



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE  
RABAT



Année: 2021

Thèse N°: 137

Les deces en milieu penitentiaire :  
A propos de 162 cAs Autopsies a l'institut  
medico-legal du chu ibn rochd  
de casablanca

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

**Madame Maha MHAIFID**  
*Née le 27 Mars 1994 à Kénitra*

*Pour l'Obtention du Diplôme de*  
**Docteur en Médecine**

**Mots Clés :** Détention; Milieu pénitentiaire; Prison; Médecine légale

Membres du Jury :

**Monsieur Mustapha ALILOU**

Professeur d'Anesthésie Réanimation

**Madame Fadila AIT BOUGHIMA**

Professeur de Médecine Légale

**Monsieur Hicham BENYAICH**

Professeur de Médecine Légale

**Monsieur Razine RACHID**

Professeur de Médecine Social et Santé Publique

**Président**

**Rapporteur**

**Co-Rapporteur**

**Juge**

***"On ne peut juger du degré d'une civilisation qu'en visitant ses prisons"***

**Fiodor Dostoïevski**

**Primum non nocere**



**UNIVERSITE MOHAMMED V  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIERABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK  
1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI  
1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI 1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

**ADMINISTRATION :**

**Doyen :**

**Professeur Mohamed ADNAOUI**

**Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines**

Professeur Brahim LEKEHAL

**Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**

Professeur Taoufiq DAKKA

**Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**

Professeur Younes RAHALI

**Secrétaire Général**

Mr. Mohamed KARRA

*\*Enseignant militaire*

## 1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

### PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

#### Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz  
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi  
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - [Clinique Royale](#)  
Anesthésie -Réanimation  
Pathologie Chirurgicale

#### Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – [Doyen de la EMPR](#)  
Neurologie

#### Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique  
Anesthésie Réanimation

#### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENSOUA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZAD Rachid  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique [Méd. Chef Maternité des Orangers](#)  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)  
Chimie thérapeutique

#### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOUA Adil  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale [Doyen de EMPT](#)  
Anesthésie Réanimation  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Anatomie  
Microbiologie

#### Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid  
Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques [Doyen de la EMPA](#)  
Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale - [Directeur du CHUIS](#)  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique

*\*Enseignant militaire*

Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

Chirurgie Générale  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

#### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

Urologie [Inspecteur du SSM](#)  
Pédiatrie  
Traumatologie - Orthopédie  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

#### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

#### **Décembre 1996**

Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. OUZEDDOUN Naima

Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Néphrologie

Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

#### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. KADDOURI Noureddine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Neurologie  
Cardiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie [Directeur Hôp. Ar-razi Salé](#)  
Gynécologie Obstétrique

#### **Novembre 1998**

Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. BENKIRANE Majid\*

Neurologie [Doyen de la FM Abulcassis](#)  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Hématologie

*\*Enseignant militaire*

### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed*	Pneumo-phtisiologie
Pr. AIT OUAMAR Hassan	Pédiatrie
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd	Pédiatrie
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

### **Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia	Neurologie
Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie - <a href="#">Directeur Hôp. Cheikh Zaid</a>
Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie

### **Décembre 2001**

Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
Pr. CHAT Latifa	Radiologie
Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique <a href="#">Directeur Hôp. Des Enfants Rabat</a>
Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie - <a href="#">Directeur Hôp. Univ. International (Cheikh Khalifa)</a>
Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale <a href="#">Directeur Hôpital Ibn Sina</a>
Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique <b>V-D chargé Aff Acad. Est.</b>
Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
Pr. NOUINI Yassine	Urologie

***\*Enseignant militaire***

Pr. SABBAH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie

### **Décembre 2002**

Pr. AMEUR Ahmed\*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef\*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. CHOHO Abdelkrim\*  
Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair  
Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
Pr. HAJJI Zakia  
Pr. KRIOUILE Yamina  
Pr. OUIJILAL Abdelilah  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. SIAH Samir\*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Pédiatrie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale

*\*Enseignant militaire*

Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENYASS Aatif\*  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

#### **AVRIL 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

#### **Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AOUI Sarra  
Pr. BAITE Abdelouahed\*  
Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
Pr. BENZIANE Hamid\*  
Pr. BOUTIMZINE Nourdine

*\*Enseignant militaire*

Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Rhumatologie [Directeur Hôp. ALAyachi Salé](#)  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Biophysique  
Cardiologie (mise en disponibilité)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie  
Hématologie  
O.R.L  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio - Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie - Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Pneumo - Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo - Phtisiologie

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Anesthésie réanimation  
Biochimie-chimie  
Pharmacie clinique  
Ophtalmologie

Pr. CHERKAOUI Naoual\*  
 Pr. EL BEKKALI Youssef\*  
 Pr. EL ABSI Mohamed  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GHARIB Nouredine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia  
 Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LOUZI Lhoussain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLOGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia

Pharmacie galénique  
 Chirurgie cardio-vasculaire  
 Chirurgie générale  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie  
 Radiothérapie  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologie biologique  
 Biochimie-chimie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie-orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie

### **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
 Pr. AGADR Aomar\*  
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
 Pr. AKHADDAR Ali\*  
 Pr. ALLALI Nazik  
 Pr. AMINE Bouchra  
 Pr. ARKHA Yassir  
 Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
 Pr. BJIJOU Younes  
 Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
 Pr. BOUI Mohammed\*  
 Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
 Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
 Pr. DOGHMI Kamal\*  
 Pr. EL MALKI Hadj Omar  
 Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
 Pr. ENNIBI Khalid\*  
 Pr. FATHI Khalid  
 Pr. HASSIKOU Hasna\*  
 Pr. KABBAJ Nawal  
 Pr. KABIRI Meryem  
 Pr. KARBOUBI Lamya  
 Pr. LAMSAOURI Jamal\*

Médecine interne  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Neuro-chirurgie  
 Radiologie  
 Rhumatologie  
 Neuro-chirurgie [Directeur Hôp.des Spécialités](#)  
 Anesthésie Réanimation  
 Anatomie  
 Biochimie-chimie  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Traumatologie-orthopédie  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Hématologie clinique  
 Chirurgie Générale  
 Microbiologie  
 Médecine interne  
 Gynécologie obstétrique  
 Rhumatologie  
 Gastro-entérologie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Chimie Thérapeutique

***\*Enseignant militaire***

Pr. MARMADE Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha\*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani\*

Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-Phtisiologie

### **Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation  
Médecine Interne **Directeur ERSSM**  
Physiologie  
Microbiologie  
Médecine Aéronautique  
Biochimie- Chimie  
Radiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Plastique et Réparatrice  
Urologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique

### **Decembre 2010**

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

### **Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Traumatologie-orthopédie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie Pathologique

### **Février 2013**

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila

Pharmacologie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie-Réanimation  
Biochimie-Chimie

***\*Enseignant militaire***

Pr. BENKIRANE Souad	Hématologie
Pr. BENSGHIR Mustapha*	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA Mohammed*	Néphrologie
Pr. BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique et Bromatologie
Pr. BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLouFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique <b>Vice-Doyen à la Pharmacie</b>
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

***\*Enseignant militaire***

### **AVRIL 2013**

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

### **MARS 2014**

Pr. ACHIR Abdellah

Chirurgie Thoracique

Pr. BENCHAKROUN Mohammed\*

Traumatologie- Orthopédie

Pr. BOUCHIKH Mohammed

Chirurgie Thoracique

Pr. EL KABBAJ Driss\*

Néphrologie

Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira\*

Biochimie-Chimie

Pr. HARDIZI Houyam

Histologie- Embryologie-Cytogénétique

Pr. HASSANI Amale\*

Pédiatrie

Pr. HERRAK Laila

Pneumologie

Pr. JEAIDI Anass\*

Hématologie Biologique

Pr. KOUACH Jaouad\*

Génécologie-Obstétrique

Pr. MAKRAM Sanaa\*

Pharmacologie

Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar

CCV

Pr. SEKKACH Youssef\*

Médecine Interne

Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Généologie-Obstétrique

### **DECEMBRE 2014**

Pr. ABILKACEM Rachid\*

Pédiatrie

Pr. AIT BOUGHIMA Fadila

Médecine Légale

Pr. BEKKALI Hicham\*

Anesthésie-Réanimation

Pr. BENAZZOU Salma

Chirurgie Maxillo-Faciale

Pr. BOUABDELLAH Mounya

Biochimie-Chimie

Pr. BOUCHRIK Mourad\*

Parasitologie

Pr. DERRAJI Soufiane\*

Pharmacie Clinique

Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali

Anatomie

Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim\*

Anesthésie-Réanimation

Pr. EL MARJANY Mohammed\*

Radiothérapie

Pr. FEJJAL Nawfal

Chirurgie Réparatrice et Plastique

Pr. JAHIDI Mohamed\*

O.R.L

Pr. LAKHAL Zouhair\*

Cardiologie

Pr. OUDGHIRI NEZHA

Anesthésie-Réanimation

Pr. RAMI Mohamed

Chirurgie Pédiatrique

Pr. SABIR Maria

Psychiatrie

Pr. SBAI IDRISSE Karim\*

Médecine préventive, santé publique et Hyg.

### **AOUT 2015**

Pr. MEZIANE Meryem

Dermatologie

Pr. TAHIRI Latifa

Rhumatologie

*\*Enseignant militaire*

## **PROFESSEURS AGREGES :**

### **JANVIER 2016**

Pr. BENKABBOU Amine	Chirurgie Générale
Pr. EL ASRI Fouad*	Ophtalmologie
Pr. ERRAMI Nouredine*	O.R.L
Pr. NITASSI Sophia	O.R.L

### **JUIN 2017**

Pr. ABI Rachid*	Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse*	Cardiologie
Pr. BOUAITI El Arbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI Jawad	Anatomie
Pr. MAJBAR Mohammed Anas	Chirurgie Générale
Pr. OURAINI Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. SOUADKA Amine	Chirurgie Générale
Pr. ZRARA Abdelhamid*	Immunologie

### **MAI 2018**

Pr. AMMOURI Wafa	Médecine interne
Pr. BENTALHA Aziza	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL AHMADI Brahim	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HARRECH Youness*	Urologie
Pr. EL KACEMI Hanan	Radiothérapie
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa	Radiothérapie
Pr. FATIHI Jamal*	Médecine Interne
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah	Anesthésie-Réanimation
Pr. JROUNDI Imane	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil	Radiologie
Pr. TADILI Sidi Jawad	Anesthésie-Réanimation
Pr. TANZ Rachid*	Oncologie Médicale

### **NOVEMBRE 2018**

Pr. AMELLAL Mina	Anatomie
Pr. SOULY Karim	Microbiologie
Pr. TAHRI Rajae	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

### **NOVEMBRE 2019**

Pr. AATIF Taoufiq*	Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*	Chirurgie réparatrice et plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid	Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*	Chirurgie-Générale

*\*Enseignant militaire*

Pr. BOUZELMAT HICHAM*	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS JALAL*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAHDI HAFSA*	Anatomie pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*	Neuro-chirurgie
Pr. DAMIRI AMAL*	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI NAWFAL*	Anesthésie-Réanimation
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR	Pharmacie-Galénique
Pr. EL ANNAZ HICHAM*	Virologie
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI HAKIM*	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EN-NAFAA ISSAM*	Radiologie
Pr. HAMAMA JALAL*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*	O.R.L
Pr. HJIRA NAOUFAL*	Dermatologie
Pr. JIRA MOHAMED*	Médecine interne
Pr. JNIENE ASMAA	Physiologie
Pr. LARAQUI HICHAM*	Chirurgie-Générale
Pr. MAHFOUD TARIK*	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE MOHAMMED*	Anesthésie-Réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. MOUZARI YASSINE*	Ophtalmologie
Pr. NAOUI HAFIDA*	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL MAJDOULINE	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*	Pédiatrie
Pr. SAOUAB RACHIDA*	Radiologie
Pr. SBITTI YASSIR*	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG OMAR*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. ZIDOUH SAAD*	Anesthésie-Réanimation

*\*Enseignant militaire*

## 2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

### PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <b>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</b>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Mohammed	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

### PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

*Mise à jour le 05/03/2021*

***KHALED Abdellah***

***Chef du Service des Ressources Humaines  
FMPR***

***\*Enseignant militaire***

# Dédicaces

**A ma tendre Maman, ELKHATTAB Khadija,**

Maman, ta témérité et ton enthousiasme constant pour la vie ont allumé en moi un feu qui me réchauffe constamment lorsque je m'apprête à entamer les dures épreuves de la vie. Grâce à toi, j'ai toujours su que je pouvais réaliser tout ce que je voulais dans ma vie, que rien n'était trop difficile ni trop ambitieux pour moi et que je ne devais jamais renoncer à ce qui me revient de droit.

Je sais que tu étais appréhensive quant à mon avenir dans un domaine aussi rigoureux que la médecine mais comment aurais-je pu avoir peur de conquérir ce monde alors que je te voyais chaque jour dominer un monde professionnel où la plupart des gens n'oseraient guère s'aventurer ?

Jamais au grand jamais je ne pourrais t'exprimer ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as faits pour que je ne manque jamais de rien et pour que je puisse réaliser tous mes rêves. Tu es la personne la plus forte que je connaisse mais aussi la personne la généreuse et la plus courageuse que je connaisse. Chaque jour je me demande comment j'ai pu mériter d'être la fille d'une femme aussi passionnée et bienveillante que toi.

Je t'aime tellement.

Nevertheless, she persisted

**A mon très cher Papa, MHAI FI D Mohammed,**

Je te dois tellement de ce que je suis aujourd'hui : mon sens de l'éthique, mon amour pour les livres, ma fascination pour l'art, mon envie insatiable de toujours vouloir apprendre et mes principes inébranlables.

Tu m'as toujours appris à découvrir qui je suis et le monde qui m'entoure. Tu m'as donné les outils nécessaires pour faire de moi une bonne personne sans jamais m'influencer. Tu n'as jamais douté de moi. Tu as toujours soutenu mes choix. Et pour tout cela je t'en suis à jamais reconnaissante.

Je peux dire sans avoir peur de me tromper que le choix de mon sujet de thèse est indéniablement dû à ton influence et ton combat perpétuel pour les Droits de l'Homme. J'espère avoir contribué, modestement avec ce travail que je te dédie, à ce combat qui aujourd'hui me tient à cœur autant qu'à toi.

Il ne se passe pas un jour où je ne réalise pas à quel point je suis chanceuse que tu sois mon Papa à moi.

Je t'aime.

فكرك جبال عالية  
ما تباع بمال  
صخرة منك  
تخلي لبصار فيك شاخصة  
تعليمتك راسخة  
لحياة دونك موحال  
لكن نوارك ساهمة  
لحياة ماتدوم ناقصة

**A mon petit frère :**

Ghassan, tu es ma fierté depuis les jours où on jouait à Power Rangers dans notre chambre d'enfance jusqu'à aujourd'hui. Je n'échangerai pour rien au monde ni nos moments d'hilarité interminable ni nos stupides chamailleries. En toi j'ai trouvé un allié pour la vie qui se trouve constamment à mes côtés lors de mes moments de vulnérabilité les plus durs.

Tout le monde dans la famille a de grandes ambitions pour toi cependant je sais que tu nous éblouiras tous et iras au-delà de nos plus grandes attentes. Je suis impatiente de voir ce que tu accompliras dans le futur.

Je t'aime (même si tu m'exaspères)

**A mes meilleures amies :**

Fatima Zahra Saligane et Rania Zeraouli,

Votre amitié pendant toutes ces longues années ainsi que nos moments de complicité et de candeur font partis de mes plus précieux trésors. J'ai eu l'honneur de vous voir grandir et s'épanouir en des jeunes femmes fortes et inspirantes. Avec vous à mes côtés, mes moments joyeux deviennent euphoriques et ceux moroses deviennent plus tolérables.

J'espère ne jamais avoir à me réveiller sans recevoir vos « Bjr » chaque matin.

Je vous aime énormément.

**A mes amis :** Douaa Hikki, Youssef Banelhaq, Houda Bennani, Sarra Benwadih, Zayd Boukili Makhoukhi,

Ces sept dernières années n'auraient pu être aussi belles et enrichissantes sans vous. Grâce à vous les longues journées de travail et les interminables nuits de gardes sont devenues des souvenirs à chérir précieusement et à vos côtés j'ai découvert mon métier de rêve. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve tous.

**A tous les enseignants qui m'ont marqués depuis mon plus jeune âge, à tout le personnel médical (médecins, résidents, internes et infirmiers) du CHU de Rabat-Salé, de l'HMI MV et du CHP de Kénitra :**

J'ai eu le privilège d'avoir appris de vous la richesse que symbolise le savoir, de m'être imprégnée de votre altruisme et d'être rassurée de la noblesse de ce que nous faisons.

**A toute ma famille, mes amis tout autour du monde et les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la personne que je suis aujourd'hui**

# Remerciements

À notre maître et président de thèse

Monsieur **Mustapha Alilou**

Professeur d'Anesthésie-Réanimation.

Nous sommes particulièrement reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse. Nous avons toujours été impressionnés par vos qualités humaines et professionnelles. Veuillez trouver dans cet ouvrage le témoignage de notre profonde reconnaissance et respect.

À notre maître et rapporteur de thèse

Madame **Fadila Ait Boughima**

Professeure de Médecine L égale

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir superviser ce travail et de me guider lorsque j'ai voulu explorer un sujet de thèse qui me tenait véritablement à cœur. Mais le plus grand honneur que vous m'avez fait est d'avoir été pour moi un mentor pendant toutes ces années. A voir une enseignante femme qui exerce une spécialité qui m'a toujours fascinée fut l'une des meilleurs expériences que j'ai eu la chance de vivre pendant mon cursus. Jamais je ne pourrais complètement vous faire part de mon admiration pour votre dévouement, votre rigueur et votre grand sens de l'éthique. Vous êtes et serez toujours pour moi une source de grande inspiration. Je tiens à vous remercier particulièrement pour le temps que vous m'avez toujours accordé, pour les encouragements inestimables que vous m'avez donné pendant tant d'années et pour l'opportunité que vous m'avez fourni de réaliser mon rêve de connaître la vraie médecine légale.

À notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur **Hicham Benyaich**

Professeur de Médecine Légale et Chef de L'Institut Médico-Légal de  
Casablanca

Je vous remercie d'avoir accepté de superviser ce travail et de m'avoir apporté votre expertise inestimable. Et je vous remercie profondément de m'avoir donné une chance pendant tout un mois de travailler avec vous et toute l'équipe de l'Institut Médico-Légal de Casablanca. Auprès de vous, j'ai appris comment conserver la dignité humaine d'autrui face à la mort et à la violence. J'ai aussi appris à quel point la rectitude et la précision étaient importantes dans notre vie professionnelle quotidienne. Je suis en outre aussi admirative face à la bonté et gentillesse infinie que vous montrez à toute personne sollicitant votre aide. Toutes ces qualités je les ai vu transmises à toute votre équipe. D'ailleurs, à travers vous j'aimerais également exprimer ma reconnaissance auprès de l'ensemble du personnel de l'IML de m'avoir accepté parmi eux aussi facilement et pour toutes les connaissances qu'ils m'ont transmis sans retenus. Ce fût une expérience dont je suis incroyablement fière et que je ne suis pas prête d'oublier.

À notre maître et juge de thèse

Monsieur **Razine Rachid**

Professeur de Médecine Sociale et Santé Publique.

Permettez nous de vous remercier pour avoir si gentiment accepté de faire partie de nos juges. Vos qualités humaines et professionnelles sont exemplaires. Veuillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos qualités d'enseignant et votre compétence.

# Liste des abréviations

## **Abréviations**

<b>AEG</b>	: Altération de l'état général
<b>ATCD</b>	: Antécédent
<b>AVC</b>	: Accident Vasculaire Cérébral
<b>BJS</b>	: Bureau of Justice Statistics
<b>BOJ</b>	: Bureau of Justice
<b>BPCO</b>	: Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>DGAPR</b>	: Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et la Réinsertion
<b>EP</b>	: Etablissement Pénitentiaire
<b>HIPP</b>	: Health in Prisons Programme by WHO
<b>HVB</b>	: Hépatite Virale B
<b>HVC</b>	: Hépatite Virale C
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>SCC</b>	: Service Correctionnel du Canada
<b>TB</b>	: Tuberculose
<b>USA</b>	: United States of America
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Liste des illustrations

## Liste des figures

<b>Figure 1:</b> Répartition des décédés selon l'âge .....	60
<b>Figure 2:</b> Répartition des décédés selon le sexe .....	61

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1:</b> motif d'hospitalisation des détenus .....	62
<b>Tableau 2:</b> Antécédents médico-chirurgicaux des détenus.....	63
<b>Tableau 3:</b> Causes de décès naturels des détenus par organe .....	65
<b>Tableau 3 bis :</b> Causes médicales de décès.....	65
<b>Tableau 4:</b> Age médian des détenus décédés selon la littérature .....	66

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1<sup>ère</sup> partie</b> .....	4
I. Droits des détenus en droit international et national .....	5
A/ Textes internationaux .....	5
a/Déclaration universelle des Droits de l’Homme .....	7
b/ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels .....	7
c/ Pacte international relatif aux droits civils et politiques .....	8
d/ Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques .....	8
e/Deuxième protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques .....	9
f/Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants .....	9
g/ Principes et règles minima du traitement des détenus .....	11
h/ Principes et règles minima pour protéger les mineurs privés de liberté .....	16
i/ Principes d’éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants .....	21
B/ Les textes nationaux .....	24
II. Généralités sur le système carcéral marocain.....	30
A/Historique .....	30
1. L’administration carcérale pendant la colonisation .....	30

2. L'institution pénitentiaire après l'indépendance du Maroc .....	31
B/ La Direction Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion(DGAPR) .....	33
1. Missions .....	33
2. Organisation .....	35
C/ Les établissements pénitentiaires .....	36
D/ Population carcérale marocaine .....	38
1. Selon le sexe .....	39
2. Selon l'âge .....	39
3. Selon le statut carcéral .....	39
4. Selon les directions régionales .....	40
5. Selon la durée de la peine .....	40
E/ Système de santé carcéral au Maroc .....	41
1. Organisation des soins en milieu carcéral .....	41
2. Situation sanitaire en milieu carcéral .....	45
III. Les investigations médico-légales en cas de décès en milieu carcéral : meilleures pratiques .....	48
1. P Levée du corps .....	49
2. Procédure d'autopsie .....	50
3. Photographie médico-légale .....	54
4. Radiographie .....	55
5. Prélèvements médico-légaux .....	55
6. Histologie .....	55
7. Toxicologie .....	56

8. Microbiologie .....	56
<b>2<sup>ème</sup> partie</b> .....	<b>57</b>
Etude descriptive du décès en milieu carcéral .....	58
A/ Introduction .....	58
B/ Matériels et méthodes .....	58
1. Type de l'étude .....	58
2. Collecte de données.....	59
3. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	59
4. Méthode de l'étude .....	59
C/ Résultats et Analyse .....	59
1. Caractéristiques démographiques .....	59
a. Population étudiée .....	59
b. Répartition selon l'âge .....	59
c. Répartition selon le sexe .....	61
2. Caractéristiques des incarcérations .....	61
3. Prise en charge sanitaire .....	62
a. Recours à l'hospitalisation .....	62
b. Répartition selon les antécédents .....	63
c. Répartition selon le lieu de décès .....	64
4. Profil des décès .....	64
a. Causes de décès .....	64
D/ Discussion .....	66
1. Analyse des décès chez les détenus selon notre étude .....	66

a. Selon l'âge .....	66
b. Sexe .....	67
c. Causes de décès .....	67
2. Selon les statistiques officielles des décès en milieu pénitentiaire .....	68
1. Maroc .....	68
2. USA .....	68
a. Décès par tranche d'âge .....	69
b. Cause de décès .....	69
3. Canada .....	69
3. Principaux problèmes de santé en milieu carcéral .....	71
1. Maladies Infectieuses .....	72
2. Maladies Chroniques .....	74
3. Cancer .....	75
4. Troubles psychiatriques et addiction .....	78
C/ Recommandations .....	79
<b>Conclusion</b> .....	82
<b>Résumés</b> .....	85
<b>Annexes</b> .....	89
<b>Bibliographie</b> .....	112

# Introduction

La plupart des personnes se poseront très probablement la question sur l'utilité de ce sujet-là. En quoi est-ce que les causes de décès des détenus sont-elles reliées de près ou même de loin au domaine de la médecine et de la santé ? Et aussi peut-être pourquoi investiguer les décès de personnes reliées par la société ?

Pendant longtemps, la santé des détenus n'était guère une priorité ni pour l'administration pénitentiaire, ni pour les autorités sanitaires, ni le grand public. Cette négligence est expliquée en grande partie par la théorie de l'étiquetage, théorie sociologique tirant ses origines du père de la sociologie française Emile Durkheim mais essentiellement développée par Howard Saul Becker(1).

