et août ou on constate une diminution de la consommation d'alcool au mois de CHAABAN et un syndrome de sevrage lors du jeûne au cours du mois de RAMADAN, habituellement on assiste à une augmentation des agressions et de la violence avant la rupture du jeûne.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

### 4. Répartition selon les antécédents toxiques :

Le tabagisme est une des principales causes évitables de mortalité et sa réduction est considérée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme un des objectifs prioritaires de santé publique [12] En France, le nombre annuel de décès attribuables au tabac est de 66 000, dont 59 000 hommes. Ils représentent 21% de la mortalité masculine [66]

La prévalence du tabagisme est plus élevée en milieu carcéral que dans l'ensemble de la population française. À l'entrée en prison, 81% des hommes de 18 à 54 ans fument [96] contre 36 à 38% de la population générale masculine [8.66] Les actions de prise en charge de la dépendance tabagique sont rares en milieu carcéral [101] bien que des actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires s'inscrivent dans les missions des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unités hospitalières délocalisées dans les prisons.[84.110]

L'incarcération provoque un stress et une anxiété fréquemment associée à la prise de tabac et à l'impétuosité de fumer [137]. L'incarcération entraîne d'autres troubles psychopathologiques ou l'exacerbation de troubles primaires. La prison abrite un nombre important de personnes souffrant de troubles psychiques [64.111] et présentant des facteurs socioéconomiques difficiles qui contribuent à la forte prévalence du tabagisme [41.82] La population carcérale est plutôt défavorisée, souvent en situation d'échec scolaire et économique [68. 96.114]

La population incarcérée se caractérise par une prévalence élevée des phénomènes d'addiction à l'entrée en prison. Selon une enquête du ministère de la santé menée en 2003 auprès des personnes entrées en prison [97], huit entrants sur dix ont été jugés en bon état de santé général lors de la visite médicale à leur arrivée. Cependant, ils déclarent beaucoup plus de consommation de substances psycho-actives que l'ensemble de la population et les conduites d'addictions se cumulent pour le quart d'entre eux. En 2003, un tiers des entrants (33,3 %) déclare avoir consommé des drogues illicites de façon régulière et prolongée dans l'année précédant leur incarcération, du cannabis le plus souvent (29,8 %), des opiacés (6,5 %), de la cocaïne ou du crack (7,7 %), des médicaments utilisés de façon

## LES URGENCES INCARCEREES

---

toxicomaniac (5,4 %) et, de l'ecstasy, des colles ou solvants (4 %). En matière d'alcool, 30,9 % déclare une consommation excessive lors de la visite médicale d'entrée. [87

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Selon un rapport de l'Observatoire international des prisons (OIP), 60 % des entrants présentent au moins une addiction (alcool, drogues illicites, médicaments psychotropes et tabac). [115]

Cette addiction est poursuivie du fait de l'isolement même si, dans l'absolu, il ne devrait pas y avoir de produits toxiques en prison. Certains détenus exercent un chantage vis-à-vis des médecins des UCSA pour obtenir des médicaments de substitution ou au moins des psychotropes de façon régulière et en particulier des benzodiazépines, pour pouvoir tenir le coup.

Dans notre population d'étude, le tabagisme occupe le premier rang des antécédents toxiques, avec 98 patients (soit 78%) de la population étudiée, en deuxième lieu l'alcoolisme avec 52 patients (soit 42%), puis le cannabis avec 22 patients (soit 18%) et en dernier lieu en trouve l'usage de psychotropes avec 22 patients (soit 15%). Sans oublier la consommation intra-carcérale de drogues illicites, qui est une réalité mais difficile à prouver.

### **5. Répartition selon les antécédents médico- chirurgicaux :**

Dans notre étude, la répartition des antécédents médicaux est marquée par la prédominance des pathologies chroniques à savoir : diabète, pathologie cardiaque, la tuberculose, la pathologie tumorale, et l'asthme.

On pourrait noter l'absence d'études spécifiques concernant les antécédents et les terrains pathologiques des prisonniers de façon globale.

### **6. Répartition selon les antécédents psychiatriques :**

Sur le plan mental, en France la situation est plus alarmante:

D'une part, la fréquence des troubles psychiatriques chez les détenus est extrêmement élevée, au moins 25% dont 8% de psychoses graves [30]. D'après une récente étude épidémiologique sur la santé mentale [51], près de 8 hommes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique, 47% des détenus souffrent de troubles dépressifs, et près de 24% des troubles psychotiques dont 8% de schizophrénie, c'est-à-dire 8 fois plus que la population générale.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

D'autre part, la morbidité psychiatrique est en constante augmentation [36] et le projet de création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) ne suffira certainement pas à répondre aux besoins. Plus grave encore est le problème en amont de la décision de justice face à la maladie mentale [102] Ainsi, le nombre d'accusés jugés irresponsables au moment des faits est passé de 17% dans les années 1980 à 0,17% pour l'année 1997. [127]

Dans un article publié récemment, les professeurs Olié et Loô confirment cette tendance préoccupante qui conduit les psychiatres experts à reconnaître un sujet malade mental et responsable de ses actes, donc punissable. L'exemple donné dans l'article est très révélateur et permet de bien saisir la gravité d'une telle décision :

Un schizophrène qui surprend sa famille et tout le monde par un acte soudainement commis sous l'emprise d'un délire et d'hallucinations est orienté vers l'hôpital par contre, le schizophrène socialement isolé, a de fortes chances de se retrouver incarcéré. [102]

Enfin, que penser d'une société capable d'accepter que des hommes et des femmes malades aillent en prison en prenant l'alibi d'une présence médicale au sein des établissements pénitentiaires ? [102]

La schizophrénie en prison toucherait 8% de la population carcérale, 8% sur 60000 détenus, soit 0,0008% de la population française. La prévalence de la schizophrénie en France est de 1% [133]. La société ne peut-elle pas mettre les moyens suffisants pour prendre en charge dignement les 0,0008% de patients actuellement en prison souffrant de schizophrénie?

Selon l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), la population de psychotiques incarcérés est comprise entre 3 et 5 % [59]

Dans notre population d'étude, les détenus connus porteurs d'une pathologie psychiatrique sont au nombre de 3 patients sur un échantillon de 126 soit 2.38%. Un nombre sous estimé en l'absence de dépistage réel de toute pathologie psychiatrique dans notre pays, vu l'augmentation des maladies mentales en milieu carcéral.

# LES URGENCES INCARCEREES

---

## **7. Répartition selon les antécédents d'auto-agression :**

Favorisés par l'absence de verbalisation, les automutilations sont souvent l'apanage de certains profils psychologiques (troubles limites de la personnalité, personnalités narcissiques, jeunes détenus...). En France, elles sont en léger recul depuis 1997 (1703 en 1994 contre 1763 en 1996 et 1337 actes en 1997). [88]

Dans notre population, 6 détenus ont un antécédent d'automutilation (à type de cicatrices de plaies au niveau des membres supérieurs et tronc, caractéristiques des intoxications aux clonozépam) au cours de leurs incarcérations soit 4.34% de la population étudiée.

## **C. CARACTERISTIQUES D'INCARCERATIONS :**

### **1. Selon la nature des infractions commises :**

D'après les chiffres de la direction l'administration pénitentiaire française, Juillet 2003, on trouve le viol et autres agressions sexuelles en première place suivis du vol simple et qualifié puis les coups et blessures volontaires, comme le montre le tableau suivant.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

**TableauXI : Répartition selon la nature de l'infraction principale  
Commise en France au 1er avril 2005. [93]**

<b>Nature de l'infraction</b>	<b>Pourcentage</b>
Viol et autres agressions sexuelles	21,8%
Coups et blessures volontaires	17,4%
Vol simple et qualifié	16,5%
Infraction à la législation sur les stupéfiants	14,9%
Homicide volontaire	8,9%
Escroquerie, recel, faux et usage de faux	7%
Homicide et atteinte involontaire à l'intégrité de la personne	5,3%
Infraction à la législation sur les étrangers	1,9%
Autres motifs	6,2%

Dans notre population d'étude, les infractions sont dominées par le vol simple et qualifié avec 39%, trafic et consommation de drogues avec 15%, en troisième position on retrouve les coups et blessures volontaires avec 12%, l'arnaque 14%, Viol et autres agressions sexuelles avec 8% l'homicide avec 8% et en dernier lieu la prostitution et proxénétisme avec 4%.

# LES URGENCES INCARCEREES

## 2. Selon la durée de la peine :

Dans la population carcérale française au 1<sup>er</sup> avril 2005, on note la prédominance des peines de plus de 5 ans soit 35,7%, dont 542 réclusions criminelles à perpétuité, soit 1,4% de l'ensemble, suivie des peines inférieure à 1 an avec 29.9%. [93]

Dans notre population carcérale marocaine, on note la prédominance des peines de courte durée, 39% des détenus sont condamnés pour une durée de peine entre 6 mois et 2 ans puis vient la durée de peine plus longue, variant entre 2 ans et 10 ans avec 25% des détenus.( figure 12)

Dans notre étude, en dehors des détenus prévenus qui prennent la première place, la durée de peine de 6 mois à 2ans vient en premier lieu puis la durée de peine de 2 ans à 10 ans ce qui est compatible avec les statistiques de la population carcérale marocaine.

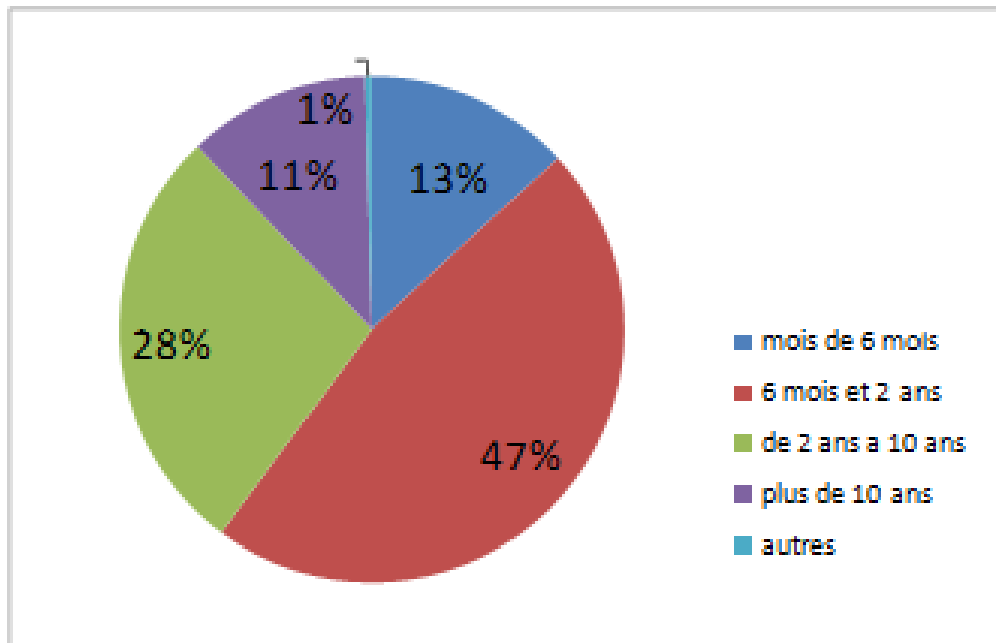


Figure12: répartition de la durée de peine pour la population carcérale marocaine au 31 décembre 2007.

## III. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE :

### A. ORGANISATION FRANÇAISE DES SOINS EN MILIEU CARCERAL :

En France, l'organisation du système de santé en milieu carcéral est régie par la loi du 18 janvier 1994 n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale, venant compléter l'article L. 711-3 du Code de Santé Publique : le service hospitalier assure, dans des conditions fixées par voies réglementaires, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducatives pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

Les grands axes de la réforme étaient : [94]

- Une prise en charge globale.
- Une équipe soignante hospitalière indépendante de l'Administration Pénitentiaire.
- La complémentarité des missions des personnels sanitaires et pénitentiaires.
- Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé proximité, chargé d'implanter une UCSA en milieu pénitentiaire. [93]

L'article D368 du code de procédure pénale souligne que les missions de diagnostic et de soins en milieu pénitentiaire et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, dans le cadre d'une UCSA. [93]

Cette réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, a été une avancée sur deux points. Avant 1994, la prise en charge des soins des détenus relevait de la seule compétence de l'administration pénitentiaire, le directeur régional désignant un ou plusieurs médecins vacataires pour chaque établissement. Le but de cette loi était donc de permettre aux détenus d'accéder à des soins comparables à ceux délivrés en milieu ouvert, au travers du service public hospitalier. [93]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

De plus, elle accorde une couverture sociale à toute personne détenue, française ou étrangère, l'affiliation à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale devenant obligatoire lors de l'entrée en détention. [93]

La création des UCSA survient 10 ans après celle des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) puisqu'elle n'a été effective dans tous les établissements pénitentiaires qu'entre 1996 et 1997. [93]

Au 1er Janvier 2009, 175 UCSA fonctionnaient, soit une par établissement pénitentiaire français (sont exclus les 19 centres de semi-liberté, qui font l'objet d'un autre dispositif). [93]

Les conditions de fonctionnement d'une UCSA et les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire sont déterminées par un protocole conclu entre les deux instances. [94]

Les missions de l'établissement de santé sont multiples.

Il s'agit d'assurer tout d'abord les soins en milieu pénitentiaire. Ceci nécessite la mise en place de consultation de médecine générale et de consultation spécialisée, ainsi que l'organisation des soins dentaires. La gestion de la réponse médicale aux urgences fait également partie des attributions de l'établissement de santé. La fourniture et la dispensation des médicaments et d'autres produits pharmaceutiques nécessaires à la réalisation des examens de laboratoire et de radiologie sont aussi réalisées sur place par des pharmaciens et des préparateurs en pharmacie. [94]

Les médecins généralistes des UCSA réalisent certaines consultations spécifiques du milieu pénitentiaire, entre autres l'examen médical d'entrée des personnes détenues.

En dehors de ces consultations spécifiques, chaque détenu est en droit de demander une consultation médicale. Il doit en faire la demande par écrit, celle-ci étant adressée par pli fermé à l'UCSA ou déposée par le détenu dans une boîte aux lettres prévue à cet effet. [94]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Lorsque les soins ou les examens ne peuvent être assurés en milieu pénitentiaire, l'établissement de santé est chargé d'organiser l'accueil hospitalier de la personne détenue. Il peut s'agir de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisations. L'établissement pénitentiaire doit alors assurer l'acheminement de la personne dans les meilleures conditions. [94]

La préparation du suivi médical après la détention est également un objet majeur. Il nécessite de développer l'éducation à la santé pendant l'incarcération et de prendre des dispositions pour organiser au mieux le suivi sanitaire à la sortie de l'établissement pénitentiaire.

Enfin, l'établissement de santé doit mettre en place des actions de prévention et coordonner les actions de dépistage. [94]

### **B. SITUATION SANITAIRE EN MILIEU CARCERAL :**

Les établissements pénitentiaires demeurent des lieux fermés dans lesquels les conditions de vie sont difficiles. [42]

La surpopulation carcérale vient renforcer la promiscuité préexistante. La France n'est pas épargnée par ce constat avec 60544 détenus au premier Janvier 2011 (soit 58600 hommes pour 1944 femmes) pour une capacité théorique d'accueil de 56358 (un total de 84 354 incarcérations en 2010). Le personnel de santé en milieu pénitentiaire au premier janvier 2011 était constitué de 2447 professionnels. [42]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Au Maroc, d'après les statistiques du 31 Décembre 2007 la délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion marocaine, on compte 69 médecins affectés dont 48 médecins généralistes et 21 dentistes soit un ratio de 1 médecin pour 1233 détenus. [28]

Pour l'année 2007, selon la délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion marocaine, 35112 détenus ont bénéficié d'un vaccin contre la méningite à méningocoque C, 4389 de radio thorax et 8381 de BK crachats dans le cadre du dépistage. [28]

Parmi les maladies les plus fréquentes dans la population carcérale marocaine, on trouve les maladies psychiatriques, les pathologies digestives, les pathologies dermatologiques et urologiques, les pathologies pulmonaires à types d'asthme et de tuberculose et en dernier lieu les pathologies cardiaques. [28]

### C. REPARTITION SELON LE DIAGNOSTIC RETENU CHEZ LES DETENUS REFERES POUR MALADIE :

Selon notre étude, 75 patients ont été admis aux urgences pour une maladie (soit 60% de la population étudiée). Les pathologies digestives et pulmonaires viennent en premier lieu suivies du diabète et ses complications et les pathologies infectieuses.

#### 1. Pathologie digestive.

Au cours de notre étude, 19 détenus ont consulté pour une pathologie digestive soit 15% de la population étudiée avec prédominance des intoxications alimentaires, des gastrites, des appendicites et des péritonites par perforation d'ulcère.

La prédominance des intoxications alimentaires dans le milieu carcéral est expliquée par plusieurs mécanismes à savoir l'absence d'éducation à la santé en termes d'hygiène des mains et de conservation des aliments. De plus, les détenus reçoivent de leurs proches des aliments dont on ignore la qualité et les conditions de conservation.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

On mentionnera les efforts considérables réalisés par la DGAPR marocaine où le budget réservé à l'alimentation des détenus est passé de 5 à 15 dirhams par détenu dont le but d'améliorer la qualité de l'alimentation servie en milieu carcéral. [28]

On note aussi l'absence de publications scientifiques concernant les pathologies digestives en milieu carcéral.

### **2. Pathologie pulmonaire :**

La tuberculose est une maladie que l'on rencontre fréquemment dans les prisons du continent européen, et en particulier dans les pays de l'Est. Les détenus proviennent souvent des catégories les plus vulnérables de la société.

Bon nombre d'entre eux sont en effet pauvres, alcooliques, toxicomanes, ou souffrent de maladies mentales, et sont par conséquent exposés à un risque plus élevé de tuberculose. [134]

En milieu carcéral, le risque de contracter la tuberculose est accentué par des conditions de vie précaires et le surpeuplement. Les services médicaux sont généralement de moins bonne qualité que ceux réservés à la population générale. Les traitements sont par conséquent inadéquats et la souche multi résistante de la tuberculose finit par se développer et contaminer la population carcérale et tout le personnel de prison. Certes, les détenus vont en prison pour purger une peine, mais il n'est en aucun cas question de laisser un germe disséminer dans son corps ; d'autant plus que contracter la souche multi résistante de cette maladie équivaut parfois à une condamnation à mort dans bon nombre de pays. [134]

Si la période de détention est suffisamment longue pour contracter la tuberculose, elle ne l'est pas forcément pour garantir un traitement efficace (même lorsque des soins adéquats sont disponibles). En effet, nombreux sont ceux qui ne poursuivent pas leur traitement antituberculeux une fois libérés. La maladie se propage dès lors dans la population générale. Les prisons peuvent constituer de véritables réservoirs de tuberculose étant donné que les personnes incarcérées sont ensuite libérées, puis incarcérées de nouveau. [134]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Nul n'est obligé de subir pareille situation. La tuberculose peut faire l'objet d'une prévention et d'un traitement efficaces en milieu carcéral si la stratégie Halte à la tuberculose est appliquée comme le souligne un bilan d'experts publié récemment pour la Région européenne[134]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Selon les toutes dernières estimations, 32 000 personnes sont atteintes de tuberculose dans les prisons européennes, et 30 000 d'entre elles sont en Europe de l'est. [134]

Plus de 18 000 nouveaux cas de tuberculose ont été rapportés dans les établissements pénitentiaires et signalés au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2004 : 17 800 de ces cas ont été observés en Europe de l'est, soit 10 % du nombre total de nouveaux cas de tuberculose signalés chaque année par ces pays. [134]

En Janvier 2005, la Fédération de Russie comptait 763 000 détenus, soit 532 pour 100 000 habitants, plaçant ce pays à la deuxième position juste après les États-Unis d'Amérique en termes d'importance de la population carcérale dans le monde. Le Bélarus, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Turkménistan et l'Ukraine figurent aussi parmi les dix premiers. [134]

Le taux d'incidence de la tuberculose en milieu carcéral peut être plus de 30 fois supérieur à celui de la population générale. La mortalité imputable à cette maladie, quant à elle, est 5 fois plus importante et la prévalence de la souche multirésistante, 10 fois plus élevée. [134] Cette augmentation est expliquée par la présence d'un grand nombre de détenus nés à l'étranger, notamment originaires d'Afrique et d'Asie où la prévalence de la tuberculose est très élevée.

En France, la prévalence élevée de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires serait due au fait que les personnes incarcérées sont plus à risque d'avoir été en contact avec la mycobactérie à l'extérieur, soit parce qu'elles sont originaires d'un pays dans lequel la transmission est importante, soit parce que leurs conditions de vie favorisent cette transmission. La situation sanitaire semble toutefois s'être améliorée ces dix dernières années, grâce à l'application des recommandations françaises concernant le dépistage et le traitement des cas de tuberculose [34]

Au Maroc, d'après le bulletin statistique annuel de la DGAPR marocaine de 2007, pour une population carcérale de 77120, les établissements pénitentiaires ont effectué 4389 Radio thorax et 8381 BK crachats dans le cadre du dépistage de la tuberculose avec 654 cas dépistés pour 77120 détenus écroués pendant l'année 2007 soit une incidence de 848 pour 100 000.[28]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Dans notre étude, 16 prisonniers sont admis pour une pathologie pulmonaire. On aura retenu un nombre de 8 détenus qui ont consulté pour une tuberculose (soit 6.3 % de la population étudiée), 6 cas admis pour une crise d'asthme (soit 4.7%) tandis que le taux d'asthmatiques incarcérés français ne dépasse pas les 3.7% (chiffre avancé en avril 2003) [60], et enfin 2 cas pour décompensation de BPCO.

Ce tableau montre une comparaison de l'incidence de la tuberculose dans la population carcérale et la population générale à travers le monde. [11]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

**TableauXII : Comparaison de l'incidence de la tuberculose dans la population carcérale et la population générale à travers le monde [11]**

<b>Pays</b>	<b>Incidence en prison pour 100000</b>	<b>Incidence dans population générale pour 10000 0</b>
U.S.A 2004	70.9	10
France 2000	215.5	25
Hong Kong 2008	259.7	76
Israël 2008	25.3	10
Espagne 2001	639	45
Brésil 2004	1045.3	67.75
Maroc 2007	848	82

# LES URGENCES INCARCEREES

---

### 3. Diabète et ses complications :

Depuis quelques années, en Grande-Bretagne l'association de diabétologue britannique avait reçu des plaintes de la part des prisonniers diabétiques et de la part de leurs familles en ce qui concerne le régime, les techniques d'auto-surveillance et l'accès aux spécialistes. [85]

D'après une étude faite à Liverpool en 1996, à la prison de Walton 40 détenus ont consulté pour une complication du diabète sur 247 détenus pour une période de 30mois soit 16.19% de la population étudiée. [85]

Et parmi les problèmes soulevés par l'étude britannique. [85]

- D'après les prisonniers :
  - Mauvaise alimentation et le non respect des heures de repas
  - L'accès limité des prisonniers aux diététiciens et aux spécialistes endocrinologues.
  - Le manque de moyens d'auto-mesure
- D'après les spécialistes :
  - Les moyens de travail sont limités
  - Mécanisme décompensateur non retrouvé
  - Acidocétose auto-induite

Dans notre étude, 9 détenus ont consulté pour une complication de diabète aigu ou chronique soit 7.14% de la population d'étude, 6 cas pour acidocétose, 2 cas pour une hyperglycémie et un cas pour pied diabétique.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

### **4. Pathologies infectieuse et dermatologique :**

La fréquence des infections sexuellement transmissibles (IST) est en augmentation dans le monde, notamment dans les pays en voie de développement où la situation est particulièrement préoccupante.

En tant que population à risque, la population carcérale semble contenir une prévalence encore plus élevée d'IST. De nombreuses études se sont penchées sur l'évaluation de la prévalence des IST au niveau des centres d'incarcération, sur les facteurs de risque de transmission de ces infections et sur les moyens de lutter contre la propagation des IST en milieu carcéral. [47]

Ainsi l'absence de programme de prévention, de diagnostic et de traitement précoces dans notre contexte entraîne une augmentation des maladies générales et des IST en particulier.

Nous notons une prévalence très élevée de la syphilis au Maroc. En effet, d'après une étude réalisée en Avril 2004, à la prison OUKACHA de Casablanca, 11 prisonnières sur 217 souffraient de syphilis, soit une prévalence de 23%, alors qu'elle variait de 3,2 à 5,7 % dans des prisons en Australie, au Brésil et aux États-Unis [47]

Dans notre étude, 8 détenus ont consulté pour une pathologie infectieuse soit 4.96% de la population étudiée, avec prédominance des IST.

### **5. Pathologie psychiatrique et simulation :**

Si l'état de santé mentale des personnes entrant en prison est précaire, l'incarcération ne fait que renforcer cet état, la détention étant source de nombreuses pathologies, d'ordre psychologique. [46]

Les troubles mentaux retrouvés en milieu carcéral sont dénoncés dans tous les pays industrialisés comme étant en constante augmentation sans que cela ne soit réellement propre à notre pays, mais beaucoup plus à relier à un ensemble de facteurs : une désinstitutionalisation psychiatrique, une crise de l'hébergement social et plus récemment l'importation d'un modèle judiciaire de « tolérance zéro » se développant en Europe, après les États-Unis. [88]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Les troubles mentaux retrouvés en milieu carcéral sont dénoncés dans tous les pays industrialisés comme étant en constante augmentation sans que cela ne soit réellement propre à notre pays, mais beaucoup plus à relier à un ensemble de facteurs : une désinstitutionnalisation psychiatrique, une crise de l'hébergement social et plus récemment l'importation d'un modèle judiciaire de « tolérance zéro » se développant en Europe, après les États-Unis. [88]

Selon l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire française (ASPMP), la population de psychotiques incarcérée est comprise entre 3 et 5 % [59] ; souvent l'incarcération est un révélateur des troubles schizophréniques. Le passage à l'acte criminel est alors le révélateur de la psychose schizophrénique dont les signes productifs se révéleront quelques mois ou années plus tard ; c'est dire l'intérêt de rechercher les signes négatifs et de désorganisation de la schizophrénie devant tout passage criminel tranchant avec le fonctionnement habituel du sujet [86]. Si toutes les formes de schizophrénies peuvent se rencontrer, les incarcérations sont souvent en relation avec des thèmes de persécution.

Dans d'autres cas la prison concentre les formes déficitaires et on y rencontre encore des formes catatoniques historiques.

Certains auteurs regroupent sous le terme de « psychoses carcérales » des troubles psychotiques survenant à deux périodes particulières de la détention : lors des premiers jours de l'incarcération chez le prévenu primaire, et au moment du transfert dans un établissement pour peine. Ils s'apparentent à des troubles adaptatifs sur personnalités fragiles et peuvent s'accompagner d'auto ou d'hétéro agressivité.

S'apparentent à des troubles adaptatifs sur personnalités fragiles et peuvent s'accompagner d'auto ou d'hétéro agressivité.

D'après E. Gallet *et al.* [59], la prévalence des psychotiques en milieu carcéral équivaut à deux ou trois fois celle de la population générale.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Dans notre étude, 2 détenus ont consulté pour une crise d'hystérie, et 5 prisonniers ont dû simuler des symptômes (le bilan s'est révélé sans anomalies) pour qu'ils soient vus au service d'accueil des urgences.

# LES URGENCES INCARCEREES

---

## **6. Pathologie cardiaque :**

D'après une étude récemment publiée sur les prisonniers de l'Etat de Washington, il y aurait une augmentation de mort précoce des prisonniers après leur sortie. La deuxième cause la plus fréquente de décès était les maladies cardiovasculaires bien que l'augmentation des facteurs de risque cardiovasculaires associés à l'incarcération peut expliquer en partie le risque accru de maladies cardiaques chez les prisonniers [20].

Une étude américaine menée dans 4 villes (Birmingham, Chicago, Minneapolis et Oakland) et portant sur 4350 jeunes prisonniers âgés entre 18 et 30 ans, a étudié les mécanismes de l'augmentation des risques cardiovasculaires au cours de l'incarcération. Il s'est révélé qu'une incarcération antérieure peut augmenter le risque d'hypertension et de d'hypertrophie ventriculaire gauche pour les plus de 7 millions de personne qui passent travers les prisons américaines chaque année [48].

En France, la fréquence des maladies cardio-vasculaires dans la population carcérale est de 2,3 % [60]

Dans notre étude, 6 patients ont consulté pour une maladie cardio-vasculaire soit 3.72%, 3 cas pour un OAP, 2 cas pour crise hypertensive aigue et un seul pour thrombose veineuse des membres inférieurs.