La santé carcérale est la santé publique par définition. Malgré cela, et malgré les frontières poreuses qui existent entre les prisons et les communautés, les prisons sont souvent exclues ou traitées séparément pour tout ce qui a rapport aux efforts de santé publique. Sans aucune notion de ce qui se passe à l'intérieur notamment ce qui concerne la santé et le bien-être des détenus, ainsi que les facteurs de risque de maladies et de décès dont une grande partie des prisonniers se trouve menacée, nous sommes dépourvus des outils qui puissent nous permettre d'affronter les conséquences qu'elles soient sociologiques, anthropologiques, psychologiques ou sanitaires.

Par ailleurs, la mort en milieu carcéral est une mort suspecte soulevant diverses interrogations. D'une part vu la qualité de la personne décédée et d'autre part, vu le lieu de décès, qui n'est que la prison. De ce fait, les investigations médico-légales, notamment l'autopsie s'avèrent primordiales pour asseoir la cause et le mode de décès.

C'est dans cette optique qu'on a réalisé ce travail pour mieux décrire les causes et le mode de décès des détenus ainsi que leurs caractéristiques notamment socio-démographiques. Mais avant d'aborder le vif du sujet, il nous a paru important en premier de présenter les textes de lois nationaux et internationaux qui régissent le milieu pénitentiaire et qui confèrent aux détenus leurs droits, puis de faire un état des lieux de la situation carcérale dans notre pays, incluant un aperçu sur les structures pénitentiaires du pays et quelques statistiques clés, puis d'aborder les recommandations à suivre pour mener les investigations médico-légales. Ce n'est qu'ensuite que nous avons analysé les causes de décès des détenus de notre population étudiée pour pouvoir dans la partie « discussion » dégager et discuter les principales problématiques de santé qui sévissent dans cette population. Enfin, la dernière partie a été consacrée à des recommandations pour prévenir les causes de décès évitables et améliorer la santé des détenus.

# 1<sup>ère</sup> partie :

## **I. Droits des détenus en droit international et national :**

L'apport du droit international au droit pénitentiaire est ancien. Jean-Paul Céré relève dans son ouvrage que « le droit international et le droit européen des droits de l'homme, par leur emprise croissante, permettent une évolution nécessaire de l'institution »(2).

Plusieurs sources peuvent être invoquées pour les personnes privées de liberté. Ce sont ces sources-là que nous allons essayer d'étayer dans cette partie de notre travail ainsi que les principaux droits des détenus.

Il convient de rappeler comment le concept de protection des droits de l'homme s'est progressivement imposé au niveau international puis national avant d'être décliné au niveau pénitentiaire.

### **A/ Textes internationaux :**

Si l'expression « Droits de l'homme » est nouvelle, les principes auxquels elle renvoie remontent à l'origine de l'humanité. Certains droits sont inhérents à toute personne du fait de sa qualité d'être humain et sont fondés sur le respect de la dignité et de la valeur de chacun. Il est donc impensable de les contester parce qu'un individu a commis un délit ou enfreint une loi.

Au début, les droits de l'homme n'avaient aucune base juridique, étant en fait assimilés à des exigences morales. Ils ont finalement été inscrits dans la constitution des pays, qu'aucun gouvernement n'avait la possibilité de désavouer. Par ailleurs, des tribunaux indépendants ont été conçus auprès desquels les individus dépourvus de leurs droits pouvaient demander réparation.

C'est la signature de la Charte des Nations Unies en juin 1945 qui a fait passer les droits de l'homme dans le domaine du droit international. Trois ans après, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme a doté le monde d'un « idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations », fondé sur la « reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables ».

Les principes des droits de l'homme ont couramment été intégrés aux lois et aux règlements nationaux ; ils procurent des normes remarquablement inestimables, nécessaires au bon fonctionnement d'une société démocratique et au maintien de l'état de droit. Les droits de l'homme ne sont pas une question dépendant de la juridiction exclusive de l'Etat ou de ses agents. En fait, ils symbolisent une préoccupation légitime de la communauté internationale, qui depuis cinquante ans a entrepris de développer des normes, d'établir des mécanismes d'application et de vérifier l'observation des règles ainsi fixées.

En conséquence, les différents outils des droits de l'homme depuis la Déclaration universelle des Droits de l'homme jusqu'à des textes spécifiques, tels que l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, l'Ensemble des principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, ou la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; définissent un ensemble de règles distincts à aider le personnel des prisons à réaliser sa tâche par des pratiques et des mesures qui sont légaux, humaines et disciplinées.

Parmi ces références figurent notamment :

**a/Déclaration universelle des Droits de l'Homme :**

La Déclaration universelle des droits de l'homme (3) figure parmi les avancées capitales de la communauté internationale réalisée en 1948. Sa force de conviction morale et son pouvoir politique tiennent à sa reconnaissance en tant que déclaration de principes internationaux habituellement admis. Cette expression des objectifs des droits de l'homme est rédigé en termes généraux ; ses principes ont inspiré plus de cent quarante instruments des droits de l'homme, qui constituent globalement les règles internationales dans ce domaine.

Bien que la Déclaration universelle ne soit pas en elle-même, un instrument contraignant, certaines de ses dispositions sont supposées présenter le caractère de droit coutumier international. Les articles 3, 5, 9, 10 et 11 de la Déclaration universelle affirment respectivement le droit à la vie, la liberté et la sécurité des personnes, l'interdiction de la torture et autres peines ou traitement cruels inhumains ou dégradants ; l'interdiction des arrestations arbitraires, le droit à un procès écrit équitable, la présomption d'innocence en l'absence de preuves de culpabilité ; et l'interdiction des mesures pénales rétroactives. Alors que ces articles ont un rapport étroit avec l'administration de la justice, l'ensemble du texte de la Déclaration universelle décrit des principes propres à guider le personnel des établissements pénitentiaires dans leur tâche.

**b/ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels :**

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels(4) est entré en vigueur en janvier 1976.

L'article 11 du pacte formulant le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant, revêt une importance particulière pour les droits des détenus. Ce droit, tel qu'énoncé au paragraphe 1 de l'article 11, inclut le droit à une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration continue de ses conditions d'existence. De plus, le paragraphe 2 de l'article 11 reconnaît le droit indispensable qu'à toute personne d'être protégé de la faim. Par ailleurs, le Pacte exprime de façon détaillée le droit à la santé. L'application du Pacte est inspectée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

### **c/ Pacte international relatif aux droits civils et politiques :**

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (5) est entré en vigueur en mars 1976.

Dans les articles 6, 7, 8, 9, 10, 11,14 et 15, le Pacte énonce en détail le droit à la vie, l'interdiction de la torture, de l'esclavage, de la servitude et du travail forcé ; l'interdiction des arrestations ou des détentions arbitraires ; les droits de toute personne privée de sa liberté ;l'interdiction des emprisonnements pour la raison unique de ne pas être en mesure d'exécuter une obligation contractuelle ; le droit à un procès équitable et l'interdiction des mesures pénales rétroactives. L'application du Pacte est contrôlée par le Comité des droits de l'homme qui a été créé aux termes du Pacte.

### **d/ Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques :**

Le premier Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques est entré en vigueur en même temps que le Pacte.

Cet outil supplémentaire souscrit au comité des droits de l'homme d'obtenir et d'examiner des communications de particuliers relevant de la juridiction d'un état partie, qui témoignent être victimes d'une violation d'un des droits énoncés dans le Pacte.

**e/ Deuxième protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques :**

Bien que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ne proscrie pas la peine capitale, il exige effectivement des limites strictes à son utilisation compte tenu de la montée régulière de l'opinion publique internationale en faveur de son abolition complète. L'Assemblée générale des nations unies a adopté en 1989 le Deuxième Protocole facultatif se rapportant au Pacte, qui vise à abolir la peine de mort et qui, pour les états partis, a donc pour effet de la proscrire.

**f/Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants :**

La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (6) est entrée en vigueur en juin 1987.

La Convention va beaucoup plus loin que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques en ce qui concerne la protection contre le crime international de torture.

Le paragraphe 1 de l'article 1 de la Convention définit la torture comme : « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la

punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles ».

Le premier paragraphe de l'article 16 de la convention définit les autres traitements cruels, inhumains ou dégradants comme : « les autres actes constitutifs de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants qui ne sont pas des actes de torture tels que définis à l'article premier, lorsque de tels actes sont commis par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel... ».

Les articles 10, 11, 12 et 13 de la Convention sont d'un intérêt particulier ; ils s'appliquent aux actes définis conjointement à l'article 1 et 16. L'article 10 indique la nécessité de veiller à ce que l'enseignement et l'information concernant l'interdiction de la torture soient partie intégrante de la formation du personnel susceptible d'avoir un rôle dans la garde, l'interrogatoire ou le traitement de tout individu arrêté, détenu, ou emprisonné de quelque façon que ce soit.

L'article 11 affirme que les états parties doivent exercer une surveillance méthodique sur toutes les pratiques qui concernent l'arrestation, la détention ou l'emprisonnement des personnes, afin d'éviter tout cas de torture. Les articles 12

et 13 veillent à ce que les états parties procèdent à une enquête objective chaque fois qu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'un acte de torture a été commis et garantit à toute personne victime de torture le droit de porter plainte auprès des autorités compétentes qui procèderont promptement et impartialement à l'examen de sa cause, tout en pourvoyant la protection du plaignant et des témoins contre tout mauvais traitement ou toute intimidation.

### **g/ Principes et règles minima du traitement des détenus :**

Il existe trois instruments qui offrent un ensemble intégral de garanties pour la protection des droits des personnes détenues ou emprisonnées, à savoir :

- L'ensemble de règles minima pour le traitement des détenus a été adopté par le Premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et ratifié ultérieurement par le Conseil économique et social, puis, en 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a développé les règles appelées « Les Règles Nelson Mandela » en l'honneur du détenu sans doute le plus célèbre du XXe siècle. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) a été chargé du processus de révision. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) a veillé à ce que les règles révisées reflètent les normes internationales en matière de droits de l'homme adoptées depuis les années 1950. Les Règles Mandela ont fourni aux États des instructions détaillées pour la protection des droits des personnes privées de liberté, allant de la phase d'instruction à la condamnation. ;

- L'ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement a été ratifié par l'Assemblée Générale en décembre 1988 ; qui comporte l'un des principes les plus pertinents par rapport à notre travail : le principe 34 qui stipule

que « Si une personne détenue ou emprisonnée vient à décéder ou à disparaître pendant la période de sa détention ou de son emprisonnement, une autorité judiciaire ou autre ordonnera une enquête sur les causes du décès ou de la disparition, soit de sa propre initiative, soit à la requête d'un membre de la famille de cette personne ou de toute personne qui a connaissance de l'affaire. Si les circonstances le justifient, une enquête sera conduite dans les mêmes conditions de procédure lorsque le décès ou la disparition survient peu après la fin de la période de détention ou d'emprisonnement. Les résultats ou le rapport d'enquête seront rendus disponibles si la demande en est faite, à moins qu'une telle décision ne compromette une instruction criminelle en cours. » (7)

- Les principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, adoptés par l'Assemblée générale en décembre 1990, complètent cet ensemble de garanties par 11 règles abrégées.

Ces instruments sont à la base de l'organisation de tout système carcéral. Pour récapituler, ils affirment que tous les prisonniers et les détenus doivent être traités en respectant leur dignité humaine, eu égard à leurs conditions de détention.

Les principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus (8) tels qu'ils ont été ratifiés par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/111 du 14 décembre 1990 sont :

1. Tous les détenus sont traités avec le respect dû à la dignité et à la valeur inhérente à l'être humain.

2. Il ne sera fait aucune distinction fondée sur des raisons de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, d'origine nationale ou sociale, de richesse, de naissance ou de situation.

3. Il est toutefois souhaitable de respecter les convictions religieuses et préceptes culturels du groupe auquel appartiennent les détenus, dans tous les cas où les conditions locales l'exigent.

4. Les prisons s'acquittent de leurs responsabilités en ce qui concerne la garde des détenus et la protection de la société contre la criminalité, conformément aux autres objectifs sociaux d'un état et aux responsabilités fondamentales qui lui incombent pour promouvoir le bien-être et l'épanouissement de tous les membres de la société.

5. Sauf pour ce qui est des limitations qui sont évidemment rendues nécessaires par leur incarcération, tous les détenus doivent continuer à jouir des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et, lorsque l'état concerné y est partie, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Protocole facultatif qui l'accompagne, ainsi que de tous les autres droits énoncés dans d'autres pactes des Nations Unies.

6. Tous les détenus ont le droit de participer à des activités culturelles et de bénéficier d'un enseignement visant au plein épanouissement de la personnalité humaine.

7. Des efforts tendant à l'abolition du régime cellulaire ou à la restriction du recours à cette peine doivent être entrepris et encouragés.

8. Il faut réunir les conditions qui permettent aux détenus de prendre un emploi utile et rémunéré, lequel facilitera leur réintégration sur le marché du travail du pays et leur permettra de contribuer à subvenir à leurs propres besoins financiers et à ceux de leur famille.

9. Les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans aucune discrimination, du fait de leur statut juridique.

10. Avec la participation et l'aide de la collectivité et des institutions sociales et en tenant dûment compte des intérêts des victimes, il faut instaurer un climat favorable à la réinsertion de l'ancien détenu dans la société dans les meilleures conditions possibles.

11. Les Principes ci-dessus sont appliqués de manière impartiale.

Plus précisément en ce qui concerne la santé des détenus, Les Règles de Nelson Mandela établissent 12 règles (9):

*Règle 24 :*

Qui établit que l'état doit prendre en charge les soins de santé des détenus et que ces soins doivent être de même qualité que ceux dont dispose la population générale

*Règle 25 :*

Prévoit que chaque établissement pénitentiaire se doit d'avoir des locaux et un personnel médical spécialisé appropriés

*Règle 26*

Assure la confidentialité des dossiers médicaux des détenus

### *Règle 27*

Stipule que les établissements pénitentiaires se doivent de garantir un accès rapide et adéquat aux soins d'urgence pour tout détenu que cela soit au sein même de l'EP ou dans des hôpitaux civils, elle stipule aussi que les décisions cliniques ne doivent être pris que par le personnel de santé.

### *Règle 28*

Est spécifique à la prise en charge des femmes détenues enceintes.

### *Règle 30*

Dresse les devoirs du professionnel de santé (médecin ou autre) envers les détenus au moment de l'admission et plus tard au cours de l'incarcération.

### *Règle 31*

Garantit l'accès, à tout moment, pour chaque détenu souffrant de problèmes de santé physique ou mentale, à un professionnel de la santé.

### *Règle 32*

Affirme que les mêmes codes de déontologie qui s'appliquent au sein de la société, s'appliquent aussi en milieu carcéral. Elle établit également les règles de bonne pratique des essais cliniques dans ce milieu.

### *Règle 33*

Pourvoit que le médecin doit faire rapport au directeur de la prison chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu a été ou sera affectée par le maintien en détention ou par une des conditions de détention.

### *Règle 34*

Spécifie la démarche à suivre des professionnels de la santé en cas de constatation de signes de torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sur les détenus.

### *Règle 35*

Introduit le rôle du médecin ou l'organisme de santé publique dans l'amélioration des conditions sanitaires au sein des EP grâce à des inspections régulières.

## **h/ Principes et règles minima pour protéger les mineurs privés de liberté :**

Il y a l'Ensemble de Règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing), et les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté.

Ces outils, en addition avec la Convention relative aux droits de l'enfant, constituent les règles fondamentales concernant l'administration de la justice pour les mineurs. Avec la Convention, ces instruments (adoptés par l'Assemblée générale en décembre 1990, novembre 1985 et décembre 1990 respectivement) exigent aux systèmes juridiques nationaux la prise en compte du statut singulier et de la fragilité des mineurs qui ont enfreint la loi. Ils se rapportent parallèlement aux problèmes de prévention et de traitement, sur la base du principe primordial selon lequel les intérêts de l'enfant doivent éclairer toute décision en matière de justice pour les mineurs.

La définition d'un mineur ou d'un enfant peut différer d'un pays à l'autre, la règle 11 (a) des *Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté* atteste que : « Par mineur, on entend toute personne âgée de moins de 18ans... »

L'idée générale est que l'emprisonnement des jeunes doit être évité chaque fois où cela est faisable et que, plus la personne intéressée est jeune, plus il faut être déterminé à éviter la détention. Les jeunes vivent une période de structuration, d'apprentissage et de changement en adultes ; si cette phase se passe dans un établissement réservée à ceux qui ont transgressé la loi, la personne concernée risque d'assumer une identité criminelle et de s'affirmer en considérant de mener une vie en marge de la loi et de la société.

•*L'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing):*

Elles ne déterminent pas d'âge précis pour la responsabilité pénale ou pour considérer une personne comme un adulte. Ces règles font cependant valoir qu'il conviendrait de s'employer à étendre aux jeunes adultes les principes pour mineurs. Les règles plus singulièrement applicables aux mineurs privés de liberté s'énoncent comme suit (10) :

- La détention préventive ne peut être qu'une mesure de dernier recours et sa durée doit être aussi courte que possible.
- Autant que faire se peut, la détention préventive doit être substituée par d'autres mesures telles que la surveillance rapprochée, une aide très attentive ou le placement dans une famille ou dans une institution ou un foyer éducatif.

- Les mineurs en détention préventive doivent profiter de tous les droits et garanties prévus par l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus ratifié par l'Organisation des Nations Unies.
- Les mineurs en détention préventive doivent être séparés des adultes et détenus dans des établissements distincts ou dans une partie spécifique d'un établissement qui abrite aussi des adultes.
- Pendant leur détention préventive, les mineurs doivent se voir offrir les soins, la protection et toute l'assistance individuelle — sur les plans social, éducatif, professionnel psychologique, médical et physique — qui peuvent leur être vitaux par rapport à leur âge, à leur sexe et à leur personnalité
- Le placement d'un mineur dans un établissement est toujours une mesure de dernier recours et la durée doit en être aussi courte que possible.
- Les archives relatives aux jeunes délinquants doivent être considérées comme strictement confidentielles et incommunicables à des tiers. L'accès à ces archives est limité aux personnes directement concernées par le jugement de l'affaire en cause ou aux autres personnes autorisées.
- La formation et le traitement des mineurs placés en établissement ont pour objet de leur fournir assistance, protection, éducation et compétences professionnelles, afin de les assister à jouer un rôle constructif et productif dans la société.

- Les jeunes placés en institution obtiendront l'aide, la protection et toute l'assistance — sur le plan social, éducatif, professionnel, psychologique, médical et physique — qui peuvent leur être indispensables eu égard à leur âge, à leur sexe et à leur personnalité et dans l'intérêt de leur développement satisfaisant.
- Les mineurs placés en institution doivent être séparés des adultes et détenus dans un établissement distinct ou dans une partie distincte d'un établissement qui abrite aussi des adultes.
- Les jeunes délinquantes placées en institution doivent bénéficier d'une attention spéciale en ce qui concerne leurs besoins et leurs problèmes propres. En aucun cas, l'aide, la protection, l'assistance, le traitement et la formation dont elles bénéficient ne doivent être moindres à ceux dont bénéficient les jeunes délinquants. Un traitement juste doit leur être assuré.
- Les parents ou le tuteur du mineur placé en institution ont le droit de visite dans son intérêt et pour son bien-être.
- On préférera la collaboration entre les ministères et les services en vue de garantir une formation scolaire ou, s'il y a lieu, professionnelle appropriée aux mineurs placés en institution, pour qu'ils ne soient pas désavantagés dans leurs études en quittant cette institution.

• Les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté :

Elles comportent des définitions spécifiques (11):

- a) Par mineur, on entend toute personne âgée de moins de 18 ans. L'âge au-dessous duquel il est interdit de déposséder un enfant de liberté est fixé par la loi ;

b) Par privation de liberté, on entend toute forme de détention, d'emprisonnement ou le placement d'une personne dans une institution publique ou privée dont elle n'est pas autorisée à sortir à son gré, ordonnés par une autorité judiciaire, administrative ou autre.

Ces règles prévoient en outre que :

- La famille ou le tuteur du mineur et toute autre personne désignée par celui-ci ont le droit d'être avisés de l'état de santé du mineur, sur leur demande, ainsi que dans le cas de changements importants de cet état de santé. Le directeur de l'établissement doit avertir aussitôt la famille ou le tuteur du mineur en cause, ou toute autre personne désignée, en cas de décès du mineur ou en cas de maladie ou d'accident demandant le transfert du mineur dans un établissement médical extérieur à l'institution, ou si l'état de santé du mineur requiert qu'il soit traité à l'infirmerie de l'institution pendant plus de 48 heures ...
- En cas de décès d'un mineur en détention, le parent le plus proche doit avoir le droit d'examiner le certificat de décès, de voir le corps et de décider s'il doit être inhumé ou incinéré. Lorsqu'un mineur décède en détention, une enquête indépendante doit être réalisée sur les causes du décès et le plus proche parent du mineur doit avoir accès au rapport de l'enquête. Une enquête doit aussi être réalisée si le décès du mineur se produit dans les six mois de sa mise en libération et que l'on a des raisons de présumer que le décès est lié à la période de détention.

Les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté incluent tous les droits énoncés dans l'Ensemble de *Règles minima pour le traitement des détenus* et dans différents outils applicables aux adultes ; néanmoins, elles soulignent davantage la prise en charge, l'éducation et la réinsertion, dans un contexte de protection des droits, comme sur les garanties visant à prévenir toute stigmatisation.

**i/ Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants :**

Les dispositions les plus majeures des instruments internationaux concernant les responsabilités et le rôle du personnel médical des établissements pénitentiaires existent dans les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ratifiés par l'assemblée générale des nations unies par sa résolution 37/194 du 18 décembre 1982.

Les Principes intéressent les nombreuses violations évidentes de l'éthique médicale auxquelles se livrent des médecins et autres personnel de santé sur des prisonniers et des détenus, notamment en participant activement ou passivement à des agissements par lesquels ils se rendent co-auteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; et s'énoncent comme suit :

- Les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, responsables de prodiguer des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur prodiguer un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes règles que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues.

- Il y a transgression incontestable de l'éthique médicale et délit au regard des instruments internationaux applicables si des membres du personnel de santé, surtout des médecins, se livrent, activement ou passivement, à des actes par lesquels ils deviennent coauteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants ou qui constituent une tentative de perpétration.

- Il y a manquement à l'éthique médicale si le personnel de santé, surtout des médecins, entretiennent avec des prisonniers ou des détenus des relations d'ordre professionnel qui n'ont pas exclusivement pour but d'évaluer, de protéger ou d'améliorer leur santé physique et mentale.

- Il y a manquement à l'éthique médicale si le personnel de santé surtout des médecins:

- a) utilisent leurs connaissances et leurs compétences pour aider à soumettre des prisonniers ou détenus à un interrogatoire qui peut avoir des effets tragiques sur la santé physique ou mentale ou sur l'état physique ou mental des dits prisonniers ou détenus et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents.

b) Certifient, ou participent à ce qu'il soit certifié, que des prisonniers ou des détenus sont capables de subir une forme quelconque de traitement ou de châtement qui peut avoir des effets funestes sur leur santé physique ou mentale et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents, ou contribuent, de quelque façon que ce soit, à un tel traitement ou châtement non conforme aux instruments internationaux pertinents.

- Il y a manquement à l'éthique médicale si le personnel de santé, en particulier des médecins, concourent, de quelque manière que ce soit, à la contention de prisonniers ou de détenus, à moins que celle-ci ne soit jugée, sur la base de critères uniquement médicaux, indispensable pour la protection de la santé physique ou mentale ou pour la sûreté du prisonnier ou du détenu lui-même, des autres prisonniers ou détenus, ou de ses gardiens et ne constitue aucun péril pour sa santé physique et mentale.

- Il ne peut être dérogé aux principes susmentionnés sous aucune raison, même pour des raisons d'ordre public.

La responsabilité du médecin dans une prison ou dans un lieu de détention est extrêmement délicate. Le médecin est la seule personne de l'établissement à laquelle le directeur ne peut donner des instructions quant à l'exercice de ses activités.

La relation entre médecin et détenu est avant tout celle qui existe avec un patient quelconque. Autrement dit, le secret médical des informations échangées entre médecin et patient doit être honoré. Le médecin doit veiller tout particulièrement à ne contribuer d'aucune manière aux mesures disciplinaires ou aux punitions prises à l'encontre des détenus, ni à l'emploi d'outils de contention pour toute raison autre que médicale.

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a énoncé la recommandation selon laquelle « le patient doit pouvoir disposer de toutes les informations utiles (si nécessaire, sous la forme d'un rapport médical) concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments qui lui sont prescrits. De préférence, le patient devrait se voir reconnaître le droit de prendre connaissance du contenu de son dossier médical pénitentiaire, à moins d'une contre-indication justifiée d'un point de vue thérapeutique ». Le Comité européen a également affirmé l'importance de l'indépendance professionnelle du personnel médical. Aux bords de sa recommandation : « le personnel soignant de toute prison est un personnel potentiellement à risque. Son devoir de traiter des patients (les détenus malades) peut souvent entrer en conflit avec des considérations de gestion et de sécurité pénitentiaires. Cette situation peut faire apparaître des dilemmes éthiques et des choix difficiles. Afin de garantir leur indépendance dans les soins de santé, le comité considère qu'il est important que le statut de ce personnel soit aligné aussi étroitement que possible sur celui des services de santé dans la communauté en général ».