En France, la fréquence des maladies cardio-vasculaires dans la population carcérale est de 2,3 % [60]

Dans notre étude, 6 patients ont consulté pour une maladie cardio-vasculaire soit 3.72%, 3 cas pour un OAP, 2 cas pour crise hypertensive aigue et un seul pour thrombose veineuse des membres inférieurs.

## **7. Pathologie gynéco-obstétricale :**

Les besoins sanitaires des femmes en détention n'ont reçu que peu d'attention jusqu'à présent, et continuent à être négligés par le système de santé et les autorités pénitentiaires. D'autant plus que la gente féminine reste minoritaire en milieu carcéral, et leurs réclamations restent étouffées, ce qui empêche la balance de se pencher vers leur côté [27]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

En Europe, il y a environ 100 000 femmes en prison [139]. Bien que représentant une faible proportion de la population carcérale, à une médiane située à 4.4% en Europe [144], la population carcérale féminine est en augmentation, et la cinétique de la courbe se voit supérieure à celle des hommes [10].

De nombreuses prisonnières sont mères et se retrouvent généralement seules à s'occuper de leurs enfants.

Dans ce premier cas de figure, retrouvé d'ailleurs dans de nombreux pays, les enfants sont placés dans des installations spéciales et se retrouvent ainsi proches de leurs mamans, géographiquement parlant. Or, le milieu carcéral est loin d'être le milieu idéal pour le développement et la croissance d'un enfant.

D'autre part, si l'on décide d'éloigner l'enfant de sa mère, il se retrouvera abandonné [149]. D'ailleurs, on retrouve un grand nombre d'enfants à la rue et ce, dans de nombreux pays.

Les deux options, permettant aux enfants de vivre avec leur mère en prison ou de les séparer, créent des dilemmes difficiles.

La séparation de la mère de son enfant peut causer à long terme des problèmes de développement et un préjudice émotionnel pour l'enfant et peut affecter le physique et la santé mentale de la mère, tandis que dans le même temps le milieu carcéral est loin d'être le milieu idéal pour le développement d'un enfant.

Il est rare que les décisions prises soient dans le meilleur intérêt de l'enfant. [27]

Les grossesses pathologiques ne sont pas nombreuses et les accouchements sont globalement à terme ou présentent une petite prématurité et donc ne posent pas de problèmes majeurs.

Les pathologies des femmes enceintes sont surtout virales, liées à la toxicomanie. [50]

Au Maroc, en 2007 le nombre des détenues enceintes était de 82 pour un nombre de 1545 femmesem prisonnées.[28]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Selon le Dahir n° 1-99-200 jourmada 1 1420 (25 août 1999) portant promulgation de la loi n° 23 - 98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, Section 4 : De naissance en détention et de l'admission des enfants en bas âge

### Article 138

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

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

Lorsqu'une détenue est sur le point d'accoucher, elle peut bénéficier d'une permission exceptionnelle.

### Article 139

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

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

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

Dans notre étude, on rapporte 3 cas d'accouchements au cours d'incarcération et un seul cas de grossesse extra-utérine .

## D. LA REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION APRES

### AGRESSION :

Les conditions de détention sont la première cause de soucis des détenus. En effet, la vétusté voire l'insalubrité souvent constatées des prisons françaises induisent des conditions de vie précaires pour les détenus. Cette vétusté des locaux s'accompagne souvent d'un manque d'hygiène chronique qui a des conséquences directes sur la santé des détenus. [46]

La vétusté des locaux implique bien souvent une promiscuité au sein des établissements pénitentiaires. Il n'est pas rare que des détenus, à l'égard du problème de surpopulation carcérale, partagent des cellules initialement prévus pour être individuelles. Ce partage d'un espace très réduit implique également celui des douches et des sanitaires. Cette promiscuité est également à l'origine de nombreuses agressions entre détenus et ne fait qu'aggraver la tension et la violence des lieux.[46]

En prison, la majorité des agressions physiques (coups et blessures, viols) se produisent entre détenus, les plaintes officielles étant assez rares par peur de représailles toujours possibles. Cette criminalité intra-carcérale, au sein de la population pénale, reste donc largement ignorée des statistiques du ministère de la Justice française [16,17]

La documentation française est pauvre, se limitant à quelques articles de presse. Les rares observations dont nous avons eu connaissance montrent que les agresseurs pathologiques, tous de sexe masculin, ont un profil psychiatrique particulier. Dans les autres cas, il s'agit de règlements de compte ou de meurtres par dispute entre hommes détenus. [13].

À l'étranger, on peut citer en 1996 l'étude de Palermo *et al*, qui relate le meurtre de deux détenus par un troisième dans une prison à sécurité maximum du Wisconsin (États-Unis), tous ayant été préalablement condamnés à l'emprisonnement à vie pour homicide [104].

En 2001, Pérez-Cárceles *et al*. indiquent que sur 36 morts violentes survenues entre 1984 et 1997 dans la population psychiatrique de la prison hôpital d'Alicante (Espagne), on compte deux meurtres et 34 suicides [107].

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Enfin, le nombre d'homicides entre détenus a oscillé chaque année de

4 à 11 au Canada jusqu'en 1988, pour se stabiliser de deux à cinq après cette date [54]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Au Maroc, on ne dispose que de peu d'informations sur la fréquence et la nature des agressions en milieu carcéral dont sont victimes les détenus ; d'après le bulletin statistique annuel de la DGAPR Marocaine de 2007, 2703 agressions ont été déclarées au sein de ses établissements. [28]

La mort par agression en milieu pénitencier représente 2.56% parmi les causes de décès dans la population carcérale. [28]

Dans notre série d'étude, 26 détenus ont consulté en urgence pour agression soit 20% de la population étudiée. (Voir quelques illustrations)



***PhotoN°1 : Plaie du scalp après une agression au sein de la prison***



***PhotoN°2 : Fracture médio-diaphysaire du radius gauche après une agression***

## **E. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.**

### **1. La prise en charge spécialisée.**

En France, parmi les spécialités les plus sollicitées, on retrouve en premier lieu la traumatologie et la chirurgie avec 52%, viennent ensuite la dermatologie avec 14%, la cardiologie avec 13% et enfin la gastro-entérologie 7%.[22]

Dans notre étude, parmi les spécialités les plus sollicitées, on trouve la chirurgie viscérale et la traumatologie.

Au Maroc, selon le **Dahir n° 1-99-200 jourada 1 1420 (25 août 1999 ) portant promulgation de la loi n° 23 - 98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires Section 3 des hospitalisations**

#### **Article 136**

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

#### **Article 137**

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

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

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

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

## 2. Caractéristiques de l'anesthésie du patient détenu.

Le médecin anesthésiste devra prendre en compte la prévalence élevée des phénomènes d'addictions dans la population carcérale, dans le choix de son type d'anesthésie et dans la prise en charge de la douleur postopératoire [84].

## LES URGENCES INCARCEREES

---

L'anesthésie locorégionale sera privilégiée pour une récupération postopératoire plus rapide, mais aussi pour ne pas ré-induire une toxicomanie sevrée ou pour ne pas utiliser des doses per-opératoires trop importantes.

L'analgésie postopératoire sera délicate tant chez les malades sous méthadone qui doivent recevoir leur ration morphinique de base, que ceux recevant de la buprénorphine dont les interférences avec les analgésiques habituels sont importantes. Cette analgésie postopératoire pourrait être l'occasion pour le détenu d'obtenir ce que le médecin de l'UCSA lui refuse habituellement. [87]

La consultation pré-anesthésique(CPA) présente un intérêt particulier dans l'évaluation des addictions avec la nécessité d'une relation de confiance avec le patient pour connaître ses habitudes. On imagine bien cependant qu'il est difficile d'établir un contrat de confiance sur des sujets aussi secrets avec des patients au contexte psychologique particulier dont la sincérité ne peut jamais être certaine. [87]

Sans oublier que l'anesthésie ambulatoire n'est pas recommandée par les sociétés savantes d'anesthésie étant donné que le détenu devient vulnérable s'il retourne en cellule ce qui l'expose à de nombreuses agressions. [87]

Enfin, l'équipe soignante devra être vigilante vis-à-vis des contaminations virales (VIH, hépatite C), vu l'augmentation des incidences de l'hépatite virale et du VIH en milieu carcéral. Cependant, les précautions standards devront toujours être respectées. [87]

### IV. PROFIL DES PRISONNIERS ADMIS AUX URGENCES POUR AUTO-

#### AGRESSION :

La violence contre soi-même est un phénomène auto-agressif dont la plus parfaite image est le suicide qui atteint, en milieu carcéral, sept fois le taux de la population générale. Mais il n'y a pas que le suicide : un grand nombre d'automutilations, en particulier les coupures des membres, [60] sont fréquentes dans notre contexte et sont corrélés à l'intoxication aux neuroleptiques surtout au clonazepam.

# LES URGENCES INCARCEREES

---

## **A. PRESENTATION DU PROFIL :**

23 détenus soit 14.28% de la population étudiée, ont consulté en urgence pour un motif d'auto-agression. 2 cas ayant une pathologie psychiatrique, 6 cas ayant un antécédent d'automutilation au cours de leurs incarcérations.

En ce qui concerne leurs motifs d'incarcérations, les coups et blessures volontaires viennent en tête des infractions commises suivis du vol simple et qualifié puis le trafic et l'usage de drogue. Pour la durée de la peine, la majorité sont des prévenus, puis en 2<sup>ème</sup> position la durée comprise entre 2 ans et 10 ans.

## **B. REPARTITION SELON LES DIFFERENTS TYPES D'AUTO-AGRESSIONS :**

### **1. Les coupures des membres :**

Favorisées par l'absence de verbalisation, et permettant d'obtenir une décharge brutale de la tension interne, les coupures sur les membres sont souvent l'apanage de certains profils psychologiques (troubles limites de la personnalité, personnalités narcissiques, jeunes détenus...). [88]

Dans notre étude, 8 détenus soit 4.97 % de la population étudiée et 34.78 % de la population des détenus ont consulté en urgence pour auto-agression. Ont été admis en urgence pour automutilation avec plaies au niveau des membres.

### **2. Tentatives de suicides.**

Le suicide en prison est un sujet de préoccupation grandissant en France depuis plusieurs décennies et participe à un problème de santé publique [88, 95, 116, 123, 128].

Le taux de suicide dans les prisons françaises est le plus important d'Europe. [113]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

En France, on compte actuellement une sursuicidité carcérale avec un ratio H/F de 6,5 [37] qui concerne particulièrement les premiers temps de détention où le suicide est réactionnel au choc de l'incarcération [109]. L'arrivée en maison d'arrêt peut en effet donner lieu à un véritable choc carcéral [136] dû à la rupture de l'équilibre psychosocial. Les idées suicidaires peuvent apparaître dès le début de la détention [53] et donner lieu à un passage à l'acte : 80 % des sujets qui font une tentative de suicide ou se suicident expriment des idées suicidaires dans les mois qui précèdent. Ces idées révèlent un mal-être et une souffrance saisissante ; leur apparition doit être prise au sérieux et on se doit d'alerter immédiatement les professionnels.

Concernant le suicide en prison, la littérature française [61], note que respectivement 104 et 122 détenus se sont suicidés, soit un taux de suicide de 22,8 en 2001 ou 22,4 en 2002 pour 10 000 détenus [43]. Sur 21 suicides commis dans l'ensemble de la région pénitentiaire, 16 ont été commis en Île-de-France.

Une étude a repéré un risque suicidaire pour 40 % des détenus, risque jugé élevé pour la moitié d'entre eux [112]. On compterait 4000 personnes ayant des idéations suicidaires pour 100 000 personnes [98,132-142] dans la population générale ; ces taux sont multipliés pour la population carcérale, sans que l'on connaisse le taux exact.

Dans les prisons de Grande-Bretagne, sur 172 détenus arrivés en prison depuis peu, 25 détenus présentaient des idées suicidaires [131].

Des auteurs notent que les détenus ayant des idées suicidaires réalisent beaucoup plus de tentatives de suicide ou de conduites d'automutilations que ceux sans idées suicidaires [81]. Les idées suicidaires donnent lieu à un plan pour la réalisation d'une tentative chez environ un tiers des sujets et, parmi ceux-ci, 70 % feront un passage à l'acte [53].

Enfin, le temps entre la survenue d'idées et la première tentative de suicide est bref, la majorité des tentatives de suicide surviennent dans la première année d'incarcération. [79]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Le suicide est le résultat d'un processus de fragilisation, rarement le fait d'un événement isolé [126] qui s'accompagne d'une souffrance et d'une vulnérabilité. Il comporte cinq étapes : la recherche de stratégies pour enrayer la crise, l'apparition d'idées suicidaires et leur rumination, la cristallisation et l'élaboration d'un scénario suicidaire, un élément déclencheur et le passage à l'acte.

L'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) met l'accent sur la survenue de la crise suicidaire constituée par les pensées de suicide qui deviennent progressivement omniprésentes avec des ruminations et se cristallisent, puis une élaboration de scénarios de passage à l'acte. [9,53]

D'après Jean-Louis Senon, les tentatives de suicide des détenus les plus jeunes seraient le plus souvent réalisées par rafales [129]. C'est en détention provisoire que les sujets les plus âgés, ceux qui ont le plus à perdre, passent à l'acte suicidaire : ils y sont six fois plus nombreux à le faire.

Parmi les personnes suicidées, 23,1 % présentaient un trouble dépressif avant leur passage à l'acte fatal [74]. D'autres auteurs mettent en évidence la forte corrélation entre les symptômes de dépression majeure et la suicidalité, le fait de se sentir indigne et coupable [146]. Selon une enquête épidémiologique, la prévalence de dépression est de 40 %, celle de l'anxiété généralisée est de 33 %, celle des psychoses est de 14 % et celle des troubles addictifs est de 38 % [37].

D'autres études mettent en avant le nombre élevé de troubles mentaux et d'addictions chez les détenus incarcérés à leur arrivée [112,131] : sur 172 détenus 110 avaient une histoire de troubles mentaux, 89 en avaient actuellement et 39 étaient dépendants à la drogue et 25 avaient des symptômes dépressifs. Le risque suicidaire et les troubles de la personnalité sont liés [126,131] : Ce sont les mêmes catégories de personnes qui ont un risque suicidaire que ceux qui ont des troubles de la personnalité [72].