### **B/ Les textes nationaux :**

- La loi 23-98 :

La loi relative à l'organisation et au fonctionnement de la DGAPR et son décret d'application prévoit un ensemble de garanties fondamentales pour la population carcérale conformément aux Règles minima pour le traitement des détenus et également au Code de conduite pour les responsables de l'application des lois (12) adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 17 décembre 1979 (résolution 34-169).

L'un des principes reconnus universellement est celui prévu par la loi n°23-98 consistant à classer les détenus en fonction de catégories : hommes, femmes, mineurs, personnes en détention préventive, condamnés.

Ladite loi prohibe également :

- tout comportement humiliant et inhumain portant atteinte à la dignité des prisonniers,
- à tout fonctionnaire ou personne habilitée à accéder aux lieux de détention d'utiliser la violence à l'encontre des prisonniers ou de leur adresser des propos humiliants ou obscènes,
- et les oblige à accorder un traitement humain aux détenus basé sur l'égalité et la non-discrimination.

Et pour respecter la dignité humaine des prisonniers :

- il faut éviter d'utiliser les menottes et les entraves, sauf dans des cas exceptionnels, pour une période nécessaire, et à condition que cette mesure soit décidée par le directeur de l'établissement ou sur des recommandations du médecin s'il n'y a pas d'autres moyens pour contrôler le prisonnier et l'empêcher de se nuire ou de nuire à autrui.
- Les dispositions de cette loi interdisent d'infliger des peines cruelles pour punir les détenus ou d'utiliser la cellule disciplinaire pour les détenus mineurs.

Les pensionnaires ont le droit :

- de demander d'être assistés par la personne qu'ils choisissent quand ils comparaissent devant la commission de discipline,

- de présenter leurs plaintes au directeur de l'établissement pénitentiaire, au délégué général à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion, aux autorités judiciaires ou à la commission provinciale chargée de contrôle des prisons.

Par ailleurs, la loi n°23-98 a garanti les droits de la femme détenue :

- en plus des garanties générales dont bénéficient tous les prisonniers sans exception, cette loi a accordé une protection spéciale à la femme détenue vu sa spécificité et ses conditions personnelles.
- ainsi, les locaux réservés aux femmes doivent être entièrement séparés de ceux réservés aux hommes et leur surveillance doit être assurée par un personnel féminin.
- les personnes de sexe masculin, y compris le personnel masculin et le directeur de l'établissement lui-même, n'ont accès au quartier des femmes que dans les cas prévus par les instructions de service ; ils doivent alors être obligatoirement accompagnés d'au moins un agent féminin.

La loi prévoit, entre autres :

- le droit de défense et d'être assisté par un avocat,
- le droit de connaître les raisons de détention,
- le droit de recevoir les informations relatives à ces droits, à l'interprétation de ceux-ci et la manière de les exercer,
- le droit du prisonnier d'être assisté par un traducteur pour connaître ses droits dans sa langue natale.

L'article 116 de cette loi dispose que tout détenu doit effectuer chaque jour une promenade à l'air libre, en cour ou sous préau, sauf s'il en est dispensé pour des raisons de santé ou si ses occupations professionnelles s'exercent à l'extérieur. La durée de la promenade journalière ne peut être inférieure à une heure conformément à la règle 21 des Règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus.

Le législateur marocain s'est engagé à réduire les effets de la rupture entre les personnes incarcérées et le monde extérieur en réglementant les correspondances entre le détenu et sa famille et les visites de ses proches. La Commission européenne des droits de l'homme a mis en évidence le fait que le respect du droit du prisonnier d'être visité par les membres de sa famille et de correspondre avec eux facilitera sa réinsertion sociale. Néanmoins, il existe des limites à l'exercice de ce droit. Elles sont liées essentiellement à des considérations sécuritaires. Le directeur de l'établissement pénitentiaire peut, le cas échéant, suspendre toute autorisation de visite à l'établissement.

Par ailleurs, pour garder la relation entre le détenu et le monde extérieur, le législateur accorde à des condamnés qui ont subi la moitié de leur peine et qui se sont distingués par leur bon comportement, des permissions de sortie d'une durée n'excédant pas dix jours, notamment à l'occasion des fêtes nationales ou religieuses, et ceci pour maintenir les liens familiaux et préparer la réinsertion sociale. En outre, le législateur a garanti que le détenu qui bénéficie de cette dernière disposition ne soit pas intimidé ou poursuivi par les différents organes de l'Etat.

En relation avec le droit des prisonniers de rester en contact avec le monde extérieur, la législation marocaine a aussi reconnu :

- le droit du détenu à informer sa famille de son transfert à une autre prison
- et le droit de l'étranger à communiquer avec le consulat de son pays et les organisations internationales.

Quant aux locaux de détention, la loi prévoit que :

- les cellules ne doivent abriter plus d'un détenu la nuit,
- tout en exigeant que les locaux doivent disposer de tous les services sanitaires nécessaires et doivent répondre aux exigences de l'hygiène et de la salubrité, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air et la surface minimale réservée à chaque détenu.
- quant à l'alimentation, tout détenu doit recevoir de l'établissement pénitentiaire une alimentation ayant une valeur nutritive suffisant au maintien de sa santé, tout en veillant à ce qu'elle soit de bonne qualité.

Pour les services médicaux :

- il est interdit de mettre en péril l'état de santé du prisonnier,
- celui-ci a le droit d'exercer des activités sportives,
- en plus, chaque prison doit disposer des services médicaux nécessaires y compris les services pour les maladies mentales, et ils doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé locale ou nationale.

Les détenus doivent être tenus régulièrement au courant des événements les plus importants, soit par la lecture de journaux quotidiens, de périodiques ou de publications pénitentiaires spéciales, soit par des émissions radiophoniques, des conférences ou tout autre moyen analogue, autorisé ou contrôlé par l'administration.

La loi a garanti le droit de tous les détenus à la liberté de pensée et de religion. Les articles de 110 à 117 du décret d'application de la loi n°23-98 ont insisté sur la nécessité de mettre en place des programmes religieux et éducatif, alors que l'article 37 de la loi régissant les prisons tient à ce que le détenu exerce l'activité professionnelle qu'il avait pratiquée avant son incarcération dans le cadre des méthodes de travail qui se rapprochent autant que possible de celles en usage dans le milieu libre, et ce, dans l'intention de préparer les détenus aux conditions normales du travail libre (article 41).

Par ailleurs, l'article 122-3 du décret d'application dispose que l'établissement pénitentiaire met en place des programmes de formation professionnelle portant sur les différents métiers et prenne en considération les exigences du marché du travail afin de faciliter la réinsertion des détenus après leur libération.

## **II. Généralités sur le système carcéral marocain**

### **A/Historique :**

Le milieu carcéral au Maroc est passé par plusieurs étapes en fonction d'une part de l'évolution historique qu'a connu le Royaume et d'autre part du développement qu'a imposé l'insertion des normes internationales dans le système juridique national. L'on peut distinguer trois étapes au niveau de la gestion des prisons.

Pendant la colonisation, les institutions pénitentiaires étaient sous la tutelle du ministère de l'intérieur et notamment la Direction de la sûreté nationale. Après l'indépendance du pays en 1956, elles sont devenues sous la tutelle du ministère de la Justice avant de passer en 2008 sous la tutelle de la présidence du Gouvernement.

#### **1. L'administration carcérale pendant la colonisation :**

Le dahir du 13 avril 1915 est le premier texte adopté pendant la colonisation qui régit les prisons au Maroc. Ce texte juridique constitue le premier noyau de la réforme et de la modernisation des prisons au Maroc. Il a défini le rôle et la fonction de l'institution pénitentiaire, son règlement intérieur, les dispositions concernant le traitement des prisonniers et le rôle du directeur de la prison.

Après quoi, le législateur a adopté un autre dahir le 26 juin 1930 qui régit le service et le régime des prisons affectées à l'emprisonnement en commun. Les premiers textes de lois ont instauré le principe de séparation des détenus en fonction du sexe ou de l'âge, alors que le dahir de 1930 a introduit d'autres critères pour séparer les différentes catégories de détenus.

Quant aux mesures disciplinaires à l'encontre des détenus, le dahir de 1915 dispose que le gardien-chef ou le directeur pourra infliger aux détenus les punitions, tandis que ces mesures sont prises, d'après le dahir de 1930, sous la supervision du secrétaire général du gouvernement chérifien. Par ailleurs, le législateur a imposé aux détenus une tenue vestimentaire spécifique durant toute la période de l'exécution de la peine.

Une autre nouveauté du dahir de 1930 par rapport à celui de 1915 c'est la création d'un service de santé au sein de l'établissement pénitentiaire sous la direction d'un médecin. En plus, les détenus malades sont soit soignés à l'infirmerie de l'établissement soit envoyés à l'hôpital, s'ils ne peuvent recevoir en prison les soins nécessaires. Ce transfert à l'hôpital ne peut avoir lieu que s'il y a consentement du procureur commissaire du gouvernement, du juge d'instruction ou de l'autorité de contrôle des juridictions indigènes.

## **2. L'institution pénitentiaire après l'indépendance du Maroc :**

L'institution pénitentiaire au Maroc a connu des changements juridiques et institutionnels fondamentaux après l'indépendance du Royaume en 1956. Dans ce cadre, on peut distinguer deux étapes essentielles :

- Avant 1998 :

Cette période est marquée par la production de plusieurs textes juridiques relatifs à l'organisation des établissements pénitentiaires au Maroc, à savoir celui du 16 octobre 1956, du 3 novembre 1957, du 21 août 1961, du 13 novembre 1974, du 14 avril 1976, du 21 février 1986 et enfin du décret n°2-98-385 du 23 juin 1998 relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la justice. En vertu de ce décret, le nom de la Direction de l'administration des

prisons et de la rééducation a été changé par celui de la Direction générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion qui devient une institution de la réinsertion sociale et de la réparation ; et son rôle ainsi que ses divisions sont définis.

- Après 1998 :

Cette période a été marquée par la mise en application de la loi n°23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, et l'adoption de son décret d'application le 3 novembre 2000, qui a tenté autant que faire se peut, d'harmoniser ses dispositions avec les Règles minima pour le traitement des détenus adoptées par le premier Congrès des Nations Unies en 1955 pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, ainsi qu'avec les autres traités et conventions ayant trait au même sujet notamment les Règles de Nelson Mandela et les Règles onusiennes applicables à des catégories spéciales.

Ces textes ont constitué un saut qualitatif en modernisant les institutions pénitentiaires pour qu'elles deviennent des espaces où est garantie la réinsertion des prisonniers.

Cette période a été marquée également par l'adoption d'autres lois allant dans le sens de la modernisation de l'institution pénitentiaire. Il s'agit notamment du dahir du 29 avril 2008 portant nomination du délégué général à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion fixant ses attributions et le décret de mai 2009 fixant les attributions et l'organisation de la DGAPR. Ces textes visent à dépasser les lacunes de l'étape précédente en consacrant les principes de la bonne gouvernance en matière de gestion carcérale, ce qui exige des structures administratives adéquates et nécessaires pour que la DGAPR puisse

s'acquitter de sa mission consistant d'une part en la qualification des prisonniers pour les réintégrer dans la société et d'autre part à garantir la sécurité et la discipline dans les établissements pénitentiaires.

Ceci a certes été matérialisé dans la nouvelle organisation par :

- ✓ La création des structures centrales reflétant la modernisation de l'administration pénitentiaire.
- ✓ L'adoption de la politique de décentralisation administrative en créant des directions régionales.
- ✓ La création du centre de formation des cadres pour la mise en œuvre de la stratégie de la DGAPR dans le cadre de la formation continue pour développer les compétences des ressources humaines.

## **B/ La Direction Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion(DGAPR) :**

Depuis 2008, la DGAPR est devenue l'institution chargée de la gestion des affaires des prisons et des prisonniers. Elle est sous la direction du Premier Ministre (le chef du gouvernement dans le contexte de la Constitution 2011).

### **1. Missions :**

Elle a pour missions :

- l'exécution des décisions judiciaires prononçant des peines ou des mesures privatives de liberté,
- la gestion des établissements pénitentiaires et des fonctionnaires relevant de ses services,

- l'établissement des programmes de sécurité des établissements pénitentiaires et leur mise en œuvre,
- l'établissement des programmes éducatifs, de formation professionnelle, d'hygiène et de santé dans les établissements pénitentiaires et leur mise en œuvre,
- l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de réinsertion sociale des anciens détenus et d'assistance post-carcérale,
- la préparation, en collaboration avec la direction des affaires pénales et des grâces, des dossiers relatifs aux demandes et aux propositions de grâce ou de libération conditionnelle,
- la formation des cadres et du personnel pénitentiaires,
- le suivi-évaluation des activités dont elle a la charge et dont elle fait le rapport périodique au ministre et au secrétaire général du gouvernement.

Elle participe, en outre, en ce qui la concerne, à la préparation et à l'exécution du budget.

Cette institution a adopté une approche moderne dans la gestion administrative caractérisée par la définition des attributions et leur distribution entre l'administration centrale et l'administration décentralisée (la création des directions régionales et la délégation des pouvoirs aux responsables régionaux), et par la mise en œuvre des programmes visant à améliorer les méthodes de travail, à qualifier les ressources humaines, à instituer une culture garantissant la dignité des prisonniers et à humaniser les lieux de détention.

Les directions régionales veillent à l'exécution des programmes d'action sociale et culturelle mis en place par la direction centrale et à garantir l'exécution et le suivi des programmes de soins de santé prodigués, de l'alimentation des détenus, et l'organisation des campagnes de sensibilisation pour la prévention des maladies contagieuses en coordination avec les services concernés. Ces directions supervisent également la mise en œuvre des plans relatifs à la sûreté des prisonniers et des établissements pénitentiaires et présentent aux services centraux des rapports concernant ce sujet. Elles contrôlent aussi les établissements pénitentiaires qui en dépendent en coordination avec les services centraux et élaborent des rapports à ce propos. En outre, elles assurent le suivi des activités de la commission de classification des détenus, veillent à l'exécution des décisions de transfert des détenus et à la gestion des ressources humaines et financières au niveau régional et élaborent un rapport sur les différentes activités et les soumettent au Délégué Général.

## **2. Organisation :**

DGAPR comprend :

a. La division des affaires pénitentiaires qui regroupe :

- le service de l'exécution des peines.
- le service du transfèrement des prisonniers.
- le service des grâces et des libérations conditionnelles.

b. La division de la réinsertion qui regroupe :

- le service de l'action sanitaire.
- le service de la rééducation et de la formation professionnelle.
- le service de l'action sociale et de l'assistance post-carcérale.

c. La division des ressources humaines qui regroupe :

- le service des recrutements et des examens professionnels.
- le service de la gestion du personnel.
- le service de la formation et des stages.
- le service des programmes de sécurité.

d. La division financière qui regroupe :

- le service du budget et de la comptabilité.
- le service des marchés.
- le service de l'équipement et du matériel.
- le service des constructions et des aménagements.
- le service des unités de production.

e. La division du contrôle des établissements pénitentiaires qui regroupe :

- le service de l'inspection.
- le service de traitement des plaintes et des doléances.

f. Le service de l'informatique, des statistiques et du suivi-évaluation.

### **C/ Les établissements pénitentiaires :**

Selon l'Article 2 du Dahir n° 1-99-200 du 13 jourmada I 1420 portant promulgation de la loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires (B.O du 16 septembre 1999), l'établissement pénitentiaire est défini comme tout établissement recevant les personnes faisant l'objet d'une mesure judiciaire privative de liberté.

Ils sont divisés, selon l'Article 3 de la même loi, en catégories compte tenu de leur importance et de leur destination, par arrêté du ministre de la justice.

L'Article 8 classe ces établissements en :

- Maisons centrales, destinées aux condamnés à des peines de longue durée (Article 9),
- Les pénitenciers agricoles, créés au niveau de chaque région, sont des établissements semi-ouverts d'exécution des peines. Ils sont destinés à la formation professionnelle en milieu agricole et à la préparation du retour à la liberté de certains condamnés dont la libération est proche (Article 10),
- Les prisons locales sont destinées à assurer aux condamnés, en fonction de leur capacité, une formation professionnelle en vue de les habilitier à la réinsertion dans la vie active à leur libération (Article 11). Selon l'Article 2, ces prisons sont généralement réservées aux détenus soumis à la détention préventive, aux condamnés à de courtes peines et aux contraignables,
- Les centres de réforme et d'éducation sont des unités spécialisées dans la prise en charge des mineurs et des personnes condamnées dont l'âge n'excède pas vingt ans en vue de leur réinsertion sociale (Article 12),

La DGAPR dispose, selon les statistiques de 2016, de 83 établissements pénitentiaires divisés comme suit :

- 70 EP locales

- 2 Maisons centrales
- 7 EP agricoles
- 2 EP pour femmes
- 4 Centres de réforme et d'éducation pour les jeunes de moins de 20 ans

Selon les statistiques de la DGAPR, la capacité totale d'hébergement des établissements pénitentiaires est passée de 83290 m<sup>2</sup> en 2008 à 127610 m<sup>2</sup> en 2015.

### **D/ Population carcérale marocaine :**

Selon l'article premier de la loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires :

On entend par " détenu ", toute personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté et placée dans un établissement pénitentiaire.

- Est qualifié de détenu soumis à la détention préventive, tout détenu " prévenu ", " inculqué " ou " accusé ", n'ayant pas fait l'objet d'une décision de condamnation irrévocable.
- Est qualifié de " condamné ", tout détenu ayant fait l'objet d'une décision de condamnation irrévocable privative délibéré.
- Est qualifiée de " contraignable ", toute personne qui fait l'objet d'une contrainte par corps.

Au Maroc, le nombre de détenus est constamment en augmentation. Selon les rapports de la DGAPR, le nombre de prisonniers a augmenté de 70 758 en 2012 à 83757 en 2018, en passant de 72 005, 73 222, 72 288, 76 827 et 81 141 en 2014, 2015, 2016 et 2017 respectivement.

### **1. Selon le sexe :**

Les hommes constituent la grande majorité des prisonniers avec un nombre de 81850 en 2018 constituant 97.72% de la population carcérale. Ce nombre a évolué de 70 306 en 2013, à 73 222 en 2014, puis à 72 288 en 2015, 76 827 en 2016 pour faire un bon en 2017 atteignant 81 141. Le nombre de femmes incarcérées était également en augmentation : elles étaient 1699 en 2013, 1719 en 2014, 1751 en 2015, 1889 en 2016 et 1961 en 2017.

On note une légère diminution en 2018 où elles sont au nombre de 1907 ce qui équivaut à un pourcentage de 2.28 %, dont 55 femmes enceintes et 103 accompagnées d'enfants.

Leur pourcentage ne franchit jamais la barre des 2.5% de l'ensemble de la population carcérale marocaine.

### **2. Selon l'âge :**

La tranche d'âge qui constitue la majorité est celle des incarcérés ayant entre 20 et 29 ans, avec un nombre atteignant les 37 588 en 2018, équivalant à 44.88%, dont 707 femmes. Suivie par la tranche d'âge de 30 à 39 ans, avec 23 940 (28.58%) dont 497 femmes, puis celle de 40 à 49 ans avec 11 360 prisonniers (13.56%) dont 336 femmes. Et pour finir, on trouve les tranches d'âge de 50-59 ans avec 4503 (5.38%) dont 181 femmes, puis celle de 18-19 ans pour les 3579 (4.27%) dont 95 femmes et enfin les plus de 60 ans avec 1563 (1.87%) dont 50 femmes.

### **3. Selon le statut carcéral :**

La plupart des incarcérés sont condamnés, au nombre de 51025 contre 32 732 en détention provisoire ce qui constitue 39 % de la population carcérale.

On remarque une tendance similaire dans la répartition tout au long des dernières années avec des chiffres comme 43 119 condamnés contre 31 822 détenus provisoires (42.46%) en 2014, 43 675 en 2015 contre 30 364 (41.01%), ou encore 46 876 contre 31 840 (40.45%) en 2016.

#### **4. Selon les directions régionales :**

Selon les statistiques fournies par la DGAPR en date du 31/12/2018, la région avec le plus grand nombre de prisonniers est celle de Casablanca-Settat, dont les prisonniers représentent 20.37% de la population carcérale marocaine, ce qui équivaut à 17 058 prisonniers. En dernière position, nous trouvons la région de Laayoune-Sakia-Lhamra qui représente 0.72% avec uniquement 600 prisonniers. Entre les deux, nous trouvons la région de Rabat-Salé-Kénitra avec 15 156 prisonniers, ce qui représente 18.10% de la population carcérale, puis la région de Fès-Meknès avec 12 430 prisonniers (14.84%), la région de Marrakech-Safi avec 10 165 prisonniers (12.14%), suivie de Beni Mellal-Khenifra puis Souss-Massa et Tanger-Tétouan-Hoceima, avec respectivement 8371 (9.99%), 7 177 (8.57%) et 6 062 (7.24%). Et enfin les régions de l'Ouest et de Darâa-Tafilalt avec 4 093 (5.85%) et 1835 (2.19%).

#### **5. Selon la durée de la peine :**

Les condamnés à des peines allant de 2 ans à 5 ans représentent la majorité de la population avec un pourcentage de 25 %, suivis des condamnés aux peines d'1 an à 2 ans qui représentent 22%, puis ceux condamnés aux peines de 6 mois à 1 an avec un taux atteignant les 20%. Les condamnés à de longues peines sont dans la tranche des 10%, plus précisément ils sont 12% condamnés à une peine entre 5 et 10 ans, et 11% pour les condamnés à plus de 10 ans à 30 ans. La minorité est représentée par les condamnés à une peine de perpétuité et les condamnés à mort, représentant respectivement 1% et 0.09% de la population carcérale.

## **E/ Système de santé carcéral au Maroc :**

### **1. Organisation des soins en milieu carcéral :**

L'accès aux soins médicaux est un droit universel établi par le Pacte International des droits économiques, sociaux et culturels en 1966. Néanmoins ce droit en milieu carcéral est régi et codifié, parfois même limité, par plusieurs articles de loi.

Le premier texte de loi ayant inclut le domaine de la santé en milieu carcéral est le Dahir de 1930 qui promulgua la création d'un service de santé au sein de l'établissement pénitentiaire sous la direction d'un médecin. En plus, il détermina que les détenus malades sont soit soignés à l'infirmerie de l'établissement soit envoyés à l'hôpital s'ils ne peuvent recevoir en prison les soins nécessaires. Ce transfert à l'hôpital ne peut avoir lieu que s'il y a consentement du procureur commissaire du gouvernement, du juge d'instruction ou de l'autorité de contrôle des juridictions indigènes.

Actuellement l'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires au Maroc est organisé par la loi 23-98 qui a édicté un ensemble de dispositions pour mieux organiser le service sanitaire en milieu carcéral.

✓ Les principales dispositions de cette loi sont :

- Chaque établissement pénitentiaire dispose, outre le personnel paramédical, d'au moins un médecin.

D'autres médecins spécialistes ou auxiliaires médicaux sont appelés, sur proposition du médecin de l'établissement (Art. 123).

-Les établissements pénitentiaires sont soumis au contrôle du médecin-chef de la province ou de la préfecture, et à l'inspection du service médical relevant de l'administration pénitentiaire (Art. 124).

- Toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou combattre les épidémies et les maladies contagieuses sont prises par le directeur de l'établissement en accord avec le médecin et les autorités administratives. Tous les cas de maladie dont la déclaration est obligatoire conformément à la législation en vigueur, doivent être signalés dans les conditions réglementaires (Art.127).

- Le médecin de l'établissement chargé de veiller à la santé physique et mentale des détenus, doit examiner (Art. 129) :

- \* les détenus nouvellement écroués dans l'établissement ;
- \* les détenus signalés malades ou qui se sont déclarés tels ;
- \* les détenus punis de cellule ou placés à l'isolement ;
- \* les détenus à transférer ;
- \* les détenus admis à l'infirmerie ;
- \* les détenus réclamant, pour raison de santé, l'exemption de toute activité professionnelle ou sportive ou un changement d'affectation.