Les facteurs de risque suicidaires sont regroupés sous 3 variables [61] :

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Les variables personnelles et psychosociales.

Les variables personnelles et psychosociales sont comme suit :

- L'âge : les adultes de plus de 40 ans [109].
- La nationalité: les étrangers interdits de territoire [109] seraient particulièrement exposés.
- Le fait de disposer de biens matériels et affectifs [25] ; ce sont ceux qui ont le plus à perdre qui se suicident le plus, c'est-à-dire ceux qui avaient un conjoint et des enfants, un métier, bref une situation socioprofessionnelle valorisée [109].
- L'entourage : sentiment d'abandon, un tiers des détenus suicidés n'avaient aucune visite et un quart aucune correspondance [136], pauvre support social [72,136].
- La consommation d'alcool et de drogues [126,131].
- L'histoire de tentative de suicide personnelle et dans la famille, les hospitalisations en psychiatrie, un score élevé aux échelles d'anxiété et de dépression représentent un facteur de risque liés aux idées suicidaires [29, 38, 45, 80]. La trajectoire de vie et le passé familial sont aussi soulignés. Enfin les événements traumatiques de vie tels que l'abus sexuel, la maltraitance physique et émotionnelle, l'abandon, les tentatives de suicide (soit pendant l'enfance, l'âge adulte ou la détention) sont associés à un risque suicidaire. [21]

Les variables liées à l'incarcération et à la peine.

Les variables liées à l'incarcération et à la peine sont comme suit :

- Les premiers temps d'incarcération [25,109] ; 9 % des suicides sont réalisés pendant la première semaine, 17 % pendant le premier mois, 34 % durant les trois premiers mois [136] ; 32 % des personnes suicidées se sont suicidées lors des sept premiers jours de leur arrivée en prison et 11 % sous 24 heures [131]. Le suicide a lieu majoritairement les six premiers mois : 16 % dans les 15 premiers jours, 50 % dans les six premiers mois [109] ;

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- Les maisons d'arrêt ; 90 % des cas de suicide [25,109] ;
- Le fait d'avoir le statut de prévenu, c'est-à-dire de n'être pas encore jugé [136,109] et de primaire, c'est-à-dire le fait d'être incarcéré pour la première fois [25] ;
- L'infraction contre un proche [25] et les affaires pour crime de sang et pour agression sexuelle : Les détenus pour crime de sang et pour agression sexuelle sur mineur se suicident sept fois plus que ceux inculpés de vol sans violence [63,136]

Facteurs primaires, secondaires et tertiaires :

Selon la Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie (2000), il est nécessaire de rechercher : [53].

- Les facteurs primaires : troubles psychiatriques, antécédents suicidaires personnels ou familiaux. Quatre-vingt pour cent des sujets qui font une tentative de suicide expriment de telles idées dans les mois qui précèdent. La co-morbidité accroît le risque suicidaire, comme l'association des troubles anxieux et dépressifs.
- Les facteurs secondaires : événements de vie douloureux négatifs tels une perte parentale précoce, un isolement social, des conflits interpersonnels, une séparation, des difficultés financières et professionnelles et une histoire de tentative de suicide. Les suicidants en présentent quatre fois plus dans les six derniers mois que les déprimés ne faisant pas de tentative de suicide
- Les facteurs tertiaires : sexe masculin, grand âge et jeune âge. Ils n'ont de valeur prédictive qu'en présence des facteurs primaires et secondaires.

Michel Bénézech [14] individualise quatre groupes de facteurs suicidogènes :

- les conditions de vie en prison : choc de l'incarcération, perte des repères habituels, perte de l'autonomie, la promiscuité... ;

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- les particularités des populations carcérales : majoritairement masculine, jeunes, deux tiers des détenus ont moins de 30 ans, personnalités fragiles ou limites, états limites, toxicomanes...

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- le fonctionnement de la justice pénale qui ne favorise pas le dépistage des difficultés psychologiques, difficultés procédurales, gravité des décisions judiciaires, etc.
- La mutation culturelle de la prison par exemple : relâchement de la discipline, perte des repères institutionnels, etc.

Au Maroc, d'après le bulletin statistique annuel de la DGAPR de 2007, la mort par suicide en milieu pénitencier représente 6.83% parmi les causes de décès dans la population carcérale pour l'année 2007. [28]

Dans notre étude, on a 5 cas de détenus qui ont consulté en urgence pour tentative de suicide soit 3.10% de la population étudiée dont un détenu qui est décédé après pendaison durant son hospitalisation.

### **3. Ingestion volontaire de corps étrangers.**

L'ingestion volontaire de corps étrangers dangereux, en particulier des lames de rasoir, est un phénomène surtout retrouvé aux âges extrêmes de la vie et en milieu carcéral ou psychiatrique. [143]

L'équipe du service des urgences de Meaux, France, et vu la proximité du centre de reconduite à la frontière du Mesnil-Amelot, situé près de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle, reçoit des étrangers en situation irrégulière en France. [143]

Ils transitent une huitaine de jours avant d'être reconduits à la frontière de leur pays d'origine.[143]

L'équipe a réalisé une étude rétrospective, sur huit cas des patients admis au service d'accueil des urgences après ingestion volontaire de lames de rasoir associées ou non à d'autres corps étrangers potentiellement dangereux. [143]

Parmi ces huit cas, pour six patients, le geste n'était pas autolytique mais manipulateur afin d'obtenir des bénéfices secondaires, et ce malgré les risques physiques encourus. L'objectif était de se faire hospitaliser plus de 48 heures afin d'échapper aux procédures légales et judiciaires de reconduite à la frontière. [143]

## LES URGENCES INCARCEREES

---

La description des données de l'examen clinique dans la littérature est pauvre en dehors d'un syndrome douloureux abdominal diffus sans défense ni contracture, sans aucun problème hémodynamique ou décalage thermique associé, avec quelque cas de lésions stomatologiques mineures associées (érosions amygdaliennes et palatines). [143]

Dans la littérature, essentiellement anglo-saxonne, 26 cas d'ingestion de lames de rasoir ont été retrouvés. Une expulsion digestive spontanée était notée dans 18 cas [73], cinq cas avaient nécessité une extraction endoscopique et trois cas avaient eu recours à la chirurgie pour un syndrome occlusif associé à une péritonite, un syndrome algique abdominal sans défense avec fièvre mais sans péritonite et une lacération de la muqueuse gastrique nécessitant une laparotomie exploratrice [145]

La stratégie diagnostique décrit tous les examens complémentaires susceptibles de contribuer à l'approche thérapeutique. La radiographie thoracique permet de rechercher un corps étranger dangereux radio-opaque présent à ce niveau anatomique et pouvant être extrait en urgence par endoscopie. Cet examen permet aussi de rechercher un pneumothorax, un épanchement pleural, un syndrome alvéolaire signant une pneumopathie parfois associée à une fausse route, un emphysème sous-cutané signant une brèche trachéo-bronchique, pleurale ou œsophagienne et un pneumo-médiastin signant une perforation de l'œsophage. [143]

Les complications vasculaires (lacérations de vaisseaux sur le passage du corps étranger dangereux) sont rares mais graves, laissant peu de place à une investigation par artériographie ou angiographie [135]. L'échographie abdominale n'apporte que peu d'éléments au diagnostic.

L'examen tomodensitométrique thoraco-abdominopelvien avec ou sans injection de produit de contraste permet de déceler et situer les petits corps étrangers radiotransparents, les complications hémorragiques, les abcès et les épanchements liquidiens ou gazeux. [143]

Pour les explorations endoscopiques, indiquées lorsque les objets n'avaient pas encore franchi le duodénum [147] ??!

## LES URGENCES INCARCEREES

---

La chirurgie était seulement indiquée lors qu'il existait des complications initiales ou secondaires (perforation, péritonite ou abcès, migration du corps étranger dangereux vers un autre organe, syndrome occlusif, syndrome hémorragique ou stagnation des corps étrangers dangereux à la 72e heure) [138].

Les facteurs favorisant les complications étaient toutes les zones de rétrécissements physiologique et pathologique et les recessus (le pharynx, le muscle cryopharyngien, le pylore, les deuxième et troisième duodénums, la région iléo-caecale, l'appendice, le caecum, les haustrations coliques, l'ampoule rectale), les malformations digestives, les maladies intestinales de type Crohn, les néoplasies, les diverticules, la schématique de l'objet dangereux (la forme pointue ou tranchante, la taille et la longueur supérieures à 5 cm, le nombre important d'objets, la nature corrosive éventuelle, pile électrique par exemple), ainsi que les facteurs psychosociaux [138].

le muscle cryopharyngien, le pylore, les deuxième et troisième duodénums, la région iléo-caecale, l'appendice, le caecum, les haustrations coliques, l'ampoule rectale), les malformations digestives, les maladies intestinales de type Crohn, les néoplasies, les diverticules, la schématique de l'objet dangereux (la forme pointue ou tranchante, la taille et la longueur supérieures à 5 cm, le nombre important d'objets, la nature corrosive éventuelle, pile électrique par exemple), ainsi que les facteurs psychosociaux [138].

Selon une étude américaine, la plupart de ces objets, soit 80 à 90 %, passeraient spontanément le tractus intestinal sans complications, mais 10 à 20 % nécessiteraient une extraction endoscopique et environ 1 % le recours à la chirurgie [138].

Dans notre étude, 4 détenus ont consulté pour une ingestion volontaire de corps étrangers métalliques pour bénéficier d'une hospitalisation. (voir illustration)

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Ces images illustrent des cas d'ingestions volontaires de corps étrangers métalliques.



**PhotoN°3** : *Ingestion volontaire de corps étranger métallique  
(ouvre boite de sardine)*



**PhotoN°4** : *Ingestion volontaire de plusieurs corps étrangers  
métalliques chez un patient schizophrénique.*

# LES URGENCES INCARCEREES

---

## 4. Ingestion volontaire de produits de lessive :

3 détenus dans notre étude, ont consulté en urgence pour une ingestion volontaire de produits de lessive, soit 1.86% de la population étudiée. L'évolution a été très favorable. Une consultation de psychiatrie a été demandée.

## 5. Grève de la faim :

La grève de la faim ou jeûne de protestation correspond au refus de s'alimenter par une personne mentalement compétente. Le but est d'obtenir des bénéfices secondaires par ce mode d'expression et de revendication. Les motifs de revendication peuvent être d'ordre judiciaire (exemples : modalités d'incarcération, chef d'inculpation, lenteur de la procédure judiciaire...), puis pénitentiaire (condition de détention, demande de transfert, obtention de recours, de travail, mesure disciplinaire. . .). [52].

Dans notre pays, la grève de la faim est organisée essentiellement et surtout par les détenus politiques, et les islamistes inculpés de terrorisme.

La grève de la faim est apparue dans les prisons de France dans les années 1950, au moment de la guerre d'Algérie [39]. Elle s'inscrit dans une relation incluant le détenu, le médecin et le partenaire cible, à savoir la personne ou le groupe contre lequel est dirigée la revendication [2,67].

En France, 968 détenus ont été déclarés grévistes de la faim au 1er janvier 2006 sur une population de 59 522 individus [91].

Certaines caractéristiques prédominent chez ce type de détenus par rapport à la population pénale [26,78] : il s'agit le plus souvent d'hommes, plus âgés que la moyenne des détenus, bien insérés dans la société (mariés avec enfants, emploi stable...), plus souvent prévenus que condamnés, et provenant de maisons d'arrêt.

La déclaration de Malte [148] incite le médecin à s'entourer d'un second avis afin d'évaluer la capacité de discernement du patient gréviste de la faim. Or, en pratique, cela n'est que rarement réalisé. Il n'y a pas de consensus au sujet du suivi biologique, tant dans notre étude que dans la littérature [121].

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Quoique peu fréquentes [49], les complications liées à la grève de la faim sont suffisamment graves pour les rechercher et les prévenir.

Les données concernant les processus de jeûne sont limitées en l'absence de modèles expérimentaux [75-119]. On observe trois phases évolutives. La première phase dure cinq à dix jours où l'organisme épuise ses réserves de glycogène hépatique et musculaire, avec une perte rapide de poids [44]. Secondairement, des mécanismes d'épargne protéique sont mis en place avec apparition d'une asthénie, de douleurs musculaires par inactivité physique, d'une hypotension orthostatique avec vertiges et céphalées, et d'une anorexie. Ils apparaissent environ 15 jours après le début de la grève. La baisse du cholestérol total et des triglycérides (29,8 et 22,1 % en moyenne) n'atteint jamais la limite inférieure des valeurs physiologiques, comme le montrent certaines études sur l'anorexie mentale en phase de jeûne [71].

Plusieurs publications font également état d'une augmentation du cholestérol total après environ sept jours [124]. La dernière phase est marquée par un épuisement des stocks lipidiques avec diminution des acides gras et des corps cétoniques avec augmentation du catabolisme protéique. Il n'a jamais été noté de défaillance d'organe, sauf lorsqu'une grève de la soif était réellement associée [44].

Selon Casile-Hugues [31], les complications graves, souvent irréversibles, surviendraient à partir du 18<sup>ème</sup> jour. La période de réalimentation et de réhydratation est importante. Le syndrome de renutrition inappropriée ou SRI [125,108-5] dépend de la sévérité de la dénutrition et de la rapidité de la renutrition. Les facteurs de risque de SRI sont un IMC < 18,5, un amaigrissement > 10 % et une restriction alimentaire majeure > 5 jours.

La prévention passe par une réalimentation progressive, fractionnée, avec nombre de calories croissant, une hydratation suffisante (1,5 L/j), et une supplémentation en phosphore, magnésium, potassium. L'importance de la vitamine B1 ou thiamine est notable dès le début du jeûne [52].

La prise en charge des grévistes de la faim pose deux problèmes majeurs : [44]

### **Intervention au niveau de l'alimentation chez un patient dénutri**

Quand intervenir au niveau de l'alimentation chez un patient dénutri, à l'instar d'autres patients présentant le même type de dénutrition protéino- énergétique globale mais de façon involontaire ?