- Il appartient en outre au médecin (Art.130):

- \* de veiller au contrôle de l'alimentation et de l'hygiène dans l'établissement ;
- \* de veiller à l'application des règles relatives à la séparation des malades alités, contagieux et mentaux et de prescrire, le cas échéant, leur admission à l'infirmerie ou de prescrire leur transfert vers un annexe sanitaire spécialisé dans un autre établissement pénitentiaire ou leur hospitalisation ;

- \* de proposer l'hospitalisation des libérés malades ne pouvant rentrer dans leur foyer ;
- \* de prescrire des consultations auprès des médecins spécialistes ;
- \* de décider de la destination des médicaments trouvés en possession des détenus ou qui leur seraient envoyés de l'extérieur ;
- \* d'établir des certificats de décès lorsque la mort survient à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire ;
- \* de délivrer les attestations prévues par la législation en vigueur en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'acte criminel ;
- \* de délivrer des certificats médicaux aux détenus et sous réserves de l'accord exprès de ceux-ci à leur famille ou à leur avocat ;
- \* de délivrer des attestations relatives à l'état de santé des détenus et contenant les renseignements nécessaires à l'orientation et au traitement pénitentiaire ou post pénal de ceux-ci, chaque fois que l'administration pénitentiaire ou l'autorité judiciaire compétente en fait la demande.

- Il est interdit de soumettre les détenus à des expérimentations médicales ou scientifiques (Art.132).

- Le médecin constitue le dossier médical des détenus et donne un avis technique pour la classification et l'affectation des détenus (Art. 134).

- 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 (Art.136).

En outre le Décret n° 2-00-485 du 6 chaabane 1421 fixant les modalités d'application de la loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires promulguée par le dahir n° 1-99-200 du 13 jourmada I 1420 (25 août 1999) (B.O du 4 janvier 2001) ajoute d'autres articles visant à édicter les modalités d'application des articles de la loi 23-98.

On cite essentiellement l'article 92 qui stipule que le médecin doit établir un rapport annuel sur l'état sanitaire des détenus et la salubrité de l'établissement qu'il fait transmettre au directeur de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion sous couvert du directeur de l'établissement.

L'article 95 note que sauf impossibilité matérielle, le détenu admis à l'hôpital en vue d'une intervention chirurgicale doit donner son assentiment par écrit.

Lorsqu'il s'agit d'un détenu mineur, l'assentiment préalable de son tuteur ou de la personne qui détient le droit de garde sur lui doit être demandé, sauf si l'intervention ne présente aucun danger ou en cas d'urgence.

L'article 96 souligne la gratuité des consultations médicales, des soins divers, des médicaments nécessaires ainsi que de l'hospitalisation dans le milieu carcéral.

L'intervention du service social peut être sollicitée en faveur de ces détenus lorsqu'ils doivent être pris en charge par un établissement privé ou en cas d'intervention chirurgicale ou de placement d'appareil dont la nécessité n'est pas médicalement reconnue.

L'article 97 précise que les détenus sont soumis d'office aux examens, vaccinations, soins, et traitements nécessités par la prophylaxie des maladies contagieuses.

L'article 100 permet le dépôt des détenus dans des cliniques privées remplissant les conditions de sécurité permettant la surveillance des détenus, en application du 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 136 de la loi relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires.

L'article 103 note que les femmes enceintes et celles accompagnées de leurs enfants bénéficient d'un régime approprié à leur état.

## **2. Situation sanitaire en milieu carcéral :**

En 2015, l'infrastructure et les équipements médicaux dont disposait la DGAPR étaient comme suit (13) : 77 unités médicales, 51 cliniques disposant de 1124 lits, 64 cabinets dentaires, 21 laboratoires de dépistage de la tuberculose, 77 pharmacies, 77 bureau de travail médical, 1 centre médical multidisciplinaire et 44 ambulances contre en date du 31/12/2018 : 56 cliniques avec 1 667 lits, 77 unités médicales, 134 infirmeries, 67 salles de soins dentaires, 16 laboratoires, 68 pharmacies, 54 ambulances.

Quant aux cadres travaillant dans le domaine de la santé carcérale en 2015, ils étaient 97 médecins permanents, 35 médecins contractuels, 60 chirurgiens-dentistes, 41 psychologues, 414 infirmiers, 3 pharmaciens et 312 cadres des services sanitaires. Alors qu'en 2018, la DGAPR disposait de 151 médecins permanents, 50 médecins contractuels, 39 psychologues, 313 infirmiers, 170 aides-soignants, 9 techniciens dentaires soit un total de 764 cadres médicaux ou para médicaux au sein des EP(14).

En ce qui concerne les indicateurs de santé carcérale et santé publique en 2015 (13), les rapports indiquent 1 médecin permanent pratiquant pour 800 détenus contre 1 médecin pour 1600 citoyens, 1 médecin chirurgien-dentiste pour 1200 détenus contre 1 médecin pour 7800 citoyens, 1 infirmier pour 190

détenus contre 1 infirmier pour 1100 citoyens, 6 visites médicales pour chaque détenu contre environ 1 visite pour chaque citoyen par année, 1.3 visite dentaire pour chaque détenu en 9 mois en 2014 contre moins d'une visite pour le citoyen, 1 lit pour 70 détenus contre 1 lit pour 903 citoyens.

Le budget total alloué aux médicaments était de 475 MAD pour chaque détenu contre environ 74 MAD pour chaque citoyen.

Quant à la moyenne de décès, elle est de 2 %° en milieu carcéral contre 5.6%° en communauté.

En décembre 2018 (14), ces indicateurs sont passés à 1 médecin pour 639 détenus en prenant en compte le nombre de médecins contractuels du secteur public et privé, en déduisant cette catégorie on ne dépasse pas 1 médecin pour 891 détenus et 1 dentiste pour 1351 détenus, en comparaison, en milieu communautaire la moyenne est d'un médecin pour 1929 citoyens. Ces indicateurs restent loin des recommandations de l'OMS qui sont d'un médecin pour 600 citoyens/détenus et 1 dentiste pour 1000 citoyens/détenus.

Malgré le recrutement de 12 médecins généralistes (10 femmes et 2 hommes) et 6 dentistes (4 femmes et 2 hommes) en 2018, cela n'a pas eu l'impact voulu sur l'amélioration des indicateurs à cause de la sortie en retraite de plusieurs médecins, ainsi que la succession des démissions à cause des conditions de travaux difficiles dans les EP et la réticence et le refus des médecins des deux secteurs, public et privé, de signer des contrats avec la DGAPR ce qui demande l'allocation d'encore plus de postes budgétaires pour augmenter le nombre de postes dédiés au recrutement dans ce secteur et la mise en place d'autres mesures de motivation permettant d'attirer cette catégorie des professionnels à travailler au sein des EP avec la DGAPR.

En attendant cela la DGAPR a pu couvrir le manque dans les EP ne disposant pas de médecin permanent en signant des contrats avec des médecins du secteur privé et public et en chargeant des médecins travaillant dans d'autres EP à réaliser des visites fréquentes préétablies à ces EP ce qui a aidé à garantir une couverture médicale à 99.8% en 2018.

Les services de santé dont a bénéficié les détenus en 2018 sont répartis comme tel : 540 128 examens médicaux, 500 540 au sein des EP et 39 588 au sein d'hôpitaux publics ou privés ce qui équivaut à plus de 6 visites médicales pour chaque détenu comparé à moins d'une visite médicale annuelle pour chaque citoyen, 486 chirurgies en milieu hospitalier public ou privé, 86 473 actes dentaires au sein des EP, 3566 hospitalisations dont 2281 en EP et 1285 au sein d'hôpital public ou privé, 34 068 suivi psychologique/psychiatrique au sein des EP, 41 501 analyses médicales dont 15 950 au sein des EP et 25 551 au milieu hospitalier public ou privé, 14 511 examens radiologiques dont 665 en EP et 13 846 dans des hôpitaux publics ou privés. En résumé, 89% des examens médicaux proposés aux détenus ont été réalisés au niveau des EP, 10% au niveau des hôpitaux publics et 1% dans le secteur privé.

En 2015, 743 activités médicales de sensibilisation ont été organisés au niveau national soit 3.43% de l'ensemble des activités de cette année-là. En 2018, le nombre de campagnes médicales de sensibilisation et de prévention était de 663 dont a bénéficié 114 306 détenus ce qui veut dire que chaque détenu a bénéficié d'au moins une de ces campagnes. Vingt-une formations en soins de santé ont été organisés au Maroc à l'intention de 358 employés de la DGAPR sur une période de 50 jours contre 37 formations en 2017 à l'intention de 269 employés sur une période de 272 jours. En 2014, 4110 détenus ont bénéficié d'une campagne de vaccinations, 21 389 en 2015, 12 800 en 2016, 15 712 en 2017 et 11 876 en 2018.

### **III. Les investigations médico-légales en cas de décès en milieu carcéral : meilleures pratiques**

Bien que les décès en milieu carcéral soient un événement attendu, ils font souvent l'objet d'un examen plus minutieux et soulèvent de nombreuses questions quant aux circonstances entourant le décès ainsi que la cause et la manière de la mort. Il incombe généralement au médecin légiste de répondre à ces questions (15).

Tout décès en milieu carcéral impose l'obstacle médico-légal à l'inhumation et nécessite une enquête sur les faits et les circonstances entourant le décès en plus des investigations médico-légales pour s'assurer de l'histoire de décès fournie par l'EP. En cas de suspicion de décès en relation avec des actes illégaux, l'outil principal utilisé est le Protocole du Minnesota relatif aux enquêtes sur les décès résultant potentiellement d'actes illégaux (16), adopté en 2016, qui est une version actualisée du Manuel des Nations Unies de 1991 sur la prévention des exécutions extrajudiciaires, arbitraires et sommaires et les moyens d'enquête sur ces exécutions, qui, à force d'utilisation, est aujourd'hui simplement appelé « Protocole du Minnesota ». Comme la version initiale, la version actualisée vient compléter le texte des Principes des Nations Unies de 1989 relatifs à la prévention efficace des exécutions extrajudiciaires, arbitraires et sommaires et aux moyens d'enquêter efficacement sur ces exécutions. La première version du Protocole a été élaborée entre 1983 et 1991 sous la houlette du Comité international des droits de l'homme de l'Association des juristes du Minnesota (depuis rebaptisée « Advocates for Human Rights »), avec la collaboration des membres du programme de sciences et droits de l'homme de l'American Association for the Advancement of Science. Elle a été adoptée en 1991 par le Service de la prévention du crime et de la justice pénale, qui relève du Centre des Nations Unies pour le développement social et les affaires humanitaires.

L'ensemble des investigations médico-légales de ces décès peuvent également s'avérer bénéfiques pour l'avenir et constituent une formation et une éducation, pour potentiellement prévenir l'avenir des décès dans des circonstances similaires (17).

Dans cette partie, nous allons passer en revue les principales investigations médico-légales standards en cas de décès en milieu carcéral.

### **1. Levée du corps :**

Une visite des lieux du décès par le légiste est fortement recommandée pour tous les décès qui ont eu lieu pendant l'incarcération.

Cet examen des lieux reste primordial pour tout décès d'un détenu dans les suites de violences même avec son transfert à l'hôpital pour assurer une documentation qui peut aider à enquêter sur le décès en question.

L'examen du corps sur les lieux du décès reste cependant une décision prise selon le jugement professionnel du médecin légiste qui accomplira l'autopsie. Quand une vidéo du décès existe, elle devra être passée en revue par le légiste.

Les investigations devraient inclure un recueil des antécédents médicaux, psychiatriques et sociaux du détenu décédé, les faits et circonstances de décès ; à savoir la dernière date et heure où le décédé a été vu vivant et par qui ; la date, l'heure et le lieu où le défunt a été retrouvé, par qui il a été retrouvé et la position originale dans laquelle il a été retrouvé ; si le défunt a été transporté, il faut préciser le lieu du transfert, sa date, ainsi que la date et l'heure du décès et par qui il a été constaté.

Les informations suivantes doivent aussi être mentionnées : le logement du défunt (cellule individuelle ou non), risque de suicide ou pas, utilisation de contentions (si oui quel type, la durée de la contention), enfin si un traitement médical a été administré pendant la période d'incarcération.

Si le décès est arrivé pendant l'utilisation de moyens de contentions, une étude de la scène devrait se faire aussi tôt que possible sans dépasser 24h après le décès. Le médecin légiste devrait être autorisé à examiner la scène et parcourir toute documentation additionnelle pertinente. Le médecin légiste est appelé à une prise de la température du corps pendant son examen sur les lieux. Le rapport/procès-verbal d'enquête devrait être disponible pour le médecin légiste avant ou juste après l'autopsie.

Les dossiers médicaux, incluant les visites aux urgences, devraient être étudiés à la recherche d'une corrélation entre les antécédents du patient et les circonstances, spécialement lors des cas de traumatisme où les comptes-rendus de TDM ou IRM pourraient être disponibles. Si possible, ces rapports devraient être examinés avant l'autopsie.

## **2. Procédure d'autopsie :**

Cette procédure est une liste exhaustive et ne s'applique pas nécessairement à tout décès en milieu pénitentiaire. C'est au médecin légiste de décider quels tests sont appropriés pour quel cas.

Après l'investigation initiale des circonstances de décès, le médecin légiste doit déterminer quel type d'examen physique est justifié (examen externe, autopsie, pas d'examen). Une autopsie doit être réalisée pour tous les décès en milieu pénitentiaire qui pourraient être jugés comme non naturels, en dépit du temps passé depuis le décès.

Le but de l'autopsie est de corrélérer et/ou de confirmer les circonstances reportées, établir la cause du décès, vérifier l'identification de l'individu, identifier des causes de décès potentiellement conflictuelles, documenter d'autres conditions pathologiques significatives et évaluer les allégations de torture ou de mauvais traitement ou de négligence (18,19).

Les prisonniers avec des pathologies naturelles connues dont ils pourraient succomber, et qui seraient sous supervision médicale devraient aussi subir une autopsie. Les informations de santé publique obtenues par les autopsies réalisées sur cette population qui meurt de causes naturelles, pourraient être utilisées pour informer des programmes et créer des politiques dédiées à la réduction de la morbidité et la mortalité de la population des prisons.

Un examen externe et interne du corps devrait être réalisé ou supervisé par un médecin légiste expérimenté.

Le médecin légiste devrait documenter toute preuve de tentatives de réanimation, de procédures thérapeutiques ou preuve de prélèvement d'organes ou de tissu qui ont été réalisés sur le défunt avant ou après le décès. Ceci peut inclure des contusions, lacérations ou pétéchies hémorragiques de la cavité orale, le pharynx, le larynx ou la trachée dus à des tentatives d'intubation ; hémorragies des tissus mous du cou due à des tentatives d'insertion ; contusions de la cavité thoracique ou fractures des côtes lors de compressions thoraciques ; et de façon moins fréquente, des lacérations hépatiques et des hémorragies intra-abdominales lors du massage cardio-pulmonaire ou fracture de l'os hyoïde due à des tentatives d'intubation.

L'examen externe du corps devrait inclure une description des changements post mortem incluant le degré de la rigidité, les lividités et la déshydratation cadavérique ; une inspection des yeux, la cavité orale, du scalp, des os faciaux, cou, torse, organes génitaux, anus et extrémités incluant les poignets, chevilles et pieds (20). L'examen externe devrait aussi inclure une description de l'âge apparent du défunt, sa taille, son poids, son sexe, son statut nutritionnel, ses vêtements, couleur de peau, couleur et longueur des cheveux, marques, cicatrices, tatouages, traces d'interventions, anomalies anatomiques et blessures (20,21). Toutes les blessures devraient être décrites en termes de type, localisation, taille, forme, et couleur (22). Les blessures devraient être documentées par une combinaison de modalités incluant description, photographies et diagrammes.

L'examen de la tête devrait inclure les couches externes et profondes du scalp avec documentation du nombre, type, localisation et taille des traumatismes. Une dissection formelle de la face peut être nécessaire dans certaines situations où il y a suspicion de traumatismes faciaux qui ne peuvent être documentés par examen externe ou par radiographies (19). Toute fracture de la boîte crânienne doit être documentée en termes de localisation, type et dimension (17). S'il existe des hémorragies épidurales, sous durales ou sous arachnoïdiennes, elles doivent être décrites en terme de localisation, taille, notamment volume, poids et mesures tridimensionnelles, couleur, effets sur le cerveau et degré d'organisation (17).

Si une autopsie est indiquée, une dissection antérieure et postérieure étagée du cou peut être considérée pour documenter la présence ou l'absence de traumatismes. Il est recommandé que l'examen du cou prenne place après que le

cerveau et les organes thoraciques ont été retirés pour permettre un drainage passif des vaisseaux du cou. Il serait prudent de conserver l'os hyoïde, le larynx et le cartilage cricoïde, surtout en cas de pendaison ou l'usage de prise d'étranglement. Si des agents chimiques ont été utilisés, le légiste pourrait vouloir conserver des portions des voies aériennes pour d'éventuels examens histologiques. Tout traumatisme des muqueuses, tissus mous, structures cartilagineuses ou osseuses du cou (incluant les vertèbres cervicales et les apophyses épineuses) doit être documenté.

Une procédure connue sous le nom de « crevée » antérieure et postérieure devrait être considérée pour documenter la présence ou l'absence de traumatismes aux tissus profonds particulièrement dans les cas où les circonstances suggèrent un contact physique au moment du décès. Cette procédure inclut une dissection sous-cutanée et étagée des faces antérieure et postérieure du torse (incluant les fessiers) et des membres supérieurs et inférieurs (incluant les poignets et chevilles) afin de documenter la présence ou l'absence d'hémorragies occultes sous-cutanées ou musculaires profondes. Toute fracture du torse ou des extrémités doit être documentée. Tout épanchement dans la cavité pleurale et/ou péritonéale doit être documenté et décrit en termes de nature et de volume. Les organes internes de la tête, cou, thorax, abdomen et pelvis (incluant les testicules chez les défunts de sexe masculin) doivent être examinés pour détecter la présence ou l'absence de traumatismes ou pathologies naturelles (19).

Des prélèvements appropriés doivent être collectés durant l'autopsie pour des examens complémentaires (ex : histologique, toxicologique, microbiologique, génétique...).

### **3. Photographie médico-légale :**

Des photographies médico-légales devraient être réalisées pour fournir une archive visuelle pour une meilleure corrélation avec les constatations comprises dans le rapport d'autopsie. Elles sont utiles pour d'autres experts ou acteurs du système judiciaire s'ils ont besoin de les réexaminer ultérieurement.

La photographie digitale en couleur et de haute qualité est recommandée (23). Toutes les séries photographiques doivent inclure un numéro de série et une échelle de mesure. L'échelle de mesure devrait être placée sur la peau ou les vêtements et la caméra devrait être perpendiculaire à la zone photographiée pour maintenir une prise correcte (19).

Le corps devrait être initialement photographié pour documenter comment il a été réceptionné. Ces photographies devront inclure les vêtements, les liens autour du cou, les traces d'interventions médicales, la présence de menottes autour des poignets et/ou chevilles. Certaines blessures devraient être photographiées « telles quelles » pour documenter les informations pertinentes comme la suie autour d'une blessure par balle. Il est recommandé que les surfaces palmaires et dorsales des mains soient photographiées avant et après nettoyage s'ils sont souillés par du sang, débris ou autres. Le corps devrait être photographié de toutes les faces, notamment le torse, les extrémités, la face, les yeux, les conjonctives, le cou ainsi que les organes génitaux et l'anus (20).

Des photos rapprochées et détaillées des blessures externes devraient être prises avec une échelle de mesure. Des photographies de l'examen interne devraient inclure les blessures et les constatations négatives pertinentes. Les photographies digitales devraient être sauvegardées indéfiniment.

#### **4. Radiographie :**

Les radiographies appropriées sur cliché ou digitales devraient être prises afin de documenter la présence ou l'absence de fractures osseuses anciennes ou récentes, de corps étrangers, de projectiles ou fragments de projectiles. Elles peuvent inclure des vues de la tête (latérales, et/ou antérieur/ postérieur), de la colonne cervicale, du torse et des extrémités (incluant les mains et les pieds). Les radiographies devraient être réalisées avant l'examen interne du corps. Elles devraient aussi être sauvegardées de façon indéfinie.

#### **5. Prélèvements médico-légaux :**

Des écouvillons trempés dans du sérum physiologique peuvent être utilisés pour la collecte d'ADN des marques de morsures (20). La collecte de preuves d'agression sexuelle devrait être réalisée si un contact sexuel est suspecté et est recommandé pour tous les détenus. D'autres prélèvements (ex. poils pubiens, coupures d'ongles) peuvent être collectés selon l'indication du médecin légiste et en fonction des circonstances des décès et des constatations lors de l'autopsie.

#### **6. Histologie :**

Des biopsies représentatives de tous les organes majeures devraient être préservées dans du formol et conservées dans des bocaux de stockage pour un éventuel usage ultérieur (24), particulièrement si les sections histologiques ne sont pas prélevées lors de l'autopsie. Les biopsies devraient être conservées pendant au moins un an. Les blocs et lames histologiques devraient être conservés indéfiniment.

## **7. Toxicologie :**

Une toxicologie globale, incluant les drogues communes, illicites et thérapeutiques, devrait être réalisée pour tous les cas sauf si une période d'hospitalisation exclut l'utilité des tests (18). L'humeur vitrée devrait aussi être testée pour les taux de glucose, urée, créatinine, sodium, potassium, chlorure, acétone afin d'évaluer l'hydratation, hyperglycémie, la fonction rénale, les anomalies d'électrolytes (18). L'humeur vitrée peut aussi être testé pour le lithium, l'éthanol et les drogues illicites. Le prélèvement du sang fémoral est le plus recommandé mais le sang de l'artère sous-clavière, du cœur peut être utilisé s'il n'existe pas d'autres alternatives (24). Si le défunt était hospitalisé, les prélèvements recueillis lors de l'admission devraient être collectés. L'interprétation des résultats toxicologiques devrait être corrélée avec les constatations de l'autopsie, les circonstances du décès, et les antécédents médicaux du défunt afin de déterminer leur signification en relation avec la cause de décès (24). Les prélèvements devraient être conservés par une congélation (-18°C) pendant un an au minimum.

## **8. Microbiologie :**

Des cultures bactériennes et virales peuvent être indiquées en cas de suspicion d'infections.

# 2<sup>ème</sup> partie

## **Etude descriptive du décès en milieu carcéral :**

### **A/ Introduction :**

Parler d'univers carcéral ou pénitentiaire, n'est pas exagéré, tellement les prisons et leurs occupants constituent une entité distincte en marge de la société globale. La population au sein de ces établissements, aussi fragile que vulnérable, est souvent victime de maladies graves et d'un nombre important de décès.

Tout décès survenant en milieu de détention revêt un caractère éminemment suspect, d'une part vu la qualité de la personne décédée, d'autre part, le lieu du décès, qui n'est autre qu'une cellule privative de liberté constituée par la prison. Les règles de Mandela (9), notamment la Règle 71 stipule qu'en cas de décès, disparitions ou blessures graves survenus en cours de détention, l'administration pénitentiaire a l'obligation de signaler ces cas aux autorités compétentes, indépendantes de l'administration pénitentiaire, chargées d'ouvrir des enquêtes impartiales et efficaces sur les circonstances et les causes des cas de décès.

Et c'est là que le médecin légiste trouve son rôle crucial, de plus en plus important à l'égard à la fois des détenus, des gardés à vue et de la justice. L'autopsie s'avère par conséquent obligatoire et systématique pour découvrir les causes réelles du décès.

### **B/ Matériels et méthodes :**

#### **1. Type de l'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective. Elle porte sur 162 cadavres de prisonniers ayant été autopsiés au niveau de l'Institut Médico-légal du CHU Ibn Rochd de Casablanca, durant une période de 8 ans, allant de Janvier 2012 à Décembre 2019.

## **2. Collecte de données**

Nous avons recueilli les données à partir des dossiers notamment les procès-verbaux de la police judiciaire et les rapports d'autopsies selon une fiche d'exploitation préétablie.

## **3. Critères d'inclusion et d'exclusion :**

### **•Critères d'inclusion :**

Les sujets concernés sont des personnes ayant un âge supérieur ou égal à 18 ans et qui étaient incarcérées dans l'une des prisons du Royaume et dont le corps a été déposé à l'IML durant la période de l'étude.

### **•Critères d'exclusion :**

Les sujets non incarcérés et faisant l'objet d'une détention notamment dans les locaux de la police ou de la gendarmerie pendant la garde à vue.

## **4. Méthode de l'étude :**

Nous avons fait une analyse statistique des différentes données par le logiciel SPSS, Windows version 20. Les variables quantitatives de distribution gaussienne ont été exprimées en moyenne et écart type.

## **C/ Résultats et Analyse :**

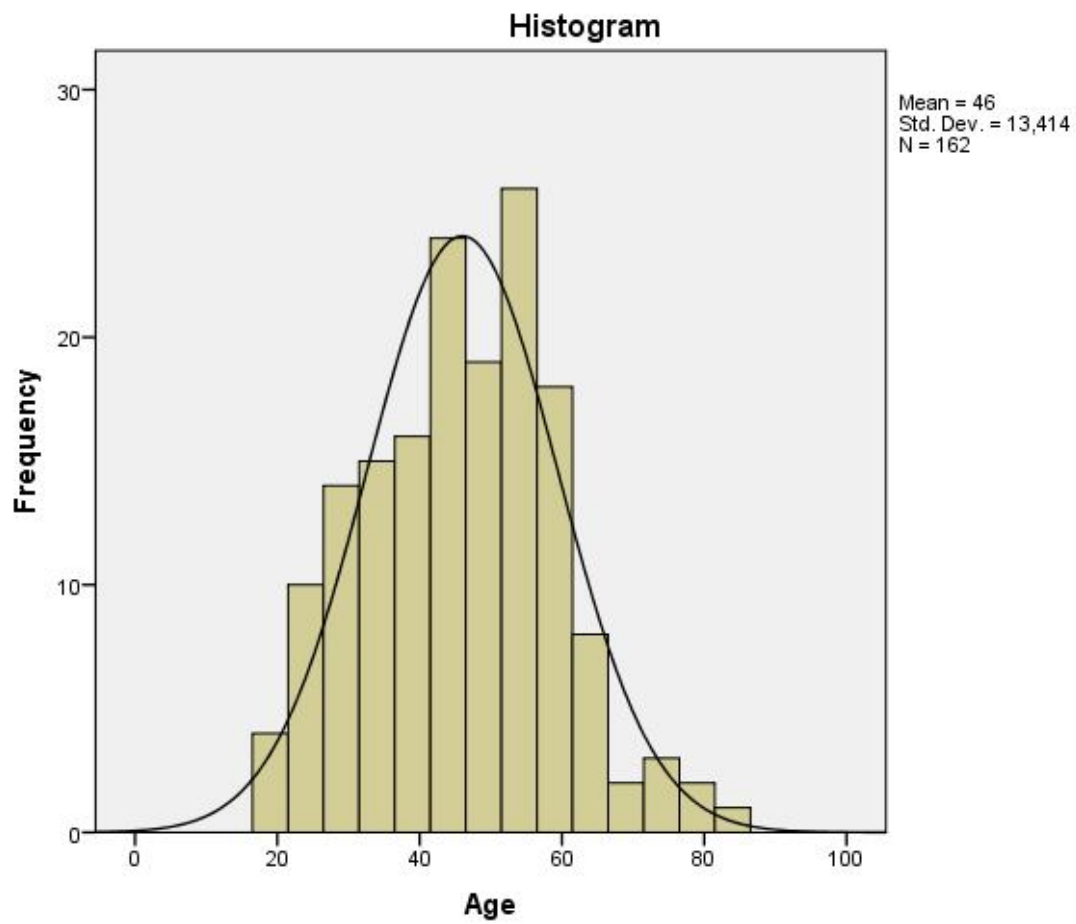
### **1. Caractéristiques démographiques :**

#### **a. Population étudiée :**

Il s'agit de 162 cas de décès en milieu carcéral.

#### **b. Répartition selon l'âge :**

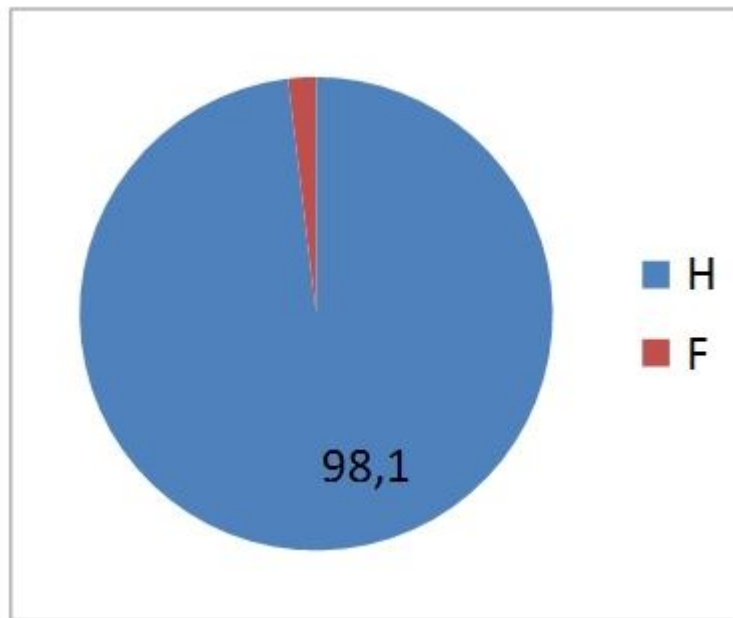
L'âge des défunts retenus dans notre étude, variait entre 19 et 83 ans avec une moyenne d'âge de 46 ans ( $\pm 13,4$ ).



**Figure 1:** Répartition des décédés selon l'âge

### c. Répartition selon le sexe :

La majorité de notre population soit 98,1 % était de sexe masculin (n=159) contre seulement 1,9% (n=3) de sexe féminin.



**Figure 2:**Répartition des décédés selon le sexe

### 2. Caractéristiques des incarcérations :

Dans notre population étudiée, 88,9% des détenus (n=144) étaient incarcérés contre 11.1% en détention préventive.

La majorité des détenus (88,3%) se trouvait dans les prisons de la région de Casablanca-Settat, suivie de la région de Béni Mellal-Khénifra (10,5%). La région de Tanger-Tétouan et celle de Guelmin-Oued Noun comptaient un détenu chacune.

### 3. Prise en charge sanitaire :

#### a. Recours à l'hospitalisation :

Quatre-vingt-six détenus ont eu recours à une hospitalisation antérieure. Parmi eux, 77 prisonniers (47,5%) ont été hospitalisés une seule fois avant leur décès, six (3,7%) ont été hospitalisés 2 fois. Deux détenus ont été hospitalisés 4 fois et un seul détenu a été hospitalisé 5 fois avant son décès.

Pour ces 86 détenus, le motif d'hospitalisation le plus fréquent était un malaise ou une altération de l'état général (n=30), suivi de troubles neurologiques (n=17), puis de troubles respiratoires (n=13), et enfin des troubles abdominaux (n=11) et des traumatismes (n=3). **(Voir Tableau 1)**

**Tableau 1:** motif d'hospitalisation des détenus

Motif d'hospitalisation	Nombre de cas
<b>Malaise/AEG</b>	30
<b>Troubles Neurologiques</b>	17
<b>Troubles Respiratoires</b>	13
<b>Troubles Abdominaux</b>	11
<b>Traumatismes</b>	3
<b>Autres</b>	8
<b>Troubles Cardiaques</b>	0

### **b. Répartition selon les antécédents :**

L'antécédent le plus retrouvé dans notre étude est la tuberculose, soit chez 26 détenus, suivi du diabète chez 21 détenus. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires (n=15), puis les troubles psychiatriques (n=13) et les cancers (n=13). Pour les antécédents chirurgicaux, les chirurgies pour divers traumatismes étaient majoritaires (n=5) (**Voir Tableau 2**).

**Tableau 2:** Antécédents médico-chirurgicaux des détenus

Antécédents	Nombre de cas
<b>Tuberculose</b>	26
<b>Diabète</b>	21
<b>Maladies Cardio-vasculaires</b>	15
<b>Troubles Psychiatriques</b>	13
<b>Cancer</b>	13
<b>Maladies Respiratoires</b>	11
<b>Chirurgie-Traumatismes</b>	5
<b>Chirurgie Abdominale</b>	3
<b>Chirurgie Urologique</b>	1
<b>Autres</b>	13

### **c. Répartition selon le lieu de décès :**

Presque la moitié (48,1%) des décès était enregistrée en milieu hospitalier. Vingt pour cent environ soit 19,8% est décédé en milieu pénitentiaire que ce soit en cellule ou à l'infirmierie de la prison. Pour les 31,5% restant, le défunt est arrivé décédé à la structure hospitalière. A noter que pour un cas, le lieu de décès n'était pas précisé.

### **4. Profil des décès :**

#### **a. Causes de décès :**

Le décès est survenu de façon naturelle chez la majorité des détenus de notre étude avec un pourcentage de 86,4 % (n=140).

Les décès non naturels représentent 6,2% des décès (n=10) et pour 7,4% (n=12) le mode de décès n'a pas pu être déterminé.

En ce qui concerne les décès de causes naturelles, les causes infectieuses (autres que la tuberculose) sont impliquées en premier lieu avec 24,1 % (n=39), suivies des causes cardio-vasculaires dans 20,4% (n=33), ensuite on trouve les cancers dans 15,4% (n=25), la tuberculose seule a été retrouvée dans 11,7% des décès (n=19). Les causes abdominales telles que les hémorragies digestives sont retrouvées dans 7,4% des décès et les causes neurologiques dans 6,8%. Les complications du diabète et les causes respiratoires sont notées respectivement dans 6,2 %.

Un seul décès était dû aux complications d'une grève de faim (**Voir Tableau 3**).

**Tableau 3:** Causes de décès naturels des détenus par organe

Causes de décès	Nombre de cas
<b>Causes Infectieuses</b>	39
<b>Causes Cardio-vasculaires</b>	33
<b>Cancers</b>	25
<b>Tuberculose</b>	19
<b>Causes Abdominales</b>	12
<b>Causes Neurologiques</b>	11
<b>Complications diabétiques</b>	10
<b>Causes respiratoires</b>	10
<b>Autres</b>	5

**Tableau 3 bis :** Causes médicales de décès

Cause de décès	Nombre de cas
Pneumopathie	31
Choc hémorragique	7
AVC	6
Embolie Pulmonaire	5
Péritonite	5
HIV	4
Mort Subite	4
Choc septique	3
Méningite bactérienne	3
Abcès rénal	1
BPCO	1
Cirrhose hépatique	1
Crise d'asthme aigue grave	1
Dénutrition	1
Fasciite nécrosante	1
Insuffisance rénale chronique	1
Occlusion intestinale	1
Pancréatique aigue nécrotico-hémorragique	1
PRN inflammatoire aigue	1
Volvulus du sigmoïde	1

Pour les décès non naturels, la cause la plus fréquente était les suicides (n=5). Trois des décès non naturels furent attribués à des causes accidentelles et deux étaient des homicides.

## D/ Discussion :

### 1. Analyse des décès chez les détenus selon notre étude :

Pour mettre en perspective nos résultats, il nous a semblé judicieux de les comparer avec les données de la littérature disponible.

#### a. Selon l'âge :

Conformément à la littérature étudiée (25–33), l'âge médian de la population carcérale au moment du décès se situe aux alentours de 40 ans malgré une différence de la période d'étude et la taille de l'échantillon. La moyenne d'âge des détenus décédés de notre étude s'accorde avec la plupart des études, bien qu'on note un âge minimum de 34.6 ans chez Petschel et al(25) et un maximum de 48 ans chez Unal et al(33)(Voir Tableau 4).

Tableau 4: Age médian des détenus décédés selon la littérature

Auteur	Age médian (ans)
Notre étude (2012-2019)	46
Petschel et al.(1991-1996)	34.6
Wobeser et al. (1990-1999)	40.9
Mirza et al. (2005-2010)	38.87
Brittain et al. (2001-2009)	45
Wu et al. (1999-2016)	36.3
Lozano et al. (1985-2010)	40
Unal et al. (2010-2012)	48

### **b. Sexe :**

Les données de la littérature rapportent tous, une majorité (supérieure à 90%) de détenus de sexe masculin (25,27,30–33). Koehler et al (26) rapportent d'ailleurs une population exclusivement masculine. Notre série était composée de 98,1 % de détenus de sexe masculin, ce qui concorde parfaitement avec les données de la littérature.

### **c. Causes de décès :**

Selon les données de la littérature, la mort en milieu carcéral est le plus souvent due à une cause naturelle (26,28–33). Ce que nous retrouvons aussi dans notre étude.

Cependant chez Petschel et al (25) et Wobeser et al (27), la mort est non naturelle dans 63,5% et 59% des cas respectivement. Dans notre série, seul 6,2% des décès étaient de cause non naturelle.

Pour les décès naturels, selon la littérature (25–33) et notre étude, nous retrouvons trois causes majeures: les causes cardio-vasculaires, les maladies infectieuses incluant la tuberculose et les cancers.

En ce qui concerne les décès non naturels, nous retrouvons le suicide en première position chez Koehler et al, Wobeser et al, Brittain et al, Wu et al et Lozano et al (26,27,29,30,32) ainsi que dans notre étude. Par contre chez Petschel et al (25), ce sont les accidents (n=31) qui sont en premier lieu la cause des décès non naturels et chez Mirza et al (28) ce sont les homicides (21,3%).

Dans la littérature (32), il est rapporté que 38% des décès surviennent en prison, et 62% à l'hôpital, ce qui est semblable aux résultats de notre série.

## **2. Selon les statistiques officielles des décès en milieu pénitentiaire :**

La réduction et la prévention des décès des détenus au sein des EP est un défi pour toutes les juridictions carcérales.

Cette section de notre discussion comportera un aperçu des données de la DGAPR ainsi qu'une comparaison avec les statistiques des décès dans 3 autres pays. En même temps, nous explorerons les décès en milieu pénitentiaire selon le mode de décès. En premier, nous considérerons les décès naturels puis ceux non naturels.

Les périodes de comparaison varient selon la disponibilité des informations fiables.

### **1. Maroc :**

Selon le Rapport Annuel de 2018 de la DGAPR(14), il y'a eu un total de 180 décès en 2018. Parmi eux, 139 sont décédés à l'hôpital (77.2%) ,19 sont arrivés décédés à l'hôpital (10.6%) et 22 sont décédés dans leurs lieux d'incarcération (13.2%) ; parmi ces derniers, 12 sont morts à l'infirmerie de l'EP (7.6%) et 10 à l'intérieur de leurs cellules (5.6%).

Malheureusement la DGAPR ne fournit aucune donnée sur les circonstances ni sur les causes de ces décès.

### **2. USA :**

Selon les statistiques fournis par le Bureau of Justice (BOJ) (34), nous disposons de 3 caractéristiques : le nombre des détenus décédés en milieu carcéral fédéral en 2015 et 2016, l'âge ainsi que la cause de décès de ces détenus.

En 2015, 447 sont décédés en milieu carcéral fédéral contre 300 en 2016.

### **a. Décès par tranche d'âge :**

La tranche d'âge la plus prévalente pour les deux années est 50-59 ans avec 127 personnes décédées en 2015 contre 83 en 2016, suivie par celle de 60-69 ans avec 119 et 79 respectivement pour 2015 et 2016. Par la suite, on a la tranche d'âge entre 40-49 ans pour laquelle 73 décès ont été enregistrés en 2015 et 58 en 2016. Les plus de 70 ans étaient au nombre de 69 en 2015 et 45 en 2016, puis les détenus âgés entre 30-39 ans étaient au nombre de 46 en 2015 et 25 en 2016 et pour finir les moins de 30 ans étaient 13 en 2015 et 10 en 2016.

### **b. Cause de décès :**

Les causes de décès sont réparties comme tel :

- Cancer : 27% en 2015 et 29% en 2016
- Cause cardiaque : 28% en 2015 et 26% en 2016
- Cause hépatique : 11% en 2015 et 5% en 2016
- Choc Septique : 6% en 2015 et 3% en 2016
- Cause pulmonaire : 5% en 2015 et 6% en 2016
- Suicide : 4% en 2015 et 5% en 2016
- Homicide : 2% en 2015 et en 2016

A noter que 10% des décès en 2016 étaient de cause indéterminée et 4% étaient toujours en attente d'être autopsiés.

### **3. Canada :**

Pour cette partie, nous nous sommes basés sur les informations et données mis en disponibilité par The Correctional Service of Canada (SCC) dans leur rapport de 2016(35).

Selon ce même rapport, entre l'année 2000/2001 et 2015/2016, il y a eu 857 décès en détention fédérale. Trente-quatre pour cent de ces décès étaient de cause non naturelle, avec une fluctuation lors de ces 16 dernières années, allant d'une minimale de 25% en 2007/2008 à une maximale de 44% en 2002/2003.

En ce qui concerne les décès de cause naturelle, entre 2009/2010 et 2015/2016, il y avait un total de 254 décès de cause naturelle en détention fédérale. En moyenne, lors de ces 7 années, le cancer était la cause de décès primaire dans les cas de décès de cause naturelle (36%), suivi des décès dus à une maladie cardio-vasculaire (29%), les décès dus à une cause respiratoire (11%), puis les décès en relation avec une cause hépatique (9%) et enfin les décès en relation avec une cause infectieuse (9%).

Passons maintenant au décès de cause non naturelle : en 2015/2016, il y eu 23 décès de cause non naturelle en détention fédérale. Le suicide était la cause la plus commune pour ce type de décès, avec 9 décès, suivi par les overdoses avec 7 décès.

Cette tendance est en accord avec la tendance des 6 dernières années (2009/2010-2014/2015), où le suicide était la première cause de décès non naturelle à chaque année, totalisant 53% des causes de décès non naturelle (n=58) en globalité.

L'homicide, quant à lui, occupe la troisième cause de décès non naturels au cours des 6 dernières années, restant cependant à moins de 15% depuis 2012/2013.

En outre, durant ces 6 dernières années, les décès par accident et par cause indéterminée équivalaient à 7% respectivement.

Pour ce qui est des tranches d'âge des détenus décédés, entre 2009/2010 et 2014/2015, 8% des détenus morts de cause naturelle étaient âgés entre 18 et 44 ans, et 83% étaient âgés entre 45 et 74 ans. Alors que pour les décès non naturels, 59% des décédés avaient entre 18 et 44 ans et 40% étaient âgés entre 45 et 74 ans.

### **3. Principaux problèmes de santé en milieu carcéral :**

A la fin des années 1970, D.Gonin (36) définit la médecine pénitentiaire comme suit :« [C'est] la médecine qui s'exerce en prison (. . .). C'est le lieu où vivent les personnes qui sont suffisamment marquantes, suffisamment influentes pour obliger la médecine à laquelle elles s'adressent à particulariser son exercice. Contrairement aux autres spécialités, ce ne sont pas les praticiens qui choisissent de mieux élaborer un savoir centré sur l'âge, le sexe ou l'organe de leur malade, c'est le malade stigmatisé par son milieu qui impose aux médecins pénitentiaires à avoir une attitude spécifique ... Le milieu de vie carcérale spécifie la clientèle de cette médecine. Elle est destinée à une population resserrée en un espace clos au sens architectural du terme, mais cependant radicalement hétérogène puisque placée de chaque côté d'un regard en position de surveillant et de surveillé. À l'intérieur de ce monde, le médecin devra assurer toutes les fonctions médicales ». Cette définition présente de façon limpide comment les différentes entités que le médecin a l'habitude de garantir à son patient ; tant vis-à-vis de la médecine d'urgence, de l'hygiène générale, de la prévention, de la prise en charge des maladies chroniques et psychiatriques et de la médecine légale ; acquiert une spécificité propre à cet environnement et contexte rigoureux. C'est pour cela qu'il nous a paru judicieux de présenter les cinq axes jouant un élément moteur dans la mortalité carcérale et comment leurs prises en charge diffèrent lors de la pratique de la médecine en milieu pénitentiaire.

## **1. Maladies Infectieuses :**

Selon les experts, les maladies contagieuses chez la population carcérale sont encore une question importante qui n'a pas été totalement prise en compte et qui possède des implications larges pour la santé publique (37). Selon Morag McDonald éditeur de l'International Journal of Prisoner Health(37) : « Le VIH, les hépatites B et C et la recrudescence d'autres maladies contagieuses sérieuses sont des défis majeurs auxquels font face les prisons en Europe ». Il s'agit d'une citation qui pourrait être extrapolée à toutes les prisons du monde malheureusement.

Les taux de prévalence du VIH sont plus élevés de façon consistante dans les populations carcérales par rapport à la communauté générale, ce qui est aussi le cas pour l'HVC, HVB, la majorité des IST et la TB(38).

Des études récentes ont souligné les taux élevés de VIH dans les prisons en Estonie (12%), Espagne (14%) et Portugal (11%). Une autre étude au nord de l'Espagne en 2004 a révélé que 2 prisons avaient une prévalence d'Hépatite C estimée à 92%(37). Aux Etats-Unis, la population de détenus a des taux élevés de presque toutes les maladies infectieuses en comparaison avec la population générale. En fait, le tiers des cas infectés par l'Hépatite C et le quart de ceux qui sont atteints du VIH passent à travers les EP chaque année(39). Il est estimé, par ailleurs, que 1 personne sur 4 infectées par le VIH aux Etats-Unis passe à travers les portes du système carcéral chaque année et durant une période d'une année, une personne sur 3 infectées par l'HVC est incarcérée, même si c'est pour une brève période (40).

A l'intérieur des murs des EP, il y a des épidémies concomitantes de ces maladies infectieuses en combinaison avec des taux élevés d'abus de substance et de troubles mentaux(41). En 2015, le taux d'infection au VIH parmi les détenus séjournant dans des institutions étatiques ou fédérales était de 1.297 cas par 100.000 personnes(42), le taux parmi la population US générale était de 299.5 cas par 100 000 personnes(43).

Dans plusieurs contextes internationaux, les prisons sont reconnues comme étant d'importants sites d'exposition et de réactivation de la tuberculose ainsi que de morbidité (44). Mondialement, les taux de cas de tuberculose dans les établissements pénitentiaires sont 26 fois plus élevés comparés à ceux de la population générale(45). Il est estimé qu'il y a au moins 32 000 patients tuberculeux dans les prisons européennes, majoritairement dans l'est de l'Europe (46) . Au Royaume Uni aujourd'hui, la prévalence de tuberculose chez les prisonniers est de 203 par 100 000, ce qui est presque 14 fois plus important qu'en population générale (47). Les prisons dans les pays de l'ancienne Union Soviétique ont la plus grande prévalence de tuberculose partout dans le monde (48). Aux Etats-Unis, 40% des cas de TB actifs sont parmi des détenus(49,50).

Toutes ces données nous montrent que les prisons sont des épicentres de maladies infectieuses et concentrent des individus susceptibles à ces maladies. Cela est dû à une multitude de cause notamment la prévalence élevée d'antécédents d'infection, les niveaux élevés de risques d'infection et de complications, le contact rapproché inévitable dans des institutions souvent surpeuplées, mal aérées et insalubres et l'accès pauvre aux services sanitaires par rapport au milieu communautaire(51).

Pour lutter contre les maladies transmissibles dans ce contexte, déclare HIPP (Health in Prisons Programme by WHO) (46), les législateurs et le personnel carcéral doivent mieux considérer le risque, qui pourrait différer d'une prison à une autre, et être proactifs dans l'exploration d'interventions adaptées. Les approches de santé publique continuent d'être sapées, malgré une richesse de preuves objectives sans cesse croissante, pour les supporter et celles adoptées en communauté sont ignorées dans le contexte carcéral. Selon MacDonald « dans plusieurs pays, le système sanitaire carcéral est de la responsabilité du Ministère de la Justice et est séparé de celui du reste de la population, et par conséquent échoue à fournir des services équivalents ou adopter une approche de santé publique » (37). Le Conseil Européen de 1998 recommandait déjà l'intégration des services de santé carcérale au sein des services de santé publique(48).

## **2. Maladies Chroniques :**

Bien que les maladies infectieuses soient bien plus présentes chez les patients détenus, les maladies chroniques sont aussi prévalentes de façon accrue. Et cela est dû à une multitude de facteurs bien uniques à cette population précise.

La population carcérale a beaucoup plus de conditions aiguës ou/et chroniques que la population générale, avec une moyenne de 3 maladies par détenu âgé de plus de 50 ans. Des études faites au Canada ainsi qu'aux Etats Unis montrent que, comparée avec une population âgée dans la société (définie par un âge >65ans), la population âgée du milieu carcéral (définie par un âge >50 ans) a un pourcentage plus élevé de personnes atteintes de maladie chroniques, telles que l'hypertension (37% parmi la population carcérale vs 1-

2% parmi la population générale) et les maladies cardio-vasculaires (30% vs 10-20%) (52). Tout cela fait qu'il y a une forte association entre incarcération, santé détériorée et coûts de santé élevés(53–55).

Il est estimé que 9% des détenus Etats-Unis ont de l'asthme, 5% du diabète et 18% de l'HTA (39).Plusieurs études rapportent un taux de prévalence d'hypertension artérielle élevé chez les personnes incarcérées. Wang et al(56)ont utilisé les données de CARDIA pour démontrer que l'incarcération était à elle seule un facteur de prédiction d'hypertension parmi les hommes afro-américains. Le surpeuplement est également relié à une moyenne de pression sanguine élevée(57).

Les individus incarcérés dans le monde entier partagent aussi des taux élevés de conditions médicales et psychiatriques (40,58), suggérant que les résultats des études, que nous vous présenterons, reflètent une tendance mondiale et par conséquent les approches et initiatives proposées et instaurées dans d'autres milieux carcéraux peuvent aussi s'appliquer à notre contexte dans une certaine mesure. Plusieurs des initiatives introduites pour faire face aux épidémies de maladies infectieuses ont, incidemment, également donné des résultats pour la prise en charge de plusieurs maladies chroniques.