Il semblerait, comme le propose Bernard et al. [19], qu'une surveillance clinique et biologique attentive soit suffisante tant qu'un facteur de gravité, une pathologie intercurrente ou un score de Nutrition Risk Index (NRI) bas ( $< 83,5$  %) n'apparaisse pas. Une surveillance médicale doit être systématiquement instituée dès la déclaration d'une grève de la faim en détention, sous la responsabilité des UCSA, avec une hospitalisation dans les cas suivants : impossibilité manifeste d'une surveillance médicale de bonne qualité, NRI inférieur ou égal à 83,5 %, grève de la soif, d'une pathologie intercurrente ou déséquilibre d'un état antérieur, atteinte d'une fonction vitale. Si une telle situation survient chez un patient non incarcéré, la surveillance médicale, aidée par le personnel paramédical et l'environnement familial, doit être quotidienne et basée sur les mêmes critères cliniques et biologiques.

### **Intervention de force chez un patient en grève de la faim :**

Peut-on intervenir de force chez un patient en grève de la faim lorsqu'on estime qu'il existe un risque vital lié à la dénutrition ou à l'absence de boisson ? C'est une question éthique à laquelle il n'y a pas de réponse satisfaisante [3,100].

En France, la réponse légale est ambiguë : si l'article D. 362 du décret 98-1099 du 8 décembre 1998 du Code de procédure pénale [100] stipule que hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, celui-ci doit, conformément aux dispositions de l'article 36 du Code de déontologie médicale, exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus. L'article D. 364 du même décret assure que si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé

## LES URGENCES INCARCEREES

---

s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicale. Ce texte permet donc de briser la grève de la faim « lorsque l'état de santé s'altère gravement »,

## LES URGENCES INCARCEREES

---

ce qui renvoie à une appréciation strictement médicale. Au niveau déontologique, le Conseil de l'Ordre national des médecins stipule que lorsque le malade n'est plus en état d'exprimer un refus lucide le devoir du médecin est de prescrire une hospitalisation. [103] Ce qui n'aide pas beaucoup à prendre une décision de soin. Le choix fait par les médecins de l'UHSI est l'application de l'article D. 364 : le patient bénéficie d'une surveillance clinique et biologique attentive tout au long de son hospitalisation, en respectant la grève, mais ils interviennent si une fonction vitale est en jeu et jusqu'à ce que le patient soit hors de danger. Le ministère de la Santé britannique a édité en 2010 des recommandations pour aider les praticiens confrontés à ces grévistes [62]. Il s'agit à notre connaissance du premier guide de pratique clinique dédié à ce sujet. Plusieurs de ces recommandations recourent ce qui est pratiqué dans notre service, à l'exception de l'abstention thérapeutique.

Le cadre législatif français actuel reconnaît la validité de directives anticipées pour les souhaits des patients relatifs à sa fin de vie. Le texte de loi fait référence à la phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, ce qui n'est pas le cas dans ce contexte.

Hors détention, la conduite à tenir est plus difficile et renvoie à un problème éthique complexe : même si le patient présente un état de santé gravement altéré l'empêchant de manifester un refus d'hospitalisation, l'opposition de l'entourage à une hospitalisation peut entraîner des conséquences catastrophiques sur le plan vital ou fonctionnel. Une très grande disponibilité est de toutes les façons indispensable vis-à-vis du patient et de son entourage, afin d'expliquer et de convaincre de l'utilité d'une prise en charge médicale, tout en respectant la protestation ainsi exprimée. [44]

Dans notre pays, selon le **Dahir n° 1-99-200 jourada 1 1420 (25 août 1999 ) portant promulgation de la loi n° 23 - 98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, Section 2, des attributions des médecins des établissements pénitentiaires :**

### Article 131

## LES URGENCES INCARCEREES

---

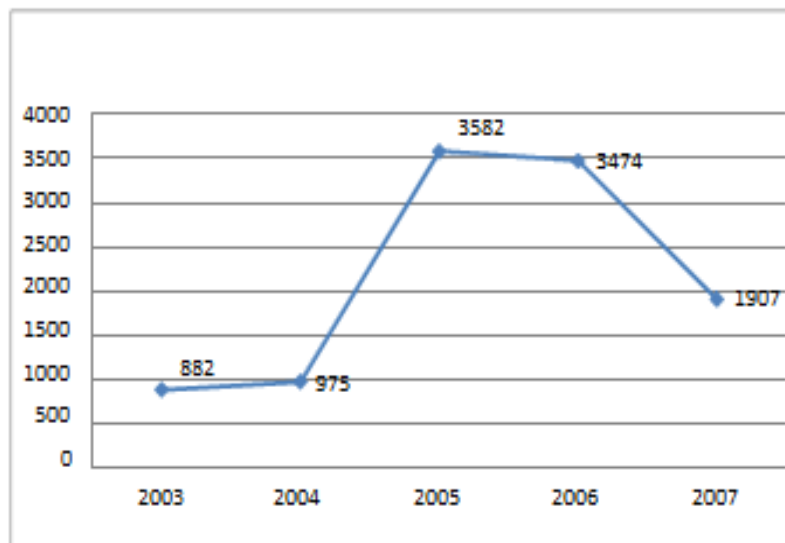
En cas de grève de la faim, le directeur de l'administration pénitentiaire et la famille du détenu ou l'autorité judiciaire, lorsqu'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive, sont avisés.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

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

Au Maroc, en 2007, 1907 étaient déclarés grévistes de la faim en 31 Décembre 2007 sur une population de 77 120 détenus soit 2.47% de la population carcérale marocaine [28].



**Figure13 :** L'évolution de la grève de la faim dans les prisons marocaines depuis 2003 jusqu'à 2007[28].

La durée de la grève pour les détenus marocains est marquée par une prédominance de la durée de moins d'une semaine avec un pourcentage de 72%. On retrouve un taux de 25% pour les grévistes de 7 jours à un mois et un faible pourcentage a pu résister à une grève de la faim qui s'est étalée à plus d'un mois

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Dans notre étude, on a enregistré 3 cas de grève de la faim qui ont consulté en urgence, soit 1.86% de la population étudiée. 2 cas ont accepté un traitement médical et un détenu a refusé le traitement, sa décision a été respectée puisque sa vie n'était pas en danger.

### V. CONTRAINTE MEDICO-LEGALE DE LA MORT EN PRISON :

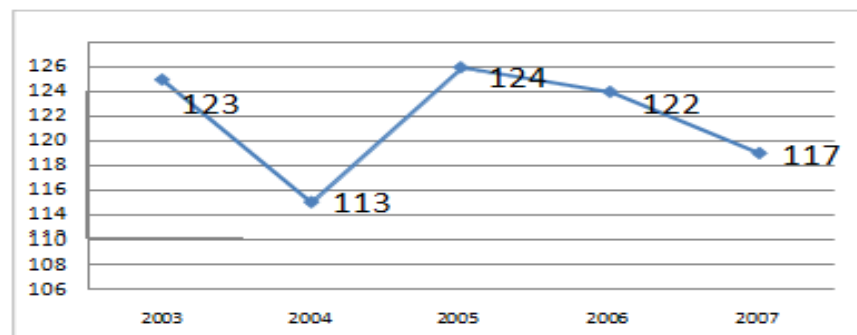
La présence des détenus âgés pose la question de la mort en prison. [35.105]. Ni le détenu, ni les surveillants, ni les autres détenus ne sont préparés et accompagnés dans cette situation. Mourir en prison c'est mourir seul sans avoir revu ses amis, ses enfants, ses parents. C'est également ôter la possibilité à la famille et aux amis d'accompagner le mourant. Des hospitalisations ont parfois lieu lors des problèmes médicaux aigus, mais le retour est rapidement programmé, et le corps médical ignore parfois que le patient n'est pas renvoyé à son domicile mais en prison, avec toutes les difficultés de prise en charge et de conditions de vie que cela peut entraîner[6].

Nombre de décès depuis 2003 jusqu'à 2007 dans les prisons marocaine. [28].

## LES URGENCES INCARCEREES

**TableauXII : Nombre de décès depuis 2003 jusqu'à 2007 dans les prisons marocaines.**

Année	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de prisonniers	82537	78309	79571	69715	77120
Nombre de décès	123	113	124	122	117
Taux de décès pour 1000 détenus	1.49	1.44	1.56	1.75	1.52



**Figure14 :** L'évolution des décès dans les prisons marocaines depuis 2003 jusqu'à 2007

## LES URGENCES INCARCEREES

---

**TableauXIII : Nombre de décès et leurs causes pour l'année 2007 dans les prisons marocaines. [28].**

<i>Causes de décès</i>	<i>Nombres</i>
Pathologie pulmonaire	26
Pathologie cardiaque	20
Pathologie neurologique	15
Pathologie digestive	10
Pathologie cancéreuse	10
Pathologie infectieuse	8
Diabète et ses complications	5
Pathologie urologique	3
HIV	2
Suicide	8
Mort naturelle	6
Agression	3
Electrocution	1
<b><i>Totale</i></b>	<b><i>117</i></b>

Un bon nombre de décès à cause de ces étiologies peut être évité grâce à la prévention, surtout lorsqu'il s'agit de 8 décès par suicide, 3 par agression ce qui nous pousse à instaurer dans nos prisons un système de prévention de suicide et d'agression entre les détenus

## VI. APPROCHE MEDICALE D'UN DETENU AU SERVICE

### D'ACCUEIL DES URGENCES :

Le transport des détenus par le fourgon pénitencier vers l'hôpital est un transport non médicalisé, la présence d'infirmier (s) n'est pas toujours retrouvée malgré un nombre non négligeable de détenus qui ont perdu la vie au cours de la route à l'hôpital chaque année, soit 1.7% du nombre de décès pour l'année 2007 dans les prisons marocaines.

A savoir que le fourgon pénitencier peut transporter plusieurs détenus à la fois vers l'hôpital, au service d'accueil des urgences. La consultation est gratuite mais si le médecin demande un examen payant le fourgon pénitencier doit signer la gratuité au prisonnier et en tenant compte toujours du risque d'évasion , sans oublier les heures d'attente pour la consultation, le bilan para-clinique et l'attente d'un groupe de prisonnier pour un autre (qui n'a pas encore réglé son problème) avant le retour au centre pénitentiaire.

Parce que l'opinion publique perçoit la criminalité et son importance d'une manière très diversifiée selon son accession à l'information. ?????? Aujourd'hui, il règne dans toutes les couches sociales un sentiment d'insécurité dû d'une part à la recrudescence des actes criminels et d'autre part aux informations fantaisistes colportées par la rumeur publique qui a tendance à grossir des faits divers qui ont toujours eu lieu dans toutes les sociétés, à tous les stades de leur développement.

A l'entrée du prisonnier aux urgences, avec son costume pénal qui se compose de veste et pantalon en droguet rayé noir et blanc avec les menottes dans les deux mains, les patients et les accompagnateurs sont effrayés.

Le personnel médical a tendance à être réticent surtout quand il n'est pas habitué à prendre en charge ce type de patients où s'il s'agit d'un prisonnier condamné pour homicide ou pour un crime de viol.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Face à ce constat, il faut organiser un circuit adapté aux détenus dès leur arrivée au service d'accueil des urgences jusqu'à leur sortie malgré le stress et la difficulté de la gestion de ces malades aux urgences, afin d'écourter leur délai de prise en charge et surtout d'éviter l'encombrement secondaire aux gardiens qui les accompagnent.

### **VII. LA RELATION MEDECIN-MALADE EN MILIEU PENITENTIAIRE.**

Les principes fondamentaux sont clairs pour tous les soignants du milieu pénitentiaire.

Mais face à une réalité toute autre faite de surpopulation carcérale, de violence entre détenus, de trafics de drogues intra-muros, confrontés à une surreprésentation des maladies psychiatriques dans la population carcérale, les soignants, même les plus motivés, trouvent des difficultés au cours de la prise en charge . [130].

Les soins proposés aux personnes incarcérées en France sont assurés par les services relevant de l'hôpital. Le personnel soignant hospitalier, qui forme désormais un « tiers » dans la relation autrefois exclusive entre personnel pénitentiaire et personnes incarcérées, a requis des efforts d'adaptation [35,120].

Les soins en milieu carcéral sont en effet, plus complexes qu'ils ne le sont en milieu hospitalier en raison du contexte et de la particularité des patients que sont les personnes détenues [4].

En effet, les relations difficiles avec ces patients ont des répercussions non seulement au niveau des prises en charge mais également sur la santé des professionnels, notamment en termes de stress, d'anxiété ou de burnout [18]. La prison s'avère donc un lieu propice à leur étude, puisqu'elle réunit un ensemble de facteurs qui y concourent, et également, par voie de conséquence, à l'étude des stratégies par lesquelles le personnel s'y ajuste ou coping.

Les termes de « stratégies d'ajustement » ou « stratégies de faire face » sont parfois utilisés pour traduire le mot de « coping »

L'apparition d'un sentiment de fatigue, d'insomnies ou de plaintes relatives aux comportements des patients fait partie des symptômes rapportés par les soignants [140]. Le stress et l'anxiété sont souvent évoqués pour rendre compte de leur souffrance [89].

## LES URGENCES INCARCEREES

---

En ce qui concerne le stress, on peut le considérer comme une « transaction entre la personne et l'environnement que le sujet évalue comme débordant ses ressources et qui compromet son bien-être » [77].



Les études montrent de manière consistante la prison comme un cumul de facteurs de stress chez les professionnels, en raison notamment de la nature stressante, anxiogène, voire traumatique des relations avec les personnes détenues [7,24].

En effet, les personnes incarcérées représentent une population très particulière. Leur nombre ne cesse de croître depuis de nombreuses années. En conséquence, les demandes de consultation affluent alors que les capacités des personnels soignants pour y répondre restent les mêmes, générant un état de frustration chez les personnes incarcérées [24].



On trouve parmi les différents types de coping [23]:

- la résolution de problème ;
- l'acceptation de confrontation ;
- la prise de distance ;
- la réévaluation positive ;
- l'autoaccusation ;
- la fuite-évitement ;
- la recherche d'un soutien social ;
- et enfin la maîtrise de soi.

En conséquence, l'agressivité, la violence ou la frustration sont généralement peu exprimées envers les soignants en prison comme elles peuvent l'être envers les surveillants dans la mesure où les premiers proposent aux personnes incarcérées un espace de soins et non de contention. Par ailleurs, les passages à l'acte violent de certains patients, par exemple psychotiques, sont bien mieux évalués et pris en charge par les soignants qui sont, de par leur formation, mieux préparés. En conséquence, la partie hospitalière de la prison n'est probablement pas perçue comme un environnement menaçant ou dangereux et donc anxiogène. Cette hypothèse pourrait expliquer des niveaux d'anxiété-état faibles [23].



*ILLUSTRATION  
CLINIQUES*



### Cas clinique n° 1 :

#### *Ingestion de couteau pour bénéficier d'une hospitalisation.*

Agé de 55 ans, monsieur A, prévenu incarcéré au centre pénitentiaire de BOULMHAREZ pour vol qualifié. Monsieur A a été déjà incarcéré pour le même motif il ya 2 ans.

Admis au service des urgences de l'hôpital IBNOU TOFAIL le 03/05/201 suite à une récurrence d'ingestion volontaire de couteau pliable 24 heures auparavant.

Opéré il ya 2 ans pour ingestion volontaire de couteau (au cours de sa première incarcération). Il est aussi connu tabagique chronique à raison de 30 paquets /année, alcoolique et toxicomane.

L'examen clinique retrouve un patient sans détresse, dénutri.

A l'examen général on trouve des cicatrices d'automutilation au niveau des deux membres supérieurs et au niveau du thorax.

L'examen abdominal note à l'inspection une cicatrice de laparotomie médiane et à la palpation une légère sensibilité de l'hypochondre droit sans défense.

Le toucher rectal est normal.

Le reste de l'examen reste sans particularités.

Une radiographie pulmonaire et un abdomen sans préparation ont été demandés.

La radiographie pulmonaire a été normale par contre l'abdomen sans préparation a révélé la présence d'un couteau au niveau de la région de l'iléon terminal.

Devant ces résultats un avis d'un chirurgien général (chirurgien viscérale) a été demandé qui lui a prescrit un traitement anti acide, des laxatifs, un régime riche en fibre ainsi qu'une surveillance de l'expulsion du couteau par les selles.



***PhotoN°5 : Ingestion volontaire de corps étranger métallique (couteau).***

Les 24 heures qui ont suivi, ont été marquées par l'expulsion spontanée du couteau. Un ASP a été demandé qui a confirmé son expulsion.

Le patient a été adressé en consultation psychiatrique.

## Cas clinique n° 2

### *Grève de la faim et refus de traitement*

Agé de 47 ans, Monsieur B, prévenu incarcéré au centre pénitentiaire de Casablanca OUKACHA depuis le 14/01/2011, pour vol qualifié.

Admis aux urgences de l'hôpital IBNOU TOFAIL MARRAKECH, le 27/04/2016 après une grève de la faim de 21 jours, compliquée d'une altération de l'état général.

A l'interrogatoire, le patient rapporte une mauvaise condition de détention, avec une sensation d'asthénie et de malaise.

L'examen clinique trouve un patient conscient GSC : 15/15, sur une chaise roulante, avec altération de l'état général.

PA : 100 /70 mmHg. Pouls : 90 battements/min. FR : 17 cycles/min

On note la présence d'un pli de déshydratation abdominale. Le reste de l'examen somatique est sans particularités.

Une glycémie a été demandée, et qui nous est revenue normale.

Une perfusion de sérum glucosé G5% a été proposée pour le patient. Refusant tout traitement, le patient a quitté la structure hospitalière contre avis médical, puisque sa vie n'était pas en danger.

## Cascliniquen°3

### **Automutilations à répétition**

Agé de 36 ans, monsieur C, prévenu incarcéré au centre pénitentiaire de MARRAKECH 'boulmharez', pour violence avec blessures.

Monsieur C a été incarcéré pour le même motif à plusieurs reprises.

Admis aux urgences de l'hôpital IBNOU TOFAIL MARRAKECH , le 24/05/2016 pour automutilation : plaie au niveau du pli du coude droit par lame de rasoir.

Opéré en 2003 pour une fracture de la rotule droite suite à un AVP (accident de la voie publique). Le détenu est tabagique, alcoolique et consommateur de cannabis. Sous antidépresseurs depuis 2003.

A noter que le patient a déjà été admis aux urgences lors de ses incarcérations antérieures, pour blessures d'automutilation, auto-coupures des membres et thorax, ainsi que pour une tentative de suicide par plaie au niveau du cou.

L'examen clinique trouve un patient conscient, GSC 15/15, avec boiterie à la marche. On note la présence au niveau du pli du coude droit une plaie saignante, profonde, traumatisant le muscle fléchisseur profond du 4e doigt de la main droite.

On note également la présence de cicatrices d'automutilation au niveau du coude gauche, des deux avant-bras, du thorax et de la région cervicale droite (tentative de suicide).



**PhotoN°6** : Cicatrices d'auto-coupures au niveau du membre gauche.



**PhotoN°7** : Cicatrices d'auto-coupures au niveau du thorax



*Photo N°8 : Cicatrice de sa tentative de suicide*



*Photo N°9 : Plaie saignante du pli du coude droit*

## Cascliniquen° 4

### Simulation

Agé de 40ans, monsieur D, prévenu incarcéré au centre pénitentiaire de MARRAKECH 'BOULMHAREZ ', pour commercialisation d'objets volés.

Admis aux urgences du CHU de Casablanca, le 01/08/2016 pour douleurs thoraciques.

Sans antécédents pathologiques particuliers, notamment pas de facteurs de risques cardio-vasculaires.

Le patient a déjà consulté à plusieurs reprises à l'hôpital Mohammed V pour douleurs thoraciques où un ECG et une radio de thorax ont été réalisés à 4 reprises sans anomalies apparentes.

Patient référé pour avis spécialisé au CHU et complément de prise en charge.

Coronarographie réalisée normale et toutes les autres explorations. Disparition de la douleur au cours de l'hospitalisation.

Conclusion : simulation



*SUGGESTIONS  
ET  
RECOMMANDATIONS*



## LES URGENCES INCARCEREES

---

Une organisation de l'offre des soins sanitaires plus efficiente en terme de proximité et de compétence des professionnels de santé pour les détenus a vu le jour grâce à la volonté forte de la DGAPR Marocaine sous l'égide Royale en Août 2011 au centre pénitentiaire OUKACHA, à la présentation d'un centre médical polyvalent.

Cet établissement hospitalier, bâti sur deux étages, comporte différents compartiments destinés à l'hémodialyse, une autre pour l'ophtalmologie, la chirurgie dentaire, l'addiction, la médecine générale et la radiologie. À côté de cela, il y a un laboratoire, une pharmacie... Le centre n'a pas pour seul souci d'assurer des consultations pour les détenus malades. En effet, il est doté d'une capacité d'accueil de 224 lits destinés aux malades ayant besoin d'être hébergés et suivis par les médecins. Ce sont 24 lits qui sont conçus de manière à isoler les détenus souffrants de maladies contagieuses. Tout malade ou détenu doit recevoir des visites. Ainsi, un autre espace est aménagé pour accueillir les familles qui viennent rendre visite aux malades incarcérés.

C'est la première fois au Maroc qu'un centre de soin de cette dimension et de cette qualité est ouvert dans une prison. Il faut faire en sorte que ce soit dupliqué à travers toutes les prisons de notre royaume, peut-être pas de la même ampleur, mais avec une dimension moyenne.

En plus de la proximité des soins aux prisonniers, on propose aussi comme réforme sanitaire au sein des établissements pénitentiaires :

-Que le dossier médical des personnes détenues soit commun, dans tous les établissements pénitentiaires du Maroc et qu'il contienne les documents relatifs au suivi médical du détenu (soins somatiques, soins psychiatriques, prescriptions médicamenteuses, dossiers de soins infirmiers) et la fiche épidémiologique remplie lors de la visite médicale initiale (ce document va servir au recueil des données médicales à visée d'épidémiologie descriptive de l'état de santé de la population carcérale marocaine).

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- Un dépistage systématique à l'entrée du détenu des maladies contagieuses, à type de tuberculose, IST, d'hépatite virale B et C vu l'incidence augmentée en milieu carcéral de ces maladies selon la littérature.
- Une surveillance régulière des détenus porteurs des pathologies chroniques à savoir la tuberculose, le diabète, l'hypertension artérielle et la pathologie tumorale.
- Lutter contre la surpopulation en milieu carcéral, qui est selon la littérature le premier facteur de risque d'agression entre les détenus.
- Dépistage des idéations suicidaires des détenus pour lutter contre le suicide en milieu carcéral vu la sursuicidité carcérale.
- Instaurer une politique d'éducation à la santé dont l'objectif sera d'éduquer les détenus pour l'hygiène sanitaire, le tabagisme et les conduites addictives via un centre intra-carcéral d'addictologie.
- Une collaboration entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital de proximité du détenu pour le suivi médical après la période d'incarcération surtout pour les malades porteurs d'une pathologie psychiatrique.



*CONCLUSION*



**L**e médecin a l'obligation morale de soigner, avec tous les moyens dont il dispose, tout homme quel qu'il soit, même celui coupable du crime le plus odieux, même le terroriste, et le tortionnaire.

La rencontre du visage et du regard de l'homme malade impose l'obligation de faire tout pour lui, indépendamment de ce qu'il est. Il importe de s'abstenir de toute position personnelle, de tout jugement à partir de soi-même, et de se laisser prendre par l'autre, même si ce décentrement de soi-même sur un malade n'est pas psychologiquement facile.

Nous avons décidé d'étudier les motifs d'admission des malades incarcérés aux urgences du CHU MED VI de MARRAKECH . Pour faire face à l'augmentation du nombre des prisonniers qui consultent chaque jour dans nos hôpitaux publics.

L'étude de cette problématique a permis de mettre en évidence, la fréquence des pathologies digestives, pulmonaires surtout la tuberculose, le diabète, les pathologies infectieuses surtout les IST, les pathologies psychiatriques, les auto-agressions et la violence entre les détenus.

Pour améliorer la prise en charge sanitaire des détenus on a essayé de proposer des solutions aux problèmes rencontrés au cours de cette étude.

Ce travail est le point de départ des réflexions et des recherches sur les problèmes sanitaires en milieu carcéral, comme le suicide, l'incidence des hépatites virales B, C et du VIH, les conduites addictives et leur prise en charge, pour renforcer la vision humanitaire des prisons et pour offrir aux prisonniers les prestations de soins dans les normes internationales.

La médecine carcérale du vingt et unième siècle se veut d'être une médecine non dérogatoire, basée sur le principe d'égalité des soins pour tous les citoyens. La prison ne doit être, comme le disait Valéry Giscard d'Estaing, qu'une « privation de la liberté d'aller et de venir et rien d'autre ».



---

*RESUME*



---

# LES URGENCES INCARCEREES

---

## RESUME

Le Maroc a connu ces dernières années de grandes réformes dans le domaine des droits de l'homme et de la justice. Ceci a touché particulièrement le système carcéral, avec une augmentation du nombre de consultations des prisonniers dans les hôpitaux publics.

Cette étude descriptive et analytique, menée au sein des services d'accueil des urgences de l'hôpital IBNOU TOFAIL de Marrakech porte sur 126 prisonniers incarcérés au centre pénitencier boulmharez de Marrakech. Notre enquête a duré 6 mois, et s'étale donc du 1<sup>er</sup> Mars au 31 Août 2016. L'objectif principal est d'élucider et d'éclairer les motifs d'admission des prisonniers aux urgences.

L'âge moyen de notre population est de 35,5 ans avec une nette prédominance masculine (93.78%). La tranche d'âge comprise entre 18 et 39 ans est la plus représentée avec un taux qui égalise les 68%. En ce qui concerne les infractions, elles sont dominées par le vol simple. Ce dernier est qualifié avec un pourcentage de 36%, avec une prédominance en termes de durée de peine des prévenus. 86% de la population carcérale a au moins un antécédent toxique. Les antécédents médicaux les plus retrouvés sont le diabète, l'HTA/cardiopathie, une pathologie tumorale connue, la tuberculose et l'asthme.

Les pathologies digestives demeurent en tête de liste et constituent des motifs de consultation à 14.9% des cas.

Secondairement on retrouve la pathologie pulmonaire soit 13.04% des consultants, avec prédominance de la tuberculose pulmonaire avec 6.21% et de l'asthme 5.59%. Enfin, le reste des incarcérés a été reçu pour le diabète et ses complications avec 6.83%, pour des pathologies infectieuses, des pathologies urologiques avec 4.96% et 4.34% ont consulté pour pathologie psychiatrique.

19.87% de la population étudiée ont consulté pour agression au sein de l'établissement pénitenciel et 14.28% pour auto-agression. 48% des détenus ont bénéficié d'une imagerie, 23% d'un bilan biologique en urgence. 84% ont nécessité une prise en charge ambulatoire,

## LES URGENCES INCARCEREES

---

Cette étude est le point de départ pour d'autres travaux scientifiques sur cette population qui échappe aux études statistiques de santé publique.

## SUMMARY

During the last few years, Morocco knew some big reforms in the human rights of justice, including the prison system, with an increase of the number of consultations of prisoners in the public hospitals.

This descriptive and analytical study, led within the services of reception of the emergencies of the IBNOU TOFAIL hospital and the CHU (TEACHING HOSPITAL) ERRAZI of Marrakech concerning 126 prisoners imprisoned in the 'BOULMHAREZ' penitential center of Marrakech, during a period of 6 months, from March 1<sup>st</sup> until August 31<sup>st</sup>, 2016.

The objective is to make a reflection on the motives for emergency admission of prisoners.

The average age of our population is of 35,5 years with a clear male ascendancy (93.78 %). The age bracket going from 18 to 39 years is the most represented with (68 %). Breaches were dominated by the common and qualified theft with (36 %), with an ascendancy in terms of duration of punishment of the accused. 86 % of the incarcerated population has at least a toxic history. The most found medical symptoms are diabetes, HTA / Heart Disorder, a known tumoral pathology, tuberculosis and asthma.

The digestive pathologies come first of all motives for consultation with 14.9% followed by the lung pathology: 13.04 % with ascendancy of the pulmonary tuberculosis with 6.21 % and asthma 5.59 %, diabetes and its complications with 6.83 %, infectious pathologies 4.96 %, urologic pathologies with 4.96 % and 4.34 % consulted for psychiatric pathology 19.87 % of the studied population consulted for aggression within the penitential establishment and 14.28% for auto-aggression. 48 % of the prisoners benefited from an imaging, 23 % of an emergency biological check up. 84 % required an ambulatory care, 15 % of hospitalization with ascendancy of the services of surgery. Only 1 % of the consultants refused the medical care.

This study is the point of departure for other scientific works on this population who is not included in the statistical studies of public health.