### **3. Cancer :**

Les patients incarcérés, souvent communément désignés comme détenus au lieu de patients(59) sont négligés en tant que population profondément vulnérable sur le plan médical avec des disparités substantielles par rapport aux soins qu'ils reçoivent et leur santé est une crise sanitaire publique sous-évaluée(60). Le tiers des décès dû à une maladie dans les prisons aux Etats Unis sont dus à un cancer, et ce taux de mortalité est doublé pour les patients

incarcérés de sexe masculin (61). Malgré tout cela, peu de recommandations existe pour guider les oncologues sur comment adresser les défis uniques pour fournir des soins éthiquement compétents et de haute qualité pour les patients incarcérés.

Les quelques études qui existent montrent un accès inégal au dépistage de cancer, pendant et après l’incarcération (62), ce qui a un effet profond sur la santé publique, sachant que la majorité des personnes incarcérées retourne en société éventuellement où elles dépendront du système de santé publique pour les soins. Il existe un besoin urgent de collaboration entre le législateur et le personnel de santé sur des initiatives qui améliorent cet aspect-là de la santé des patients incarcérés.

Le manque de connaissances à propos de la santé et des besoins en soins de cette catégorie d’individus, incluant les meilleurs façons de traiter ceux qui souffrent de maladies graves ou mortelles notamment le cancer (63), peut exacerber les suspicions d’injustice des patients et restreindre les connaissances des cliniciens sur la meilleure façon d’approche médicale et sociale pour cette population complexe.

Un cadre pour améliorer la prise en charge des patients incarcérés atteints de cancer fut établi comme suit par Oladeru et al (64):

- Recherche et collecte de données : similaire aux individus non incarcérés, la collecte de données sur le dépistage, la prévalence de cancers spécifiques, l’intervalle de temps entre diagnostique et traitement, la qualité des soins et les résultats du traitement sont des éléments clés pour la quantification des disparités et pour la proposition d’interventions spécifiques.

- Application innovatrice de télémédecine : la distance physique entre les prisons et les centres d'oncologie posent un défi constant pour le suivi, la télémédecine peut être utile après la fin de traitement afin d'adresser les préoccupations restantes, de revoir ensemble des résultats d'imagerie pertinents, partager les résultats des tests, maintenir la relation médecin-malade et surmonter le coût associé ainsi que les contraintes de transport.

- Formation aux soins de la population incarcérée : adresser les jugements moraux préconçus, le langage stigmatisant, les biais conscients et inconscients des professionnels de santé par rapport au statut social ou l'historique social d'un patient incarcéré est primordial pour établir une confiance et prendre en charge correctement le patient.

- Réforme de l'accès et l'utilisation des soins palliatifs : éduquer les patients et le personnel carcéral à propos de l'utilisation et de l'importance des soins palliatifs, particulièrement l'utilisation des opioïdes pour la gestion de la douleur et éliminer les obstacles pour leur adoption, redresser les peurs et préoccupation que les patients incarcérés peuvent avoir en ce qui concerne l'utilisation des soins palliatifs contre leur consentement.

- Sensibilisation et défense : la voix collective des oncologues peut entraîner une prise de conscience générale du problème et influencer les politiques d'accès et de prestation de soins de qualité en prison, leur engagement dans le débat peut aussi influencer les décisions de mise en libération des patients âgés atteints de cancer qui sont incarcérés, ceux qui ne posent aucune menace à la population générale et les patients en soins palliatifs (incluant ceux dans le coma) qui sont souvent abandonnés à mourir seuls en prison.

#### **4. Troubles psychiatriques et addiction :**

Les plus grandes institutions qui abritent des patients psychiatriques aux USA ne sont pas des hôpitaux mais des prisons (65).

Le traitement communautaire inadéquat de l'addiction et des maladies psychiatriques contribue souvent à des comportements qui entraînent l'incarcération, suggérant que, dans la plupart des cas, les standards communautaires basiques de traitement ont déjà échoué pour les détenus. Au sein des EP cependant, même les standards de base ne sont pas atteints(66). Le nombre de détenus ayant des symptômes ou un diagnostic de maladies psychiatriques est significativement plus important que chez la population générale (67).La prévalence des maladies psychiatriques au sein de la population carcérale est d'approximativement 50% (les estimations varient de 37% à 60% des détenus(68,69)) comparée à seulement 10% dans la population générale, et 28% à 52% des américains souffrant de pathologies psychiatriques ont été arrêtés au moins une fois dans leurs vies(66,69).

Le diagnostic double d'addiction et de maladie psychiatrique est lui aussi commun au sein des prisons. Plus de 70% des détenus avec maladies psychiatriques rapporte une consommation régulière de drogues ou d'alcool à priori durant l'incarcération(69).

L'abus de substance et la dépendance sont aussi extrêmement prévalents chez la population carcérale. Plus de 50% des détenus répondent aux critères du DSM-IV pour dépendance ou abus de drogues, et 20% des détenus de prisons d'Etats ont un antécédent d'usage de drogues injectables(69). Et bien que plus de la moitié des détenus ont des symptômes de maladies psychiatriques définis par le DSM-IV, et que les dépressions majeures ainsi que les conditions

psychotiques sont 4 à 8 fois plus prévalents chez les détenus que chez la population générale ; seulement 22% des prisonniers fédéraux et 7% des détenus des prisons étatiques reçoivent un traitement pour une maladie psychiatrique pendant leur incarcération (69). Les soins médicaux que beaucoup de détenus reçoivent, en combinaison avec un environnement différent, peut sauver des vies. Et pourtant les EP sont fondamentalement conçus pour confiner et punir, et non pas pour traiter des maladies. Les conditions strictes d'isolement social en milieu pénitentiaire peuvent souvent exacerber des maladies psychiatriques(65).Les conditions psychiatriques accroissent le risque d'être placé en isolement, d'être agressé pendant l'incarcération (69), de prendre part à des comportements d'automutilation (incluant le suicide) (70) et de récidiver(71).

### **C/ Recommandations :**

Au terme de ce travail, il nous a paru primordial de formuler des recommandations qui peuvent aider à mieux établir les causes et les circonstances de décès afin de mettre en place des actions de santé publique ciblées, pour pouvoir réduire les causes de mortalité évitable chez les détenus dans les prisons marocaines :

- Intégrer la santé carcérale à la santé publique en transférant la responsabilité de la santé des prisonniers au Ministère de la Santé.
- Mettre en place un système de collecte de données médicales complètes et son analyse de façon systématique afin de bien définir les besoins de cette population en soins et prise en charge sanitaire ; à partager avec les hôpitaux communautaires.

- Inclure les données de santé des prisonniers aux bases de données de santé nationales.
- Instituer des lignes directrices nationales qui décrivent les services de santé à prodiguer à l'admission, les prises en charge aiguës et chroniques, la prise en charge pour les problèmes psychiatriques et d'abus de substance, les soins dentaires et les services sociaux.
- Développer des services palliatifs adaptés à une population beaucoup plus jeune que celle rencontrée habituellement en milieu hospitalier.
- Introduire la télémédecine en milieu pénitencier
- Assurer les investigations médico-légales des décès en milieu carcéral selon les meilleures pratiques pour une meilleure détermination des causes et circonstances de décès.
- Créer une commission indépendante de la DGAPR pour la revue et l'évaluation des causes et circonstances de décès des détenus semblable à celle du SCC.
- Générer des rapports annuels plus détaillés sur les causes de décès des détenus contenant des données épidémiologiques et statistiques complètes.
- Mettre en place des programmes de santé visant à réduire les causes de mortalité évitables de la population carcérale au Maroc.
- Evaluer de façon constante et continue, et non pas ponctuelle, le risque suicidaire chez les détenus.

- Organiser des Inmate Observer Programms au sein des EP.
- Etablir une coopération entre le système de santé carcéral et les centres médicaux académiques (CHU, facultés de médecine, etc.) afin d'instaurer des programmes de santé appropriés au sein des EP.
- Former les médecins en milieu hospitalier aux besoins spécifiques en matière de santé des patients détenus.

# Conclusion

La prison concrétise ce que le psychanalyste Angelo Hesnard décrivait comme « l'univers morbide de la faute ».

Des milliers de Marocains qui passent par le système carcéral chaque année sont sans doute parmi les populations les plus vulnérables de notre pays, avec un lourd fardeau de pathologies. Les résultats de notre étude renforcent cette vérité avec 86,4% des détenus décédés de cause naturelle, s'ajoute à cela le fait que la première cause de décès non naturelle est le suicide.

Le décès à ce niveau, était jusque-là un sujet ambigu et « tabou », où l'esprit de toute personne se trouve bouleversé entre la responsabilité du médecin (insuffisance de soins, inaccessibilité aux soins ...), et la culpabilité du système pénitentiaire aussi fragile que cruel.

La population carcérale a besoin de médecins défenseurs qui se battront pour leurs meilleurs intérêts au-delà des murs de l'hôpital dans lequel ils fournissent leurs consultations. Ce rôle de défenseur est implicite et engrainé dans la profession médicale. Vivre dans la dignité est un droit humain basique. Quand des preuves qui suggèrent une disparité dans la qualité des soins pour une population de patients entière- incluant ceux qui sont incarcérés- existent, alors des mesures effectives sont nécessaires pour guider les soins et pour combler le fossé.

Notre travail bien qu'il pourrait apparaître comme une étude purement de médecine légale, reflète en fait grâce à l'analyse des causes des décès des détenus, les différents besoins et plus précisément les lacunes dont souffrent le système de santé carcérale au Maroc. Etant donné qu'une réforme pénale révolutionnaire- incluant une abolition des prisons- ne fait pas partie des plans de futur proche, il est temps de prendre conscience que ces problèmes ne sont

pas seulement de la responsabilité de la DGAPR et du ministère de la justice et ne devrait pas l'être. Ceci sera l'étape première et clé afin d'implémenter des initiatives adaptées et compréhensives pour répondre aux besoins de cette population et par conséquent de ceux de la population entière.

# Résumés

## Résumé

**Titre :** Les décès en milieu pénitentiaire : A propos de 162 cas autopsiés à l'Institut médico-légal du Chu Ibn Rochd de Casablanca

**Auteur :** MHAIFID Maha

**Mots-Clés :** détention, milieu pénitentiaire, prison, médecine légale

Les décès en milieu pénitentiaire suscitent beaucoup d'interrogations tant sur la qualité de la prise en charge médicale du détenu malade que sur la cause et la forme médico-légale du décès pouvant engager la responsabilité des tiers notamment la direction de l'établissement pénitentiaire.

Le but de ce travail est de décrire les causes et les modes de décès ainsi que les caractéristiques des détenus autopsiés au service de Médecine Légale du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Notre travail est une étude descriptive rétrospective. Elle porte sur 162 prisonniers ayant été autopsiés au niveau du service Médico-légal du CHU Ibn Rochd de Casablanca, durant une période de 8 ans, allant de Janvier 2012 à Décembre 2019.

L'âge des détenus décédés variait entre 19 et 83 ans avec une moyenne d'âge de 46 ans ( $\pm 13,4$ ). Le décès est survenu de façon naturelle chez la majorité des détenus de notre étude avec un pourcentage de 86,4 % (n=140). Six pour cent environ (6,2%) des décès étaient non naturels (n=10) et pour 7,4% (n=12) le mode de décès n'a pas pu être déterminé. Pour les décès non naturels, la cause la plus fréquente était les suicides (n=5). En ce qui concerne les décès de causes naturelles, les causes infectieuses (autres que la tuberculose) sont impliquées en premier lieu avec 24,1 % (n=39), suivies des causes cardio-vasculaires dans 20,4% (n=33), ensuite on trouve les cancers dans 15,4% (n=25), la tuberculose seule est quant à elle retrouvée dans 11,7% des décès (n=19).

Notre travail montre le besoin critique d'une médecine carcérale proactive et « evidence based » qui va au-delà des standards minimums et qui intègre les soins de santé des détenus à la médecine communautaire afin d'améliorer la santé des individus et des communautés et prévenir par la suite les causes de la mortalité évitable.

## Abstract

**Title:** Death in custody: About 162 autopsies cases at the Forensic Institute of the Ibn Rochd University Hospital in Casablanca

**Author:** MHAIFID Maha

**Keywords:** custody, death in custody, prison, forensic medicine

Death in custody raises a lot of questions whether it is about the quality of care that the detainee received while sick or about the cause and the forensic form of said death which can engage the responsibility of a third party namely the administration of the penitentiary.

Our study is a retrospective study. It includes 162 prisoners who have been autopsied at the Forensic Institute of the Ibn Rochd university hospital in Casablanca, during an eight years period going from January 2012 to December 2019. The age of the decedents included in our study varied between 19 and 83 years old with a median of age of 46 ( $\pm$  13,4). The majority of detainees died of natural causes in our study with a percentage of 86.4% (n=140). 6.2% of deaths were non naturals (n=10) and for 7.4 % (n=12) cause of death could not be determined. For the non natural deaths, the most frequent cause was suicide (n=5). When it comes to natural deaths, infections (other than tuberculosis) were implicated in 24.1% followed by cardio vascular causes in 20.4% (n=33), cancer were the cause for 15.4% (n=25) and tuberculosis alone was found to be the cause of 11.7% of deaths (n=19).

Our work exemplifies the critical need for a proactive and evidence based custodial medicine that reaches beyond minimal standards and incorporates the healthcare of prisoners to mainstream healthcare in order to improve the health of individuals and communities.

## ملخص

**العنوان:** الوفيات بالوسط السجني دراسة عن 162 حالة تم تشريحها بمعهد الطب الشرعي التابع للمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

**الكاتب:** مها المحيظ

**الكلمات الأساسية:** إعتقال، الوفيات بالوسط السجني، السجن، الطب الشرعي

يمكن القول أن حدوث الوفيات بالمؤسسات السجنية يثير الكثير من التساؤلات المتعلقة سواء بجودة العلاجات المقدمة للسجين المريض أو بسبب الوفاة وتوصيفها من زاوية الطب الشرعي، بما قد يترتب عليه من مسؤولية طرف ثالث، لاسيما مديرية المؤسسة السجنية.

دراستنا هذه، هي دراسة وصفية بمنهج استرجاعي. وقد انصبت على عينة تشمل 162 سجين تم تشريحه في معهد الطب الشرعي بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء، خلال المدة الممتدة من يناير 2012 إلى دجنبر 2019.

و قد خلصت الدراسة إلى أن عمر الهالكين يتراوح ما بين 19 و 83، و متوسط العمر هو 46 عاما ( $13,4 \pm$ ). الوفيات كانت لأسباب طبيعية في 6,4% من الحالات (ع=144). وأن 6.2% من الوفيات كانت لأسباب غير طبيعية (ع=10) وبالنسبة ل 7.4% من الحالات لم نتمكن من تحديد سبب الوفاة.

من جهة أخرى، خلصت الدراسة إلى أنه بالنسبة للوفيات غير الطبيعية، فإن الأمراض التعننية (دون مرض السل) تتصدر لائحة الأسباب ب 24.1% (ع=39)، تليها أمراض القلب والأوعية الدموية 20.4% (ع=33) ثم الأمراض السرطانية وأخيرا مرض السل في 11.7% (ع=19).

إن دراستنا تؤكد، بناء على نتائجها وعلى دراسات دولية مقارنة، على ضرورة طب سجني استباقي وقائم على معطيات موضوعية. طب يذهب إلى ما وراء المعايير الأدنى ويدمج علاج السجناء مع الطب المجتمعي من أجل تحسين صحة الأفراد والجماعات.

# Annexes

## Annexe 1 : Fiche d'exploitation

### Profil des cas étudiés

Numéro de Dossier

Votre réponse

Statut d'incarcération

- Incarcération
- Détention Préventive

Lieu d'incarcération

Votre réponse

Sexe

- Homme
- Femme

Age

Votre réponse



ATCD Medicaux

- Tuberculose
- Diabète
- Maladie Cardio-Vasculaire
- Asthme
- Autre

ATCD Chirurgicaux

Votre réponse

Nombre d'hospitalisations pendant la sentence

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Cause d'hospitalisation

Votre réponse

Lieu de décès

- Prison
- Hôpital
- Arrivé décédé



#### Mode de décès

- Naturel
- Non Naturel
- Indéterminé

#### Décès Non Naturel

- Homicide
- Suicide
- Accident

#### Cause de décès

- Tuberculose
- Maladie Cardio-Vasculaire
- Complications diabétiques
- Cancer
- Lésions Traumatiques
- Autres

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms



## Annexe 2 : Texte de Loi 23-98

**Loi n° 54-99  
complétant la loi n° 41-90  
instituant des tribunaux administratifs**

Article unique

Les dispositions de l'article 8 de la loi n° 41-90 instituant des tribunaux administratifs, promulguée par le dahir n° 1-91-225 du 22 rabii I 1414 (10 septembre 1993) sont complétées ainsi qu'il suit :

« Article 8. – (2<sup>e</sup> alinéa) :

« Les tribunaux administratifs sont également compétents pour connaître des ..... du personnel de l'administration de la Chambre des représentants et de la Chambre des conseillers..... »  
(Le reste sans changement.)

**Dahir n° 1-99-200 du 13 jourmada I 1420 (25 août 1999)  
portant promulgation de la loi n° 23-98 relative à  
l'organisation et au fonctionnement des établissements  
pénitentiaires.**

LOUANGE A DIEU SEUL !

(Grand Sceau de Sa Majesté Mohammed VI)

Que l'on sache par les présentes – puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment ses articles 26 et 58,

A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :

Est promulguée et sera publiée au *Bulletin officiel*, à la suite du présent dahir, la loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, adoptée par la Chambre des représentants et la Chambre des conseillers.

Fait à Rabat, le 13 jourmada I 1420 (25 août 1999).

Pour contresing :

Le Premier ministre,

ABDERRAHMAN YOUSOUFI

\*

\* \*

**Loi n° 23-98  
relative à l'organisation et au fonctionnement  
des établissements pénitentiaires**

Article premier

Au sens de la présente loi, on entend par « détenu », toute personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté et placée dans un établissement pénitentiaire.

Est qualifié de détenu soumis à la détention préventive, tout détenu « prévenu », « inculpé » ou « accusé », n'ayant pas fait l'objet d'une décision de condamnation irrévocable.

Est qualifié de « condamné », tout détenu ayant fait l'objet d'une décision de condamnation irrévocable privative de liberté.

Est qualifiée de « contraignable », toute personne qui fait l'objet d'une contrainte par corps.

**Chapitre premier**

*Des établissements pénitentiaires*

Article 2

Les établissements pénitentiaires reçoivent les personnes faisant l'objet d'une mesure judiciaire privative de liberté.

Les établissements pénitentiaires sont répartis en deux groupes :

1) les prisons locales généralement réservées aux détenus soumis à la détention préventive, aux condamnés à de courtes peines et aux contraignables ;

2) les établissements prévus à l'article 8 ci-dessous, destinés aux condamnés.

Article 3

Les établissements pénitentiaires sont répartis en catégories, compte tenu de leur importance et de leur destination, par arrêté du ministre de la justice publié au *Bulletin officiel*.

Article 4

Dans les établissements pouvant recevoir des détenus des deux sexes, les locaux réservés aux femmes doivent être entièrement séparés de ceux réservés aux hommes et leur surveillance doit être assurée par un personnel féminin.

Les personnes de sexe masculin, y compris le personnel masculin, n'ont accès au quartier des femmes que dans les cas prévus par les instructions de service ; elles doivent alors être obligatoirement accompagnées d'au moins un agent féminin.

Le directeur de l'établissement est soumis à la même obligation.

Article 5

Tout établissement recevant des détenus mineurs au sens pénal ou des personnes dont l'âge n'excède pas vingt ans, doit disposer d'un quartier indépendant, ou au moins d'un local complètement séparé, pour chacune de ces catégories.

Article 6

Les détenus soumis à la détention préventive sont séparés des condamnés.

Les contraignables pour des raisons civiles sont séparés des détenus soumis à la détention préventive et des condamnés.

Des locaux séparés doivent être affectés aux détenus malades.

Article 7

Dans les prisons locales, l'incarcération individuelle des détenus soumis à la détention préventive doit être assurée.

Dans ces établissements, où par suite de l'encombrement temporaire des locaux, le régime de l'emprisonnement individuel ne peut être appliqué à tous les détenus soumis à la détention préventive, ceux à l'égard desquels l'autorité judiciaire aura prescrit l'interdiction de communiquer ou la mise à l'isolement, doivent être placés par priorité en cellule individuelle.

**Article 8**

Les établissements destinés à recevoir les condamnés sont :

- 1) les maisons centrales ;
- 2) les pénitenciers agricoles ;
- 3) les prisons locales ;
- 4) les centres de réforme et d'éducation.

Ces établissements comportent une organisation administrative et un régime de sécurité interne qui tendent à préserver et à développer les possibilités de réinsertion sociale des condamnés.

**Article 9**

Les maisons centrales sont destinées aux condamnés à des peines de longue durée.

**Article 10**

Les pénitenciers agricoles, créés au niveau de chaque région, sont des établissements semi-ouverts d'exécution des peines.

Ils sont destinés à la formation professionnelle en milieu agricole et à la préparation du retour à la liberté de certains condamnés dont la libération est proche.

**Article 11**

Les prisons locales sont destinées à assurer aux condamnés, en fonction de leurs capacités, une formation professionnelle en vue de les habiliter à la réinsertion dans la vie active à leur libération.

**Article 12**

Les centres de réforme et d'éducation sont des unités spécialisées dans la prise en charge des mineurs et des personnes condamnées dont l'âge n'excède pas vingt ans en vue de leur réinsertion sociale.

**Chapitre II***Du greffe judiciaire des établissements pénitentiaires***Section première. – De l'écrou et de la détermination de la situation pénale des détenus****Article 13**

Tout établissement pénitentiaire est pourvu d'un registre dit registre d'écrou, ainsi que d'autres registres prévus par décret.

Le registre d'écrou, dont les pages sont préalablement revêtues d'une numérotation continue, est signé en première et dernière pages et paraphé à toutes les autres par le président du tribunal de première instance ou le magistrat délégué par lui à cet effet.

Ce registre, tenu sous la responsabilité du directeur de l'établissement et sous le contrôle de l'administration centrale et de l'autorité judiciaire, doit mentionner toutes les dates et heures d'entrée et de sortie des détenus, la transcription du titre de détention, le numéro d'écrou, la date d'entrée dans l'établissement et la date prévue pour la libération.

Le registre d'écrou ne peut être déplacé en dehors de l'établissement pénitentiaire.

**Article 14**

Le registre d'écrou contient également l'indication de toute décision ou texte de loi ayant modifié la durée de la détention.

Il ne doit comporter aucun blanc, rature ou grattage. Les erreurs d'inscription doivent être biffées d'un simple trait rouge et approuvées par le responsable du greffe et le directeur de l'établissement.

En cas de rectification d'identité à la suite d'un jugement ou d'un avis des autorités judiciaires, il est procédé comme il est dit à l'alinéa précédent.

Il en est de même en cas de modification de la situation pénale, entraînant un changement de la date prévue pour la sortie.

**Article 15**

Lors de la réception de toute personne dans un établissement pénitentiaire pour l'exécution d'un jugement ou arrêt de condamnation, d'une ordonnance de prise de corps, d'un mandat de dépôt, d'un mandat d'arrêt, d'un mandat d'amener devant être suivi d'une incarcération préventive, d'un ordre d'arrestation établi conformément à la loi, un acte d'écrou est dressé sur le registre d'écrou.

Le chef du greffe constate, par cet acte, la remise de la personne et inscrit la nature et la date du titre de détention ainsi que l'autorité dont il émane. Il signe l'acte d'écrou et en donne récépissé, à titre de décharge, au chef d'escorte après que ce dernier ait également signé l'acte d'écrou.

En cas d'exécution volontaire d'une décision judiciaire de condamnation, mention de la nature de la décision de condamnation dont l'extrait a été transmis par le ministère public compétent est portée par le chef du greffe sur le registre d'écrou. L'avis d'écrou est transmis audit ministère public.

Il n'y a pas lieu à levée d'écrou lorsque les détenus font l'objet d'une simple extraction temporaire ou bénéficient d'une permission exceptionnelle de sortie. Mention de ces mesures doit cependant être portée sur les registres d'écrou prévus à cet effet.

**Article 16**

L'acte d'écrou doit préciser l'état civil du détenu. L'agent chargé du greffe doit vérifier que l'identité mentionnée sur le titre de détention correspond à celle figurant sur les documents produits par le détenu ou, à défaut, à celle qu'il déclare.

En cas de désaccord ou de doute sur l'identité du détenu, il en est référé immédiatement à l'autorité judiciaire qui a délivré le titre de détention.

**Article 17**

L'agent chargé du greffe doit s'assurer que le titre de détention remplit les conditions de forme prescrites par le code de procédure pénale.

Il doit mentionner la date effective de l'arrestation, compte tenu, éventuellement, de la durée de la garde à vue.

**Article 18**

Le directeur de l'établissement doit veiller à l'exécution des ordres et décisions de justice. Il doit se référer à l'autorité judiciaire à l'occasion de toute difficulté d'exécution.

**Article 19**

Tous les actes d'écrou et billets de libération ou d'extraction temporaire et permissions exceptionnelles de sortie doivent être visés par le chef du greffe, sous le contrôle du directeur de l'établissement.

## Article 20

Il y a lieu de remettre immédiatement en liberté les détenus soumis à la détention préventive dont l'élargissement est ordonné par l'autorité judiciaire compétente ainsi que les détenus dont la peine ou la contrainte par corps a expiré et dont l'incarcération n'est plus justifiée par un titre de détention.

## Article 21

Le directeur de l'établissement est responsable de la légalité des détentions. Il doit signaler aux autorités judiciaires compétentes et à l'administration pénitentiaire les détenus dont la situation pénale lui paraît irrégulière.

Sa responsabilité est dérogée s'il est en possession de titres justificatifs ou d'ordres écrits émanant de l'autorité judiciaire.

Il est responsable de l'exécution des ordres et décisions de l'autorité judiciaire ainsi que des ordres qu'il reçoit, par écrit, de l'autorité dont il dépend.

## Section 2. - Des renseignements fournis aux autorités, aux détenus et aux personnes leur portant intérêt

## Article 22

Immédiatement après l'accomplissement des formalités d'écrou, chaque détenu, quelle que soit la catégorie à laquelle il appartient, doit pouvoir informer sa famille ou, à défaut, la personne lui portant intérêt, du lieu de son incarcération.

Lorsque le détenu est âgé de moins de vingt ans, le directeur de l'établissement est tenu d'informer d'office ses parents, son tuteur ou la personne assurant sa kafala.

A défaut de ces personnes, il doit informer le ministère public.

La possibilité accordée au détenu en vertu du premier alinéa du présent article est mentionnée dans son dossier.

Les mêmes formalités sont applicables en cas de transfèrement du détenu à un autre établissement.

## Article 23

Chaque détenu doit être avisé, lors de son admission dans l'établissement, de son droit d'indiquer le nom et l'adresse de la ou les personnes à prévenir en cas d'imprévu.

Dans tous les cas, sa déclaration est mentionnée dans son dossier.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur délinquant, le directeur de l'établissement est tenu d'inscrire sur la fiche de renseignements du concerné, immédiatement après son admission, le nom, l'adresse et le téléphone de ses parents, de son tuteur ou de la personne assurant sa kafala.

## Article 24

En cas de décès du détenu, d'hospitalisation pour une maladie mettant ses jours en danger ou d'accident grave, le directeur de l'administration pénitentiaire, le procureur du Roi, l'autorité judiciaire compétente ainsi que la ou les personnes mentionnées à l'article 23 doivent être immédiatement informés.

## Article 25

Lorsqu'un détenu devant être libéré se trouve à l'hôpital, sa famille ou les personnes qu'il a désignées doivent être avisées de sa mise en liberté et du lieu de son hospitalisation.

Le directeur de l'établissement doit, dans un délai de 15 jours avant l'expiration de la peine du mineur, ou lorsque celui-ci doit être libéré, en aviser ses parents, son tuteur ou la personne assurant sa kafala, pour se présenter afin de le leur remettre. A

défaut de leur présence, il informe le ministère public qui veille à ce que le mineur soit conduit à leur lieu de résidence.

## Article 26

Lors de son admission dans un établissement pénitentiaire, tout détenu doit être avisé des dispositions essentielles de la présente loi et des textes et règles pris pour son application ; il doit en particulier être informé de ses droits et obligations.

Il reçoit en outre des informations relatives à la grâce, à la libération conditionnelle et à la procédure des transfèrements, ainsi que toutes les indications utiles à son séjour en détention, notamment les moyens de présenter les doléances et les plaintes.

Ces informations sont communiquées au moyen d'un guide délivré au détenu sur sa demande et par voie d'affichage au sein de l'établissement.

Pour les illettrés, elles sont données verbalement par l'agent chargé de l'action sociale ; dans ce cas, mention doit en être faite dans leur dossier.

## Article 27

Il est délivré au détenu, au moment de sa libération, un billet de sortie attestant la durée de son incarcération, sans en préciser le motif, à moins qu'il n'en fasse la demande.

Il est également délivré au détenu qui en fait la demande, pendant ou après sa libération, un extrait du registre d'écrou, sans référence au motif de l'incarcération, à moins qu'il n'en fasse la demande.

La communication de cet extrait à la famille du détenu, à son avocat ou aux personnes lui portant intérêt est subordonnée à son accord préalable.

Cet extrait est établi par le directeur de l'établissement ou par la personne déléguée par lui à cet effet, qui en certifie l'exactitude et en assure la remise au demandeur sur justification de son identité.

En cas de décès du détenu, l'opportunité et les modalités de délivrance de cet extrait relèvent de l'administration pénitentiaire.

Il peut être délivré dans les mêmes conditions un rapport extrait du dossier médical du détenu à moins que le secret médical ne soit opposable. Dans ce cas, le rapport est délivré au médecin du détenu.

## Article 28

Hormis les cas visés dans la présente section, des renseignements concernant l'état et la situation du détenu sont fournis aux autorités judiciaires et administratives qualifiées pour en connaître.

Sous réserve de l'inviolabilité du secret médical couvrant la partie médicale du dossier du détenu, placé sous la responsabilité du personnel médical, le directeur de l'établissement délivre aux autorités habilitées par la loi, directement ou par l'intermédiaire de l'autorité judiciaire, des extraits ou des copies certifiées conformes de toutes pièces se trouvant en sa possession, ainsi que les expéditions ou extraits des actes d'écrou.

Le personnel médical de l'établissement peut seul consulter la partie médicale du dossier du détenu et faire état des renseignements qui y sont mentionnés, compte tenu des prescriptions relatives au secret médical.

Des renseignements sur l'état et la situation du détenu peuvent être communiqués à certaines personnes ou institutions présentant des garanties suffisantes et pour des motifs légitimes, après autorisation du directeur de l'administration pénitentiaire et avec le consentement de l'intéressé.

**Chapitre III***De l'exécution des condamnations***Section première. - De l'orientation des condamnés****Article 29**

Les condamnés sont répartis dans les établissements visés à l'article 8 ci-dessus affectés à l'exécution des peines compte tenu, notamment, du sexe du détenu, du lieu de résidence de sa famille, de son âge, de sa situation pénale, de ses antécédents, de son état de santé physique et mentale, de ses aptitudes, et plus généralement, de sa personnalité ainsi que du régime pénitentiaire auquel il est soumis en vue de sa réinsertion sociale.

**Article 30**

L'orientation et la répartition des condamnés dans les établissements relèvent de l'administration pénitentiaire.

**Section 2. - De la répartition interne des détenus****Article 31**

Les locaux de détention en commun doivent être occupés par des condamnés susceptibles d'être logés ensemble et appartenant, autant que possible, à une même catégorie pénale.

Le directeur de l'établissement doit observer les règles posées par les articles 6 et 7 de la présente loi pour les détenus soumis à la détention préventive et les contraignables. Dans les établissements pourvus de locaux de détention en commun et de cellules individuelles, il décide de la répartition des détenus en réservant toutefois le placement en cellules individuelles, par priorité :

- aux condamnés soumis à l'isolement par mesure de sécurité ou sanitaire ;
- à ceux qui en font la demande lorsque les motifs qu'ils invoquent sont justifiés.

**Article 32**

La mise à l'isolement d'un détenu par mesure de précaution ou de sécurité n'est pas une mesure disciplinaire.

La mise à l'isolement est ordonnée par le directeur de l'établissement qui en rend compte au directeur de l'administration pénitentiaire, lequel doit s'assurer de l'opportunité de cette décision.

Les détenus placés à l'isolement doivent être visités au moins trois fois par semaine par le médecin de l'établissement. Lors de chaque visite, celui-ci donne son avis sur l'opportunité de l'isolement ou de sa prolongation. Il peut décider d'y mettre fin.

Le restant des jours de la semaine, ils doivent faire l'objet d'observation par le chef de détention.

La durée de l'isolement ne peut être prolongée au-delà d'un mois, que sur décision du directeur de l'administration pénitentiaire, prise sur avis du directeur et du médecin de l'établissement.

Les détenus soumis à l'isolement, bénéficient du régime ordinaire de la détention, avec les mesures de précaution et de sécurité nécessaires.

Le directeur de l'établissement peut décider de suspendre l'isolement d'un détenu pour des raisons de santé physiques ou psychiques ; il prend, dans ce cas, les mesures qu'il juge utiles pour assurer sa surveillance.

**Article 33**

Dans les maisons centrales où le système est l'isolement cellulaire de nuit, il n'est dérogé à cette règle que sur instructions médicales ou temporairement, en raison de l'encombrement.

Pendant la journée, les condamnés sont réunis pour des activités professionnelles, physiques ou sportives. Ils peuvent l'être aussi pour les besoins de l'enseignement et de la formation, ainsi que pour les activités culturelles ou de loisir.

Le contenu de l'emploi du temps des condamnés et notamment la part faite aux diverses activités mentionnées à l'alinéa précédent, doit leur permettre de conserver et développer leurs aptitudes intellectuelles, psychologiques et physiques en vue de favoriser leur réinsertion sociale.

**Article 34**

Dans les établissements ou quartiers réservés aux femmes, un local et des crèches sont affectés aux mères accompagnées d'enfants en bas âge, dans les limites des moyens humains et matériels disponibles.

Les détenues ne dépassant pas l'âge de vingt ans sont hébergées dans les mêmes conditions que les mineurs.

**Section 3. - Le travail des détenus****Article 35**

Un travail non affligeant est confié aux condamnés qui n'en sont dispensés qu'en raison de leur âge ou si, après avis d'un médecin, ils sont reconnus inaptes.

L'inobservation des ordres et instructions donnés aux détenus pour l'exécution d'une tâche peut entraîner l'application de mesures disciplinaires.

**Article 36**

Les détenus soumis à la détention préventive et les contraignables peuvent demander qu'il leur soit donné du travail.

Dans ce cas, ils sont assujettis aux mêmes règles que les condamnés pour l'organisation et la discipline du travail.

Toutefois, les détenus soumis à la détention préventive ne peuvent être admis au travail à l'extérieur.

**Article 37**

Les condamnés qui exerçaient une activité professionnelle avant leur incarcération peuvent la poursuivre dans l'établissement, dans la mesure où cette activité est compatible avec le régime pénitentiaire et la sécurité.

**Article 38**

Les condamnés qui poursuivent leurs études ou une formation professionnelle, sont dispensés de tout travail. Toute facilité compatible avec le fonctionnement de l'établissement et la discipline doit leur être accordée.

Le directeur de l'établissement veille, dans la mesure du possible, à assurer aux mineurs et aux personnes dont l'âge n'excède pas 20 ans la poursuite de leurs études ou de leur formation professionnelle.

**Article 39**

Les mesures disciplinaires et les mesures d'isolement prises à l'encontre des détenus, peuvent entraîner leur privation de travail.

Sans préjudice des mesures disciplinaires qu'ils peuvent encourir, les détenus qui troublent l'ordre dans un atelier ou sur un chantier ou y exercent une influence pernicieuse sur leurs codétenus, peuvent être exclus ou affectés à un autre travail.

#### Article 40

Aucun détenu ne peut travailler pour le compte d'un particulier ou d'un organisme privé autrement que sous le régime de la concession et en vertu d'une convention administrative fixant notamment les conditions d'emploi et de rémunération.

#### Article 41

Le travail est donné aux détenus en fonction du régime pénitentiaire auquel ils sont soumis et des possibilités des établissements.

L'organisation et les méthodes de travail doivent se rapprocher autant que possible des pratiques usitées, afin de préparer les détenus aux conditions normales du travail libre.

Le travail de chaque détenu est choisi en fonction de ses capacités physiques et intellectuelles, de ses aptitudes professionnelles, de ses obligations familiales ainsi que des perspectives de sa réinsertion.

Dans chaque établissement, des détenus sont affectés à tour de rôle au service général, afin de maintenir en état de propreté les locaux de la détention et d'assurer les différents travaux nécessaires au fonctionnement de l'établissement.

#### Article 42

Le temps consacré au travail ne peut, en aucun cas, excéder le temps fixé par la loi ou l'usage à l'extérieur, pour chaque type d'activité considérée.

Le repos hebdomadaire et celui des jours fériés doit être assuré : les horaires doivent prévoir le temps nécessaire pour le repos, les repas, la promenade et les activités éducatives et de loisirs.

#### Article 43

Les dispositions de la législation du travail relatives à la protection de la sécurité et de l'hygiène des travailleurs, sont applicables aux activités professionnelles au sein des établissements.

#### Article 44

Lorsqu'un détenu est victime d'un accident de travail ou a contracté une maladie professionnelle, il bénéficie des dispositions de la législation applicable en la matière.

#### Article 45

Les détenus qui exercent une activité à caractère lucratif ont droit à une juste rémunération dont le taux est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la justice et du ministre chargé des finances.

#### Section 4. – Des permissions exceptionnelles de sortie

#### Article 46

Le ministre de la justice peut, d'office ou sur proposition du directeur de l'administration pénitentiaire, accorder à des condamnés qui ont subi la moitié de leur peine et qui se sont distingués par leur bon comportement, des permissions de sortie d'une durée n'excédant pas dix jours, notamment à l'occasion des fêtes nationales ou religieuses, ou pour maintenir les liens familiaux ou préparer la réinsertion sociale.

#### Article 47

La décision accordant la permission provisoire de sortie peut comporter des conditions et des mesures de surveillance et d'assistance.

Les agents éventuellement chargés de l'escorte sont dispensés du port de l'uniforme.

#### Article 48

Avant tout départ en permission, les bénéficiaires doivent s'engager à se conformer aux conditions posées par la décision et notamment à se présenter spontanément à l'établissement à la date fixée pour leur retour.

Il leur est remis une attestation pour leur permettre de justifier éventuellement de la régularité de leur situation.

L'administration peut prendre en charge les frais du déplacement du bénéficiaire de la permission de sortie, en cas d'insolvabilité de celui-ci.

#### Article 49

Les détenus n'ayant pas rejoint l'établissement à l'expiration de leur permission, feront l'objet de mesures disciplinaires, lors de leur réincarcération, indépendamment des sanctions pénales auxquelles ils seront exposés pour délit d'évasion.

Hors le cas prévu par l'alinéa précédent, la durée de la permission est imputée sur celle de la détention quelle que soit sa nature.

### Chapitre IV

#### *De la discipline et de la sécurité des établissements pénitentiaires*

#### Section première. – De la police intérieure de l'établissement

#### Article 50

Un règlement intérieur précise, conformément aux prescriptions de la présente loi et des textes pris pour son application, les droits et obligations des détenus, notamment quant à l'observation de la discipline et des règles de détention applicables dans l'établissement.

#### Article 51

Les détenus ne doivent subir aucune discrimination fondée sur des considérations tenant à la race, à la couleur, au sexe, à la nationalité, à la langue, à la religion, à l'opinion ou au rang social.

#### Article 52

Tout détenu doit être vu par le directeur de l'établissement ou par l'agent chargé du service social, dans le plus bref délai après son admission. Le directeur ou l'agent doit informer le ministère public de tous atteintes ou symptômes apparents.

Il est soumis également à un examen médical, au plus tard, dans les trois jours de son admission.

Chaque détenu est soumis aux règles applicables à la catégorie à laquelle il appartient.

#### Section 2. – Des mesures disciplinaires

#### Article 53

Les mesures disciplinaires sont prononcées d'office ou sur instructions de l'autorité hiérarchique, par le directeur de l'établissement. Deux membres, dont un choisi parmi le personnel exerçant effectivement dans les lieux de détention, assistent à la séance disciplinaire.

Ces deux membres sont désignés par le directeur général de l'administration pénitentiaire et ont voix consultative.

#### Article 54

Constitue une faute disciplinaire, le fait pour un détenu :

- d'exercer des violences ou des voies de fait à l'encontre d'un membre du personnel de l'établissement, d'une personne en visite, ou d'un codétenu ou de mettre volontairement en danger leur sécurité ;
- de détenir ou de se livrer à un trafic de tout objet ou matériel présentant un risque pour la sécurité des personnes et de l'établissement ;
- de participer à toute action collective de nature à compromettre la sécurité ou à perturber l'ordre de l'établissement ;
- de détenir, de consommer ou de se livrer à un trafic de stupéfiants, des boissons alcoolisées ou toute autre substance de nature à troubler son comportement ;
- de commettre des vols ou de s'approprier des choses appartenant à autrui ou d'obtenir par quelque moyen que ce soit, un engagement ou une renonciation ;
- de causer délibérément des dommages aux locaux ou aux équipements affectés à l'établissement ;
- de proférer des menaces, des outrages ou des insultes à l'égard des autorités administratives et judiciaires, des membres du personnel de l'établissement, des personnes en visite ou des codétenus ;
- de détenir des objets non autorisés par le règlement intérieur ou de se livrer à leur trafic ou d'effectuer des échanges de ces objets ;
- de commettre des actes susceptibles d'offenser la pudeur ;
- de provoquer un tapage ;
- de négliger l'entretien de la propreté de l'établissement ;
- d'entraver les activités menées à l'intérieur de l'établissement ;
- de participer à une évasion ou à une tentative d'évasion ;
- de violer le règlement intérieur ;
- d'inciter à commettre l'une des fautes disciplinaires énumérées ci-dessus.

#### Article 55

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prononcées à l'encontre des détenus sont les suivantes :

- 1) l'avertissement avec inscription au dossier individuel ;
- 2) la privation pendant une période ne dépassant pas 45 jours, d'effectuer en cantine des achats autres que les produits ou objets de toilette, ainsi que la réception des subsides de l'extérieur ou plus généralement de profiter des avantages permis par la présente loi et par les textes pris pour son application ;
- 3) la privation pendant une durée ne dépassant pas 45 jours de l'usage du récepteur radiophonique individuel ou du téléviseur ou de tout autre appareil autorisé ;
- 4) la suppression, pour une période ne dépassant pas 3 mois, de l'accès au parloir sans dispositif de séparation ;
- 5) l'obligation d'effectuer des travaux de nettoyage des locaux de détention pendant une période ne dépassant pas 7 jours ;
- 6) l'obligation d'exécuter des travaux de réparation des dommages ou dégradation causés par le détenu ;

7) la mise en cellule disciplinaire pour une période ne dépassant pas 45 jours dans les conditions fixées à l'article 61.

La mise en cellule disciplinaire n'est pas applicable aux mineurs.

Aucune amende ne peut être infligée par mesure disciplinaire. Toutefois, des retenues peuvent être ordonnées en réparation de faits dommageables, conformément aux modalités fixées dans le règlement intérieur.

Les mesures disciplinaires doivent correspondre à la nature de la faute commise, être proportionnées à la gravité des faits et adaptées à la personnalité de leur auteur.

Si la nature des faits l'exige, chacune des mesures annoncées ci-dessus est cumulable avec l'obligation d'exécuter des travaux de réparation des dommages ou dégradation causés.

La mesure disciplinaire est personnelle ; les mesures disciplinaires collectives sont prohibées.

#### Article 56

Le bénéfice du sursis pour tout ou partie de l'exécution de la mesure disciplinaire peut être accordé. Le directeur de l'établissement appelle l'attention du détenu sur les conséquences du sursis prévues ci-dessous.

Si au cours d'un délai de 6 mois de suspension, le détenu commet une nouvelle faute, le sursis est révoqué ; les deux mesures sont alors exécutées cumulativement.

Si les mesures sont similaires, elles sont cumulées sans toutefois que leur exécution ne dépasse la durée maximale prévue par la loi.

Si au cours du délai du sursis, le détenu n'a commis aucune faute, la mesure assortie du sursis est réputée non avenue. Il est fait mention sur le registre prévu à cet effet à l'article 60 ci-dessous.

Les mesures disciplinaires peuvent être levées ou suspendues soit à l'occasion des fêtes religieuses ou nationales soit en raison de la bonne conduite de l'intéressé ou pour la nécessité de lui permettre de suivre un traitement médical ou une formation.

#### Article 57

Si une faute nécessitant une mesure disciplinaire est commise, un compte rendu est établi dans les plus brefs délais par l'agent présent lors de l'incident ou informé de ce dernier.

Au vu de ce compte rendu, le chef de détention dresse un rapport comportant les dires du détenu fautif et des témoins et tout élément relatif aux circonstances des faits reprochés au détenu, ainsi que des informations sur la personnalité de ce dernier.

Le directeur d'établissement apprécie au vu du rapport, et si nécessaire à la suite d'investigations complémentaires, l'opportunité de provoquer une poursuite disciplinaire.

#### Article 58

Le président de la commission de discipline peut, à titre préventif et sans attendre la réunion de ladite commission, décider l'isolement du détenu pour une durée ne dépassant pas 48 heures, à condition que cette mesure soit l'unique moyen de mettre fin à la faute ou de préserver l'ordre à l'intérieur de l'établissement.

La durée de la mise à l'isolement préventif s'impute sur celle de la mesure disciplinaire à subir, lorsqu'il est prononcé à l'encontre du détenu la mise en cellule de punition.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas à l'encontre des mineurs.

#### Article 59

Le détenu comparait devant la commission de discipline. Il peut demander d'être assisté par la personne qu'il choisit à cet effet. Le détenu présente en personne ses explications orales ou écrites. Le président de la commission peut décider de faire entendre par la commission, en qualité de témoin, toute personne dont l'audition lui paraît utile.

Si le détenu ne comprend pas la langue arabe, ou n'est pas en mesure de s'exprimer, il est fait appel dans la mesure du possible à un traducteur ou à toute autre personne désignée par le président de la commission.

La décision concernant la mesure disciplinaire est prononcée et est notifiée par écrit au détenu dans un délai de 5 jours. Elle doit comporter, outre l'indication de ses motifs, la possibilité donnée au détenu de la contester.

Le détenu faisant l'objet d'une mesure disciplinaire peut la contester dans un délai de 5 jours, à compter du jour de la notification de la décision.

Le directeur de l'administration pénitentiaire doit statuer sur la contestation dans un délai d'un mois à compter de la réception du recours. Il doit motiver sa décision.

L'absence de réponse dans ce délai vaut décision de rejet.

#### Article 60

Le directeur de l'établissement avise des mesures disciplinaires, au moyen de bordereaux mensuels, le directeur de l'administration pénitentiaire et le cas échéant, l'autorité judiciaire compétente.

La mesure disciplinaire est consignée au dossier du détenu.

Les mesures disciplinaires sont inscrites sur un registre tenu à cet effet sous l'autorité du directeur de l'établissement. Ce registre est présenté aux autorités administratives et judiciaires lors de leurs visites à l'établissement.

Le directeur de l'administration pénitentiaire, hors le cas de contestation de la part du détenu, et après réception d'un rapport détaillé sur l'incident ayant motivé la mesure disciplinaire, peut toujours réexaminer cette mesure soit pour l'annuler, la réduire ou l'approuver.

#### Article 61

La mise en cellule disciplinaire consiste dans le placement du détenu dans une cellule aménagée à cet effet, qu'il doit occuper seul.

Le détenu mis en cellule disciplinaire doit être visité par le médecin dès sa mise en cellule, ou dans les délais les plus proches et, en tous cas, deux fois par semaine au moins. La mesure disciplinaire est suspendue si le médecin constate que sa prolongation est de nature à compromettre la santé du détenu.

En sus des mesures prévues aux 2e, 3e et 6e de l'article 55, la mise en cellule disciplinaire entraîne la privation de visite. Elle comporte également des restrictions à la correspondance autre que familiale.

Toutefois, les détenus conservent dans ce cas, la faculté de communiquer librement avec leur avocat, conformément aux dispositions de la présente loi et du code de procédure pénale.

Les détenus en cellule disciplinaire doivent faire chaque jour une promenade individuelle d'une heure.

Aucune restriction alimentaire n'est appliquée aux détenus placés en cellule disciplinaire.

#### Article 62

Les moyens de coercition tels que menottes, entraves, camisole de force, ne peuvent être employés à titre de punition.

Ils ne peuvent être utilisés qu'exceptionnellement sur ordre du directeur de l'établissement, d'office ou sur prescription médicale, s'il n'y a pas d'autres moyens de maîtriser un détenu, de l'empêcher de causer des dommages ou de porter atteinte à lui-même ou à autrui.

L'usage de ces moyens ne doit pas être prolongé au-delà du temps nécessaire.

Le médecin doit être consulté sur toute utilisation ou cessation d'utilisation de ces moyens.

Il doit en être rendu compte au directeur de l'administration pénitentiaire.

### Section 3. – De la sécurité des établissements

#### Article 63

Tout directeur d'établissement pénitentiaire doit veiller à la stricte application des règles relatives au maintien de l'ordre et de la sécurité.