## ملخص

عرف المغرب في السنوات الماضية اصلاحات كبرى في مجال حقوق الانسان والعدالة بما في ذلك النظام السجني، مع زيادة عدد فحوصات السجناء في المستشفيات العمومية.

تمت هذه الدراسة الوصفية والتحليلية بمصالح استقبال المستعجلات بمستشفى ابن طفيل و المستشفى الجامعي محمد السادس وشملت 126 سجينا في السجن المركزي بولمهارز ؛ خلال فترة اشهر؛ من اول فبراير حتى 31 غشت . 2011 وتهدف إلى تقديم صورة عن دوافع قبول السجناء بالمستعجلات يبلغ متوسط أعمار العينة 35.5 سنة غالبيتهم ذكور . ( % 93.78 ) كما أن الفئة العمرية ما بين 18 و 39 عاما يمثلون أكثر من 68 %

جاءت السرقة الموصوفة على رأس الانتهاكات ( 36 ) في المائة، مع غلبة الاحتياطين.

86% من نزلاء السجن لها على الأقل سوابق مخدرة . السوابق الطبية الأكثر شيوعا هي السكري، ارتفاع الضغط ؛ أمراض القلب، السرطان؛ الربو والسل.

% أمراض الجهاز الهضمي من أهم أسباب الاستشارات الطبية بنسبة 14.28 تليها الأمراض الجهاز التنفسي بنسبة % 13.04 غالبيتها أمراض السل الرئوي

6.21% و الربو 5.59 السكري ومضاعفاته بنسبة % 6.83 ؛ الأمراض التعفنية بنسبة % 4.96

أمراض الجهاز البولي % 4.96 ، و أخيرا % 4.34 من الإستشارات كانت من أجل أمراض نفسية.

19,87 من العينة التي شملتها الدراسة تقدمت للفحوصات بسبب إعتدأت داخل المؤسسة السجنية، و 14,28 % اعتداءات ذاتية % 48 . من السجناء إستفادوا من صور أشعة ؛ و % 23 من فحوصات بيولوجية.

% 84 إقتضوا رعاية للمرضى الخارجيين، % 15 إحتاجت إستشفاء في المستشفيات مع غالبية التخصص الجراحي ؛ فقط % 1 رفضت % 84 الإستشفاء كانت هذه الدراسة، نقطة انطلاق لأعمال علمية أخرى لهذه الفئة من المجتمع التي لا تخضع للإحصائيات وزارة الصحة.



***BIBLIOGRAPHIE***



## LES URGENCES INCARCEREES

---

**1. Alavinia, S**

Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de forces en Europe au XVIIIème siècle de John Howard.

DEA Histoire et anthropologie juridique. 2002.

**2. Altun G, Akansu B, Altun BU, Azmak D, Yilmaz A.**

Death due to hunger strike: post mortem findings. Forensic Sci Int 2004;146:35-8.

**3. Annas GJ.**

Hunger strikes at Guantanamo – medical ethics and human rights in a “Legal Black Hole”.

N Engl J Med 2006;355:1377-82.

**4. Archer E.**

Obligation de soin et secret médical. Une exigence éthique essentielle : la réflexion sur les fondements.

XXXIIe Congrès de criminologie : Les soins obligés ou l’utopie de la triple entente. Lille: Dalloz; 2002. p. 163-7.

**5. Apfelbaum M.**

Effets physiopathologiques des dénutritions expérimentales. Minerva Med 2007;61:4312-4.

**6. Assemblée Nationale.**

La France face à ses prisons

Rapport, DIAN, Paris, 2000, 328p.

**7. Augestad LB, Levander S.**

Personality health and job stress among employees in a Norwegians penitentiary and in a maximum security hospital.

Work and Stress 1992; 6:65-79.

**8. Baromètre Santé 2000.**

Vol 2 Editions CFES. <http://www.inpes.sante.fr/>.

**9. Barbier D.**

Le suicide.

La Presse médicale 2001;30:1719-26.

**10. Bastick M, Townhead L.**

Women in prison: a commentary on the UN standard minimum rules for the treatment of prisoners.

Geneva: Quaker United Nations Office; 2008.

**11. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, et al.**

Tuberculosis Incidence in Prisons: A Systematic Review. PLoS Med, 2010, 7(12): e1000381.

**12. Beck F, Legleye S.**

Le tabagisme en France. Regards sur l'Actualité

La revue du praticien, 2004;298:77-87

**13. Bénézech M.**

Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral ; Annales Médico Psychologiques 163 (2005) 632-641.

**14. Bénézech M.**

Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. Ann Méd Psychol 1999;157:561-6.

**15. Bénézech M, Bourgeois ML, Groussin A, Aubert B.**

Deux cas de violences psychotiques chez des détenus : meurtre d'un cocellulaire, morsure d'un surveillant.

J Med Leg Droit Med 2002;45:280-4.

**16. Bénézech M, Forzan S, Groussin A.**

Comportement déviant, violence et viol en milieu carcéral. *J Med Leg Droit Med* 1998;41:613-7.

**17. Bénézech M, Lacoste D, Beylot J.**

Violences sadiques et sexuelles entre détenus : à propos d'une observation. *J Med Leg Droit Med* 1990;33:253-6.

**18. Bennet L, Kelaher M, Ross M.**

Quality of life in health care professionals: Burnout and its associated factors in HIV/AIDS related care. *Psychology and Health* 1994;9: 273-83.

**19. Bernard M, Aussel C, Cynober L.**

Marqueurs de la dénutrition et de son risque ou marqueurs des complications liées à la dénutrition ? *Nutr Clin Metabol* 2007;21:52-9.

**20. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, et al.**

Release from prison--a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med* 2007 Jan 11;356(2):157-165.

**21. Blaauw E, Arensman E, Kraaij V, Winkel FW, Bout R.**

Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *Journal of traumatic stress* 2005; 15:1.

**22. Bonnardot. L.**

Difficultés d'accès aux soins spécialisés en milieu pénitentiaire. Master d'éthique médicale. Année 2004-2005. Université rene descartes. Faculté de Médecine, Paris 5

**23. Boudoukha A.H.**

Anxiété et coping des soignants : la prison est-elle un facteur de protection ?  
Annales Médico-Psychologiques 167 (2009) 583-590.

**24. Boudoukha AH.**

Etude conjointe du burnout et des troubles de stress traumatique dans une population à risques. In: Cas des professionnels en milieu carcéral. Villeneuve d'Ascq: Université Lille-III Charles-de- Gaulle; 2006

**25. Bourgoin N.**

La mortalité par suicide en prison.  
Epidémiologie et santé publique 1993;41:146-54

**26. Bourgoin N.**

Les automutilations et les grèves de la faim en prison, Déviance et Société 2001 /2;25:131-45.

**27. Brenda J van den Bergh,**

Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equity and social justice,  
Bull World Health Organ 2009;87:406.

**28. Bulletin statistique annuel**

Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion Marocaine. 2007

**29. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B.**

Manual for administration and scoring.  
University of Minnesota Press; 1989.

**30. Carrière, P.**

Psychiatre à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc, Le canard enchaîné, 7 juillet 2004.

**31. Casile-Hugues G.**

La grève de la faim en milieu carcéral. À travers le cas de la maison d'arrêt des Baumettes de 1975 à 1983.

Thèse : Droit : université d'Aix-Marseille 3;1989.

**32. Cesare Beccaria,**

« Le traité des peines et des délits »,

Constitution d'un nouveau droit pénal avec une codification des infractions. 1764

**33. Chandon M, Péronnet D, Prud'homme de la Boussinière T.**

Prise en charge de la douleur postopératoire chez le toxicomane. Evaluation et traitement de la douleur. SFAR; 2009. p. 21-9.

**34. Cochet A, Isnard H.**

Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France. Enquête prospective, 1 er juillet 2005-30 juin 2006. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.

2008 ;n°2 :12-4.

**35. Colin M. Jean J**

Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables,

Revue Française des Affaires sociales, 1997, 51, 1, pp.17-29.

**36. Colloque "Santé en prison".**

Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise. 2004

**37. Commission d'enquête de l'Assemblée nationale.**

Situation dans les prisons françaises, Documents d'information de l'Assemblée nationale. 2000

**38. Cottraux J, Bouvard M, Legeron P.**

Sélection d'échelles d'évaluation et de questionnaires. Méthodes et échelles d'évaluation du comportement. Paris: Etablissement d'applications psychotechniques; 1985.

**39. Dérobert L, Fully G, Breton J.**

La grève de la faim en milieu pénitentiaire Étude clinique, thérapeutique et médico-légal.

Med Leg Damage Corpor 1971;4:301-463

**40. Descamps.C.**

Le dépistage des maladies transmissibles en milieu carcéral. Proposition d'une méthodologie d'évaluation.

Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique-1999.

**41. Drogues et dépendances :**

Indicateurs et tendances 2002. Paris: OFDT; 2002.

<http://www.drogues.gouv.fr/article865.html>

**42. Direction de l'administration pénitentiaire,**

Bureau des études de la prospective et des méthodes

Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France

Situation au 1er janvier 2011.

**43. Direction départementale des affaires sociales et sanitaires.**

« Prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées ». 2005.

**44. Dubois F, et al.**

Évolution et surveillance des patients grévistes de la faim : expérience d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale.  
Rev Med Interne (2011).

**45. Ducher JL, Daléry J.**

Validité concourante de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire avec l'échelle d'idéation suicidaire de Beck.  
L'Encephale 2004;30:3.

**46. Duwoye.C.**

L'éducation pour la santé en milieu carcéral.  
Mémoire de l'école nationale de la santé publique-Septembre 2002.

**47. El Gharari. K.**

Prévalence de la syphilis et de l'infection à VIH dans une population carcérale féminine au Maroc.  
Revue de Santé de la Méditerranée orientale, Vol.13, N°4,2007

**48. Emily A.**

Incarceration, Incident Hypertension, and Access to Healthcare: Findings from the Coronary Artery Risk Development In young Adults (CARDIA) Study;  
*Arch Intern Med.* 2009 April 13; 169(7): 687-693.

**49. Espinoza.**

Le médecin face à la grève de la faim. Med Homme  
1990;189:10-3.

**50.Faibis I.**

La prise en charge somatique, psychologique et sociale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs bébés a la maison d'arrêt de FLEURY-MEROGIS en 1999  
Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé publique-2000.

**51.Falissard. B. et F.Rouillon**

Etude Directeur général de la Santé / Directeur de l'Administration pénitentiaire de juillet 2003 à septembre 2004,

**52.Fayeulle.S,**

Prise en charge médicale de la grève de la faim en milieu carcéral, Presse Med. 2010; 39: e217-e222.

**53.Fédération française de psychiatrie.**

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Conférence de consensus.  
Paris: Hôpital de la Salpêtrière, John Libbey Eurotext; 2000.

**54.Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle.**

Dossier : Violence dans les prisons, le suicide. Service correctionnel du Canada; 1992 (4,n° 3).

**55.Foucault, M**

Allocution de Valéry Giscard d'Estaing cité dans « Surveiller et punir », p 269.

**56.Foucault, M.**

*Surveiller et punir.* 1975.

**57.Franchitto, N.**

*La déontologie médicale à l'épreuve des contraintes pénitentiaires,*  
*DEA Ethique médicale.* 2004, Paris 5.

**58. Froissart, S.**

*La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de l'information et des communications: implications pour le management* Thèse HEC Montréal. 1999.

**59. Gallet E, Camilleri C, Crochet F, Laurencin G, Nouvel A.**

Les psychotiques incarcérés. Forensic  
2000;2-3:48-52.

**60. Geneviève. G.**

La population carcérale.  
Haut Comité de la santé publique. septembre 2003.

**61. Gibeaux. A.**

Les idéations suicidaires chez les nouveaux arrivants en maison d'arrêt.  
Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) 660-665.

**62. Guidelines for the clinical management of people refusing food in immigration removal centres and prisons.**

Offender health, Department of health 2010.

**63. Guilloneau M.**

Rapport sur les suicides de détenus entre 1998 et 1999. Ministère de la  
Justice, Travaux et Documents 2000;1-51.

**64. Harcouët L, Hazebroucq G.**

Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de  
l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la Maison d'Arrêt Paris La  
Santé.  
J Pharm Clin 2000.

**65. Haut Comité de la Santé Publique**

Santé en milieu carcéral.

Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. 1993.

**66. Hill C, Laplanche A.**

Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques.

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2003;22-23:98-100.

**67. Hivert PE, Ribon JF.**

Grève de la faim en prison.

Rev Penitentiaire Droit Penal 1970;94:635-8.

**68. Hyst J, Cabanel G.**

Conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France.

Paris : Rapport no 449, Sénat, 1999-2000.

**69. Ibid** : p 108 « l'article 716 du code de procédure pénale prévoit que les personnes mises en examen, prévenus et accusés soumis à la détention provisoire, sont placés au régime de l'emprisonnement individuel de jour et de nuit ».

**70. Inspection Générale des Affaires Sociales- Inspection Générale des services judiciaires**

Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu. juin 2001.

**71. Jaguenaud P, Malon D, Cosnes J, Réveillard V, Apfelbaum M, Rigaud D.**

Lipoprotéines plasmatiques et anorexie mentale. Effet de la renutrition.

Cah Nutr Diet 1996;31:45-51.

- 72.Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, et al.**  
Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons.  
Psychological medicine 2005; 35:257-69.
- 73.Johnson WE.**  
On ingestion of razor blades. JAMA  
1969;208:2163-4.
- 74.Julien M, Prévile M, Groulx S, Toussaint-Lachance M, Deschenes  
L, Denis JL, et al.**  
Implantation d'un programme de prévention du suicide s'adressant aux médecins  
généralistes. Congrès international de la francophonie en prévention du suicide  
Liège, Belgique; 2002.
- 75.Kerndt PR, Naughton JL, Driscoll CE, et al.**  
Fasting: the history, pathophysiology and complications. West J Med  
1982;137:379-99.
- 76.La réforme Amor**  
1944-1945 ([www.justice.gouv.fr/musee/histoire/vingt/26a.htm](http://www.justice.gouv.fr/musee/histoire/vingt/26a.htm)).
- 77.Lazarus RS, Folkman S.**  
Stress, appraisal and coping. New York:  
Springer; 1984.
- 78.Lecarpentier D.**  
Cesser de s'alimenter pour contraindre une autorité : la grève de la faim comme  
pratique contestataire,  
Cahiers d'économie et sociologie rurales, 2006;80

**79. Lecrubier Y.**

Risk factors for suicide attempts: epidemiological evidence. *European neuropsychopharmacology* 1998; 8:S2-114.

**80. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP.**

Validation d'un entretien diagnostique structuré bref  
Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), *psydoc*  
1992-1994.

**81. Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S.**

Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case control study.  
*European psychiatry clinical neurosis* 2005;87-92.

**82. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non- médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.**

Saint-Denis : Recommandation de Bonne Pratique  
AFSAPS, mai 2003.

**83. Lhuilier, D.**

Santé et soins en prison: perspective psycho-sociologique, *La santé en prison*. 2003.

**84. Loi no 94-43 du 18/01/1994 relative à la santé publique française et à la protection sociale.**

**85. MacFarlane. Ian**

A The development of healthcare services for diabetic prisoners. *The Fellowship of Postgraduate Medicine*, 1996; 72: 214-217 C

**86. Macheret–Chritie F, Gravier B.**

Schizophrénie, Psychose et prison. Site internet Psychiatrie et violence : [www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence/articles](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence/articles) 2003.

**87. Manaouil. C.**

Pratique de l'anesthésie réanimation en milieu pénitentiaire. Un de ´tenu peut-il bénéficier d'une anesthésie ambulatoire ?

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 39–44.

**88. Manzanera C, Senon JL.**

Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques.

Annals of medical psychology 2004;162:686–99.

**89. Marchand A, Demers A, Durand P.**

Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress.

Social Science & Medicine 2005; 61:1–14.

**90. Merle, R., Vitu, Andre**

Traité de droit criminel: ed cujas. op.cit. p 808.

**91. Ministère de la Justice française.**

Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2008,  
<http://www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10036&ssrubrique=10041>.

**92. Ministère de la justice Française.**

Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France. Situation au 1 er janvier 2010.

**93. Ministre de la justice et des libertés Française.**

Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1<sup>er</sup> janvier 2009;  
juin 2009.

**94. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice Française.**

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des  
personnes détenues : septembre 2004.

**95. Moron P.**

Le suicide en milieu pénitentiaire.  
Annals of medical psychology 2004;1362:672-5.

**96. Mouquet MC.**

La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et  
Résultats no 386 Drees,

**97. Mouquet MC.**

La santé des personnes entrées en prison en 2003. Ministère de l'Emploi, du  
travail et de la cohésion sociale, 2005;386.

**98. Mouquet MC, Bellamy V.**

Suicides et tentatives de suicide en France, études et résultats.  
Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques.  
2006; no 488.

**99. Moutel, G,**

« La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale »  
27 mars 2003 [www.inserm.fr/ethique](http://www.inserm.fr/ethique).

- 100. Nicholl DJ, Atkinson HG, Kalk J, Hopkins W, Elias E, Siddiqui A, et al.**  
Force feeding and restraint of Guantanamo Bay hunger strikers.  
Lancet 2006;367:811. <http://www.legifrance.gouv.fr/home.jsp>.
- 101. Obradovic.I.**  
Addictions en milieu carcéral. Saint-Denis : OFDT n°41,  
2005. <http://www.drogues.gouv.fr/article4800.html>.
- 102. Olié, J.-P., Loô Henri,**  
La décision de justice face à la maladie mentale  
Le Monde 10 Août 2005.
- 103. Ordre national des médecins Français. Conseil national de l'ordre**  
« Du droit au consentement au droit au refus de soins »  
Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'ordre des médecins des 29  
et 30 janvier 2004 [<http://web.ordre.medecin.fr/rapport/refusdesoins.pdf>].
- 104. Palermo GB, Palermo MT, Simpson DJ.**  
Death by inmate: multiple murder in a maximum security prison. Med Law  
1996;15:455-66.
- 105. Peltier C.**  
La médecine des prisons en débat  
Bulletin de l'Ordre des médecins, mars 2000, pp. 6-7.
- 106. Perreau.C.**  
L'infection par le VIH en milieu carcéral à la MARTINIQUE.  
Étude descriptive au centre pénitentiaire de Ducos entre 1996 et 2009.

**107. Pérez-Cárceles MD, Íñigo C, Luna A, Osuna E.**

Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Sci Int* 2001;119:279-83.

**108. Plasson S.**

Prise en charge de grévistes de la faim lors du jeûne et de la renutrition : à partir de 19 cas.

Thèse : Med : université de Lyon 1; 2004, 229 p.

**109. Poirier A.**

Le suicide en prison : statistiques, commentaires, questionnements. *Informations psychiatriques question ouverte* 2003;79:335-46.

**110. Pradier P**

La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000. Evaluation et perspective. Documents, visites, entretiens, réflexions Rapport missionné par la Garde des Sceaux et le Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, 30 septembre 1999.

**111. Prescrire Rédaction.**

Santé Mentale dans les prisons françaises. *Rev Prescrire* 2003;245:862.

**112. Prieto N, Faure P.**

La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR.

*L'Encephale* 2004;30:6.

**113. Prieur, C.**

La majorité des détenus souffrent de troubles psychiques, *Le monde*, 8 décembre 2004.

**114. Prudhomme J, Verger P, Rotily M.**

Fresnes, mortalité des sortants.

Paris: L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2003.

**115. Rapport 2005 : Les conditions de détention en France.**

Chapitre Addictions, éditions OIP/La découverte, 2005, 288 p.

**116. Renneville M.**

Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. *Annals of medical psychology* 2004;162:653-6.

**117. Ricoeur. P.**

« Éthique et morale », 1991.

**118. Ricoeur, P.**

Justice et médecine, la problématique de la personne y est également posée, *Visions éthiques de la personne*, Editor. 2001, L'Harmattan. p. 62.

**119. Rigaud D.**

Conséquences métaboliques de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Metabol* 2007;21:159-65.

**120. Rousseau E.**

La réforme de l'organisation des soins aux personnes détenues : les textes et leur mise en œuvre.

*Revue française des affaires sociales* 1997;1:73-80.

**121. Sabatini J.**

Les problèmes médicaux posés par les grèves de la faim. *Concours Med* 1982;104(20):3187-93.

## LES URGENCES INCARCEREES

---

- 122. Sahajian F, Lamothe P, Fabry J,**  
[Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates].  
Santé Publique. 2006 Jun; 18(2):223-34.
- 123. Salib E, Thephanous M.**  
Potentially preventable suicide. Br J Psychiatry  
2005;187:190-1.
- 124. Savendahl L,**  
Underwood LE. Fasting increases serum total cholesterol, LDL cholesterol and apolipoprotein B in healthy, nonobese humans.  
J Nutr 1999;2005-8 [Abstract].
- 125. Sebo P, Guilbert P, Elger B, Bertrand D.**  
Le jeûne de protestation : un défi inhabituel pour le médecin. Rev Med Suisse  
2004;492; <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=24053>
- 126. Seguin M, Huon P.**  
La crise et le suivi de crise. In: Le suicide : comment prévenir, comment intervenir.  
Québec: Logiques; 2000.
- 127. Sénat, N°449,**  
Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires.  
juin 2000.
- 128. Senon JL.**  
Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annals of medical  
psychology 2004;162:646-52.

**129. Senon JL.**

Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Paris:  
PUF;1998.

**130. Serman. E**

Difficultés et ressentis des soignants dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés en milieu carcéral en Savoie en 2011. Université Joseph Fournier – Faculté de Médecine de Grenoble. juillet  
2011

**131. Shaw J, Baker D, Hunt MI, Moloney A, Appleby L.**

Suicide by prisoners, National clinical survey.  
The British journal of psychiatry 2004; 184:2637.

**132. Shea S.**

Evaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir. Paris: Elsevier  
Masson; 2008.

**133. Source universitaire (Faculté de Grenoble)**

Mai 2003.

**134. Status paper on prisons and tuberculosis.**

Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007

**135. Tegtmeyer CJ, MC Lean CW, Scher RL.**

Vascular injury following foreign body perforation of the oesophagus. Review of the  
litterature and report of a case.

Ann Otol Rhinol Laryngol/1990;99:698-702.

**136. Terra JL.**

Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention.  
Paris; 2003.

**137. Todd M.**

Daily processes in stress and smoking: effects of negative events, nicotine dependence, and gender.  
Psychol Addict Behav 2004;18(1):31-9.

**138. Tuen HH, Lai ECS, Fan ST.**

Endoscopic retrieval of ingested broken glass in the oesophagus and stomach by end hood and suction technic.  
Gastro intestinal Endosc 1989;35:357-8.

**139. United Nations Office on Drugs and Crime**

Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment.  
Vienna 2008.

**140. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP.**

Burnout and inequity among human service professionals: A longitudinal study.  
Journal of Occupational Health Psychology 2001;6:43-52.

**141. Vasseur, V.**

Médecin-chef à la prison de la Santé, Coll.  
Le Livre de Poche, éd. Le cherche midi, 2000

**142. Vidal A, Cremades S, Ossart M, Loas G.**

Etude des caractéristiques des tentatives de suicide graves : comparaison avec les autres tentatives de suicide. *Annals of medical psychology* 2001;159:128-30.

**143. Vincent. B.**

Stratégie de prise en charge des patients ayant volontairement ingérés des lames de rasoir. A propos de huit cas. *Urgences* 1997;XVI:38-41

**144. Walmsley R.**

World female imprisonment list.  
London: International Centre for Prison Studies; 2006.

**145. Weisenberger JE.**

Hazards of eating razor blades.  
*JAMA*.1999;207:1719-21.

**146. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Van der Does A, Sega Z.**

Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of affective disorders* 2006;91(2).

**147. Witzel L, Scheurer U, Muhleman A, Halter F.**

Removal of razor blades from stomach with fiberoptic endoscope. *Br Med J* 1994;2:539-40.

**148. World Medical Association.**

Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim.  
Pilanesberg; octobre 2006, <http://www.wma.net/f/policy/h31.htm>.

**149. Women in prison:**

A review of the conditions in Member States of the Council of Europe.

Brussels: Quaker Council for European Affairs; 2007.

*ANNEXES*

# LES URGENCES INCARCEREES

## Les urgences carcérales : Prise en charge et Perspectives d'avenir

- Fiche d'exploitation-

1. *Identité* : .....

2. *Sexe* : Femme  homme

3. *Age* : 18-25  26-40  41-55  56-60  Sup 61

4. *Etat civil* : Marié  Célibataire  Veuf(ve)  Nombre d'enfants

5. *Origine* : .....

6. *Durée d'incarcération* : .....

7. *Antécédent* :

Médicaux : ..... Chirurgicaux : .....

Toxique : .....

8. *Motif de consultation* :

= type d'urgence : chirurgicale  médicale   
Chirurgicale : Viscérale  Urologie  CCV   
Neurochirurgie  Maxillofaciale  ORL   
Gyneco-obstétrique  Chirurgie plastique   
Ophtalmologique  Traumatologie   
Médicale : Réanimation  Gastrologique  Infectieuse   
Dermatologique  Pneumologique  Cardiologique   
Endocrinologique  Psychiatrique  Toxicologique

= Nombre de passage 1<sup>er</sup>  2<sup><</sup>  3<sup><</sup>  4<sup><</sup>

= Stade CIMU 1  2  3  4  5

9. *Histoire de la maladie* :

.....  
.....  
.....

# LES URGENCES INCARCEREES

## 10. Examen clinique

Etat général : Bon  Altéré

Echelle de Glasgow ..... Conjonctives ..... Œdèmes ..... PS .....

Poids ..... Taille ..... IMC ..... Diurèse ..... BU ..... PA .....

FC ..... FR ..... So2 ..... EVA ..... température .....

## 11. Paraclinique :

**Biologie :** Hémogramme  Hg : ..... GB : ..... Pla : .....

Ionogramme  Na : ..... K : ..... HCO3- : .....

Bilan hépatique  ASAT : ..... ALAT : ..... GGT : ..... PAL : .....

Bilan rénal  Urée : ..... Créa : ..... Acide urique : .....

Bilan pancréatique  Lipase : ..... Amylase : .....

Bilan d'hémostase  TP : ..... TCK : .....

Enzymes cardiaque  : .....

Immunologique  : .....

Hémoculture  : .....

Sérologie  : .....

Myélogramme  : .....

**Radiologie :** Radiographie thorax  ECG

Echographie  Doppler

TDM  IRM

Scintigraphie

# LES URGENCES INCARCEREES

---

Compte rendu : .....

.....

.....

**Biopsie :** Le siège : ..... nombre de pièces : .....

**Conclusion** ( clinique et diagnostique )

.....

.....

.....

.....

## 12. Prise en charge :

EN Ambulatoire

Traitement reçu : .....

.....

Hospitalisation  Service : .....

Traitement reçu : .....

.....

Durée de séjour : .....

Suivi post opératoire : .....



## اقسمُ بالله العظيم

أن أراقبَ الله في مهنتي.

وأن أضوّن حياة الإنسان في كافة أدوارها في كل الظروف والأحوال باذلة وسعي في استنقاذها من الملاكِ والمرضى والألمِ والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر مخزئتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، لل صالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، أسخره لرفع الإنسان .. لا لأخاه.

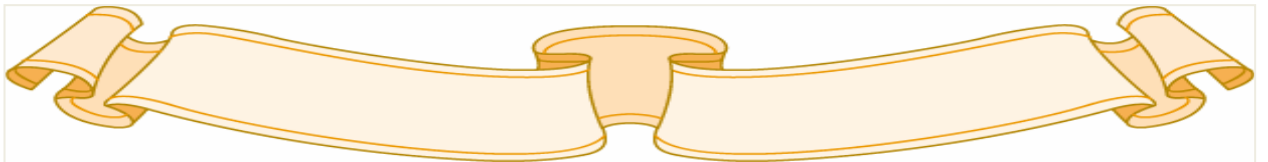
وأن أوقر من علمي، وأعلم من يخرني، وأكون أحتياكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون

حياتي صادق إيماني في سري وعلايتي ، نهيّة مما يهينها تجاة الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد





كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 185

سنة 2016

المستعجلات السجنية  
التكفل الصحي, وجهات نظر مستقبلية

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2016  
من طرف

السيد ربيع خرشي

المزداد في 3 اكتوبر 1988 بوجدة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الوسط السجني- تنظيم العلاج- الولوج إلى المستعجلات  
النهج الطبي و الإجتماعي

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام



السيد هشام النجمي  
أستاذ في الإنعاش والتخدير  
السيد توفيق أبو الحسن  
أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيدة فاطمة العصري  
أستاذة في الطب النفسي