A cet effet, il est disciplinairement responsable de tous incidents et cas d'évasion intervenus suite à sa négligence ou au non respect des règlements, sans préjudice des poursuites disciplinaires pouvant être provoquées à l'encontre du personnel.

#### Article 64

Le personnel ne doit utiliser la force envers les détenus qu'en cas de légitime défense, de tentative d'évasion, de capture d'évadés et de résistance par la violence ou par inertie aux ordres donnés.

Lorsqu'il y a recours, il ne peut le faire qu'en se limitant à ce qui est strictement nécessaire pour maîtriser le détenu rebelle.

#### Article 65

Les membres du personnel agissant dans l'exercice de leurs fonctions sont autorisés à utiliser les armes, après les sommations d'usage et dans les cas suivants :

1) lorsqu'ils font l'objet de violences ou de voies de fait graves ou qu'ils sont menacés par des individus armés ou qu'ils sont la cible de jets de projectiles dangereux ;

2) lorsqu'ils ne peuvent défendre autrement les établissements dont ils ont la garde, les postes ou les personnes qui leur sont confiées ou si la résistance qui leur est opposée est telle qu'elle ne puisse être repoussée que par la force des armes ;

3) lorsque des détenus cherchent à se soustraire à leur garde et ne peuvent être maîtrisés que par l'usage des armes ;

4) lorsque des personnes cherchant à s'introduire dans l'établissement ou, qui ayant pénétré et n'ayant pas obtempéré aux sommations, tentent d'échapper à leurs recherches ou de porter atteinte à leur sécurité, à celle des détenus ou à celle de l'établissement.

**Article 66**

Les détenus ne peuvent conserver aucun objet, médicament ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion. Ils ne peuvent également conserver aucun outil dangereux en dehors des heures de travail.

En outre, pendant la nuit, les objets susceptibles de causer un préjudice peuvent leur être retirés pour des motifs de sécurité.

**Article 67**

L'entrée ou la sortie de sommes d'argent, correspondances ou objets quelconques n'est légalement permise que si elle est conforme aux dispositions législatives et réglementaires et à celles du règlement intérieur de l'établissement.

Dans tous les cas, les sommes, correspondances ou objets doivent être soumis au contrôle de l'administration de l'établissement.

Est portée à la connaissance de l'autorité judiciaire, toute découverte de sommes d'argent, correspondances ou objets trouvés en possession des détenus ou de leurs visiteurs et qui auraient été envoyés ou remis contrairement aux prescriptions des deux alinéas précédents.

**Article 68**

Les détenus doivent être fouillés fréquemment et aussi souvent que le directeur de l'établissement l'estime nécessaire.

Ils sont notamment fouillés à leur entrée dans l'établissement et chaque fois qu'ils en sont extraits et y sont reconduits, pour quelque cause que ce soit, et au terme de toute activité quotidienne, ainsi qu'avant et après tout parloir ou visite.

Les détenus ne peuvent être fouillés que par une personne de leur sexe et dans les conditions préservant leur dignité, tout en garantissant l'efficacité du contrôle.

**Article 69**

Pour des raisons de sécurité, il peut être mis des menottes aux détenus à l'occasion de leur transport ou de leur extraction de l'établissement et chaque fois que les circonstances ne permettent pas d'assurer autrement et de manière suffisante leur surveillance.

Toutefois, les menottes doivent être ôtées lors de la comparution du détenu devant les autorités judiciaires.

**Article 70**

La discipline et la sécurité dans les pénitenciers agricoles sont organisées par un règlement intérieur qui tient compte des conditions spéciales de travail et de surveillance.

**Chapitre V***Des incidents***Article 71**

Le procureur du Roi, l'autorité locale et le directeur de l'administration pénitentiaire doivent être immédiatement avisés par le directeur de l'établissement de tout incident grave touchant à l'ordre de l'établissement et à la sécurité des détenus.

Le directeur de l'établissement pénitentiaire doit être immédiatement avisé de toute évasion ou tentative d'évasion.

Le directeur de l'établissement pénitentiaire doit immédiatement en aviser les services de police ou la gendarmerie selon le cas, ainsi que les autorités visées au premier alinéa du présent article.

**Article 72**

Le directeur de l'établissement dans l'enceinte duquel a été commis un crime ou un délit, doit dresser rapport et en aviser directement et sans délai le procureur du Roi et le directeur de l'administration pénitentiaire.

Il doit, sans attendre, s'assurer de la personne de l'auteur du crime ou du délit.

**Article 73**

En cas de décès d'un détenu, le directeur de l'établissement avise immédiatement le directeur de l'administration pénitentiaire, le procureur du Roi, l'autorité locale et la famille du détenu ou les personnes lui portant intérêt.

En cas de suicide ou de mort violente, ou si la cause du décès est inconnue ou suspecte, les dispositions du code de procédure pénale concernant la mort suspecte sont applicables.

Dans tous les cas, la déclaration de décès est faite à l'officier de l'état civil conformément à la législation en vigueur.

Le lieu de décès ne doit être indiqué dans l'acte de l'état civil que par la désignation de la rue et du numéro de l'immeuble, sans mentionner l'établissement pénitentiaire où le décès est survenu.

**Chapitre VI***Des relations des détenus avec l'extérieur***Article 74**

En vue de faciliter la réinsertion familiale des détenus à leur libération, une attention particulière doit être portée au maintien et à l'amélioration de leurs relations familiales, pour autant que celles-ci paraissent souhaitables dans l'intérêt des uns et autres.

*Section première. – Des visites***Article 75**

Les détenus ont le droit de recevoir les membres de leur famille et leurs tuteurs.

Les visites sont organisées par le directeur de l'établissement, sauf si les détenus font l'objet d'une mise à l'isolement ordonnée par le magistrat chargé de l'instruction.

Toute autre personne peut être autorisée à rendre visite à un détenu, dans la mesure où cela ne nuit pas à la sécurité et au bon ordre de l'établissement, et apparaît favorable au traitement du détenu.

Le directeur de l'établissement peut déterminer, pour un détenu, la fréquence des visites ainsi que le nombre des visiteurs.

Sous réserve de garantie suffisante de sécurité, les directeurs des établissements pénitentiaires peuvent autoriser les visites dans un local spécial, en leur présence ou en présence d'un agent désigné par eux.

**Article 76**

Les visites se déroulent dans un parloir sans dispositif de séparation ou, en cas d'impossibilité, dans un local comportant un dispositif permettant la séparation des détenus de leurs interlocuteurs, sans pour autant les empêcher de se voir.

Le directeur de l'établissement peut toujours décider que les visites auront lieu dans un parloir avec dispositif de séparation dans les cas suivants :

- s'il existe des raisons graves de redouter un incident ;
- en cas d'incident au cours de la visite ;
- à la demande du visiteur ou du détenu.

Pour les détenus malades qui ne sont pas en état de se déplacer, la visite peut avoir lieu exceptionnellement à l'infirmerie.

#### Article 77

Un agent est présent au parloir ou au lieu de visite. Il doit avoir la possibilité d'entendre les conversations.

#### Article 78

L'accès au parloir implique la fouille des détenus avant et après l'entretien, ainsi que les mesures de contrôle jugées nécessaires à l'égard des visiteurs, pour des motifs de sécurité.

#### Article 79

L'agent chargé du contrôle peut, le cas échéant, mettre un terme à l'entretien, sauf dans le cas prévu à l'article 80. Il doit empêcher toute remise d'argent, de lettres ou d'objets quelconques.

Les visiteurs dont l'attitude attire l'attention, sont signalés au directeur de l'établissement qui apprécie si l'autorisation accordée doit être suspendue ou supprimée.

#### Article 80

Les avocats communiquent avec les détenus soumis à la détention préventive, en vertu d'un permis délivré par l'autorité chargée de l'instruction ou par le ministère public compétent.

Les avocats sont autorisés à communiquer avec les condamnés en vertu d'un permis délivré par le procureur du Roi du lieu où se situe l'établissement pénitentiaire.

La communication s'effectue librement, dans un local aménagé à cette fin.

#### Article 81

La faculté de communiquer librement avec l'avocat ne peut être restreinte ou supprimée ni par l'interdiction de communiquer prononcée par le magistrat saisi du dossier de l'information, ni par des mesures disciplinaires de quelque nature qu'elles soient.

#### Article 82

Les étrangers en instance d'extradition sont traités comme des détenus soumis à la détention préventive. Leurs avocats communiquent avec eux en vertu d'un permis de visite délivré par le procureur du Roi du lieu où se situe l'établissement pénitentiaire.

#### Article 83

Le permis délivré à l'avocat est valable jusqu'au prononcé d'une décision irrévocable.

#### Article 84

Des visites peuvent être effectuées, sur autorisation du directeur de l'administration pénitentiaire, par des membres d'organisations de juristes, d'associations, ou par des membres d'organismes religieux, dont le but est de soutenir et de développer l'assistance éducative au profit des détenus, de leur apporter à eux-mêmes et éventuellement à leurs familles, un réconfort spirituel et moral et une aide matérielle et de contribuer à la réinsertion des libérés.

Toute personne ou membre d'une association s'intéressant à l'étude des méthodes de rééducation peut être exceptionnellement autorisé à effectuer des visites aux établissements pénitentiaires.

Ces visiteurs ne peuvent accéder aux lieux de détention où se trouvent des détenus, ni communiquer avec eux ou avec le personnel qui n'est pas affecté à leur accompagnement, sauf autorisation spéciale du ministre de la justice.

#### Article 85

Les agents de la représentation diplomatique ou consulaire, sur justification de leur qualité, sont habilités à visiter leurs ressortissants détenus, sur autorisation du directeur de l'administration pénitentiaire.

#### Article 86

Il est interdit de prendre des photos, des prises ou séquences filmées, de faire des dessins ou procéder à des prises de son à l'intérieur ou dans l'environnement immédiat des établissements pénitentiaires, sauf autorisation du ministre de la justice.

#### Article 87

A titre exceptionnel, et si la sécurité l'impose, le directeur de l'administration pénitentiaire peut suspendre pendant une période limitée, toute visite à l'intérieur d'un établissement.

Le directeur de l'établissement pénitentiaire peut retirer ou suspendre l'autorisation de visite, pour des causes graves, sauf dans les cas prévus à l'article 80.

#### Article 88

Les objets ou denrées apportés à l'occasion des visites sont soumis au contrôle réglementaire.

### Section 2. – Des correspondances

#### Article 89

Les détenus ont le droit d'envoyer et de recevoir des lettres.

#### Article 90

Les lettres adressées aux détenus ou envoyées par eux doivent être écrites lisiblement et ne comporter aucun signe ou caractère conventionnel.

Les lettres écrites en langues étrangères peuvent être traduites pour permettre l'exercice du contrôle prévu à l'article 92 ci-dessous.

Elles sont retenues lorsqu'elles contiennent des menaces précises contre la sécurité des personnes ou celle des établissements pénitentiaires.

Le directeur de l'établissement peut, dans tous les cas, interdire temporairement la correspondance avec des personnes autres que le conjoint ou les membres de la famille, lorsque cette correspondance paraît de nature à compromettre la réinsertion du détenu ou la sécurité et le bon ordre de l'établissement.

Les détenus qui mettraient à profit leur droit à la correspondance pour formuler des injures, des outrages, des dénominations calomnieuses, des humiliations ou des menaces encourent une mesure disciplinaire, sans préjudice des sanctions pénales éventuelles.

#### Article 91

Les détenus soumis à la détention préventive peuvent écrire à toute personne de leur choix et recevoir des lettres de toute personne, sous réserve d'instructions contrares données par le magistrat saisi du dossier de l'instruction.

#### Article 92

Sous réserve des dispositions des articles 93, 94 et 97 de la présente loi, toutes les lettres des détenus sont lues aux fins de contrôle, tant à l'arrivée qu'au départ.

En outre, les lettres qui sont écrites par les détenus soumis à la détention préventive sont communiquées à l'autorité judiciaire compétente.

Les lettres qui ne satisfont pas aux prescriptions réglementaires peuvent être retenues.

#### Article 93

Les lettres adressées sous pli fermé par les détenus soumis à la détention préventive à leur avocat, ainsi que celles que leur envoie ce dernier, ne sont pas soumises au contrôle visé à l'article précédent.

S'il y a des doutes qu'elles ne soient pas réellement destinées à l'avocat ou qu'elles ne proviennent pas de ce dernier, elles sont remises au ministère public, sans être ouvertes.

Le directeur de l'établissement pénitentiaire informe l'avocat des lettres en question.

Les mentions indiquant la qualité et l'adresse professionnelle de leur destinataire ou de leur expéditeur doivent être portées sur l'enveloppe.

Les mêmes dispositions sont applicables à l'avocat qui a déjà assisté le condamné au cours de la procédure sous réserve qu'il justifie auprès du directeur de l'établissement qu'il a personnellement assuré cette assistance.

#### Article 94

L'avocat qui n'a jamais assisté le condamné au cours de la procédure peut être autorisé à correspondre avec lui. Les correspondances sont soumises dans ce cas aux conditions fixées à l'article 92 ci-dessus.

Dans le cas où il désire bénéficier dans sa correspondance des dispositions particulières prévues à l'article 93, l'avocat doit présenter une demande à cet effet au directeur de l'établissement pénitentiaire et y joindre une attestation délivrée par le parquet de sa résidence professionnelle, selon laquelle le secret de la communication paraît justifié par la nature du sujet.

#### Article 95

Les avocats correspondent dans les conditions visées à l'article 93 de la présente loi avec les étrangers en instance d'extradition.

#### Article 96

Les visiteurs visés à l'article 75 peuvent correspondre avec les détenus dont ils s'occupent, sous pli ouvert et sans autorisation préalable.

#### Article 97

Tous les détenus ont la faculté de remettre au directeur de l'établissement des lettres closes adressées au ministre de la justice, au directeur de l'administration pénitentiaire, aux autorités judiciaires et aux autorités administratives habilitées à exercer un contrôle des établissements pénitentiaires. Le directeur ne doit apporter aucun retard dans l'envoi aux parties concernées de ces lettres qui, par dérogation aux dispositions de l'article 92, ne doivent pas être ouvertes.

Mention de ces lettres est portée sur un registre tenu à cet effet.

### Section 3. – Des doléances des détenus

#### Article 98

Les détenus ont le droit de présenter leurs doléances, verbalement ou par écrit au directeur de l'établissement, au directeur de l'administration pénitentiaire, aux autorités judiciaires ou à la commission provinciale de contrôle prévue par le code de procédure pénale.

Les détenus peuvent demander à être entendus par les autorités administratives et judiciaires, à l'occasion des visites ou inspections. Les audiences qui leurs sont accordées ont lieu sous surveillance visuelle d'un membre du personnel de l'établissement mais hors portée de voix, sauf si ces autorités décident de se passer de cette surveillance.

Les requêtes doivent être examinées et recevoir la suite appropriée.

#### Article 99

Il est interdit aux détenus de se concerter pour présenter des réclamations collectives ; leurs auteurs pourraient encourir des mesures disciplinaires.

## Chapitre VII

### De la gestion des biens et de l'entretien des détenus

#### Section première. – De la gestion des biens des détenus

#### Article 100

Il n'est laissé à la disposition des détenus ni argent, ni bijoux, ni objets de valeurs.

#### Article 101

L'établissement pénitentiaire tient un compte nominatif, où sont inscrites les sommes appartenant aux détenus.

Les sommes dont ils sont porteurs à leur entrée sont immédiatement inscrites à leur compte nominatif contre récépissé.

L'importance des sommes d'argent ne saurait en aucun cas justifier un refus de prise en charge par la direction de l'établissement.

Lorsqu'il s'agit de devises étrangères, elles doivent être converties en dirhams conformément à la réglementation en vigueur.

Le compte nominatif est, par la suite, crédité ou débité de toutes les sommes qui viennent à être dues au détenu ou par lui, au cours de la détention, y compris celles prévues à l'article 105 ci-dessous et ce conformément aux dispositions en vigueur.

#### Article 102

Le détenu conserve la gestion de ses biens extérieurs ; il a le droit de disposer des fonds inscrits à son compte nominatif avec possibilité de les envoyer à l'extérieur de l'établissement, dans la limite de sa capacité civile, sauf si ses biens et ses fonds font l'objet d'une confiscation ou saisie judiciaire.

Lorsqu'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive, la gestion de ses fonds ou leur transfert à l'extérieur de l'établissement, sont soumis à l'autorisation de l'autorité judiciaire saisie de l'affaire.

Pour ses besoins personnels à l'intérieur de l'établissement, le détenu ne peut disposer de son compte nominatif que dans les limites fixées par l'administration pénitentiaire.

Toutefois, la gestion des biens extérieurs ne peut s'effectuer que par un mandataire qui doit être étranger à l'administration pénitentiaire.

#### Article 103

L'interdiction légale du condamné à une peine criminelle ne fait pas obstacle à ce que ce condamné puisse, dans les limites autorisées par l'administration pénitentiaire, disposer lui-même des fonds figurant à son compte nominatif et en recevoir directement le solde à sa sortie.

#### Article 104

En toute hypothèse, tout acte requérant le ministère des avoués ou d'un notaire, ou la légalisation de signature, doit être dressé dans l'établissement pénitentiaire, sans qu'il soit nécessaire de déplacer le détenu, et ce sur autorisation du ministère public du lieu où se situe l'établissement pénitentiaire.

Lorsqu'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive, la compétence en matière de délivrance de ladite autorisation relève de l'autorité judiciaire saisie de l'affaire.

#### Article 105

La rémunération accordée aux détenus exerçant une activité à caractère lucratif est répartie en deux parts égales :

- 1) la part de réserve destinée à être remise au détenu à sa libération ;
- 2) la part disponible.

Le directeur de l'établissement peut autoriser un détenu à transférer des sommes de la part de réserve à la part disponible, en cas d'extrême nécessité.

#### Article 106

Le détenu peut solliciter l'ouverture d'un livret individuel de caisse d'épargne pour y verser des sommes prélevées sur sa part disponible ou pour y placer la part de réserve.

Ces livrets d'épargne sont conservés par l'économe de l'établissement et remis à leurs titulaires au moment de leur libération.

Le retrait des sommes déposées est soumis aux conditions prévues aux articles 102 et 105 ci-dessus.

#### Article 107

Le directeur de l'établissement pénitentiaire a la faculté d'opérer d'office sur la part disponible du compte nominatif des détenus, des retenues en réparation des dommages matériels causés par eux. Ces retenues sont versées au Trésor.

Sous réserve des dispositions de l'article 101 ci-dessus, sont saisies et versées au Trésor, les sommes trouvées en possession des détenus au cours de la détention.

Le directeur de l'établissement informe l'autorité judiciaire des sommes d'argent et objets trouvés sur le détenu, apporté par lui ou qui lui sont envoyés lorsque leur nature, leur importance ou leur origine paraissent douteuses.

#### Article 108

La conservation et la garde des objets et des biens dont le détenu était porteur au moment de son incarcération, ainsi que de ceux reçus par l'établissement pour son compte et de ceux provenant de son travail, sont assurés par l'économe de l'établissement, sous le contrôle effectif du directeur de l'établissement.

Le détenu a la faculté de demander à ce que les biens détenus par l'établissement pénitentiaire soient remis à sa famille ou aux tiers, à condition qu'ils ne soient pas soumis à une saisie ou à une confiscation.

#### Article 109

En cas de perte de tout bien pris en charge par l'établissement, le détenu ou ses ayants droit sont dédommagés.

#### Article 110

Les substances vénéneuses, armes, instruments dangereux et tout autre objet prohibé sont saisis et remis à l'autorité judiciaire.

#### Article 111

Au moment de sa libération, chaque détenu reçoit les sommes résultant de la liquidation de son compte nominatif et en donne décharge. Eventuellement, lui sont également remises les pièces justifiant du paiement des condamnations pécuniaires.

Les bijoux, objets, vêtements et effets personnels sont remis au détenu qui en donne décharge. Si l'intéressé refuse expressément de les recevoir, il en est fait remise à l'administration des domaines.

## Article 112

Si dans un délai d'un an après les avoir informés du décès du détenu et des biens qu'il avait consignés dans l'établissement, les ayants droits n'ont pas réclamé ses sommes d'argent, bijoux, objets, vêtements et effets personnels, l'argent est versé au Trésor, alors qu'il est fait remise des autres biens à l'administration des domaines. Ce versement et cette remise valent décharge pour l'administration de l'établissement.

Cette procédure est portée à la connaissance du ministère public.

Les mêmes dispositions sont applicables après un délai de six mois à compter de l'évasion d'un détenu et si sa capture n'a pas été signalée.

## Section 2. – De l'entretien des détenus

## Article 113

La détention doit s'effectuer dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité, tant en ce qui concerne l'aménagement et l'entretien des bâtiments, le fonctionnement des services économiques et l'organisation du travail, que l'application des règles de la propreté individuelle, la pratique des exercices physiques, et l'alimentation équilibrée.

## Article 114

Les locaux de détention et en particulier ceux destinés à l'hébergement, doivent répondre aux exigences de l'hygiène et de la salubrité, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, la surface minimale réservée à chaque détenu, le chauffage, l'éclairage et l'aération.

## Article 115

Une partie de l'emploi du temps des détenus doit être réservée dans le règlement intérieur, à la pratique d'exercices physiques, en particulier lorsqu'ils ne sont pas habituellement occupés à des travaux à l'extérieur.

## Article 116

Tout détenu doit effectuer chaque jour une promenade à l'air libre, en cour ou sous préau, sauf s'il en est dispensé pour des raisons de santé ou si ses occupations professionnelles s'exercent à l'extérieur.

La durée de la promenade journalière ne peut être inférieure à une heure.

## Article 117

Des séances d'éducation physique et de sport ont lieu dans tous les établissements pénitentiaires, où il est possible d'en organiser.

Les détenus punis de cellule disciplinaire sont exclus des séances.

Le directeur de l'établissement peut en écarter tout détenu pour des raisons d'ordre et de sécurité.

## Article 118

A moins d'en être privés à titre de mesures disciplinaires, tous les détenus ont la faculté d'acheter sur leur part disponible, des denrées et objets de nécessité en supplément de leur régime normal et dans les limites autorisées.

Les objets et denrées sont vendus aux prix courant des marchés, préalablement porté à la connaissance des détenus.

## Article 119

A moins d'en être privés par mesure disciplinaire, les détenus ont la faculté de se faire adresser ou remettre, dans les conditions prévues par le règlement intérieur, des colis de vivres supplémentaires et de linge.

## Section 3. – De l'entretien spirituel et intellectuel

## Article 120

L'exercice du culte religieux est garanti à tous les détenus. L'établissement doit mettre à leur disposition les moyens d'habilitation et le cadre adéquat. En outre, il doit leur permettre de communiquer avec le représentant religieux habilité à cet effet.

## Article 121

Le droit à la création artistique et intellectuelle est garanti à tous les détenus.

## Article 122

Tout détenu a le droit de se faire livrer à ses frais, des journaux, revues et livres, sous réserve du contrôle en vigueur.

## Chapitre VIII

## Du service sanitaire

## Section première. – Dispositions générales

## Article 123

Chaque établissement pénitentiaire dispose, outre le personnel paramédical, d'au moins un médecin qui lui est affecté à plein temps ou pour des prestations régulières.

D'autres médecins spécialistes ou auxiliaires médicaux sont appelés, sur proposition du médecin de l'établissement, à prêter leur concours à l'examen et au traitement des détenus.

## Article 124

Les établissements pénitentiaires sont soumis au contrôle du médecin-chef de la province ou de la préfecture, et à l'inspection du service médical relevant de l'administration pénitentiaire.

## Article 125

Une infirmerie est installée dans chaque établissement pénitentiaire.

Selon l'importance et la spécialisation de l'établissement, cette infirmerie est pourvue d'un équipement équivalent à celui d'un dispensaire du secteur public, permettant de donner les soins et le traitement convenables aux malades, de fournir un régime adapté aux besoins des infirmes et des malades chroniques et d'isoler les malades contagieux.

Des locaux sont également aménagés en cabinet de consultation médicale et en pharmacie.

Dans les établissements ou les quartiers réservés aux femmes, le personnel sanitaire doit être féminin.

Si cette condition ne peut être remplie, les examens et les soins ne peuvent être dispensés qu'en présence d'une surveillante.

#### Article 126

Les détenus malades bénéficient, selon les prescriptions médicales, des conditions de détention appropriées et du régime alimentaire nécessité par leur état.

#### Article 127

Toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou combattre les épidémies et les maladies contagieuses sont prises par le directeur de l'établissement en accord avec le médecin et, le cas échéant, avec les autorités administratives locales, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation des malades, la mise en quarantaine, la désinfection des locaux, des effets et de la literie.

Tous les cas de maladie dont la déclaration est obligatoire conformément à la législation en vigueur, doivent être signalés dans les conditions réglementaires.

#### Article 128

Les résultats des examens médicaux sont consignés au dossier médical du détenu.

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

#### Article 129

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

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

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

#### Article 130

Il appartient en outre au médecin :

- de veiller au contrôle de l'alimentation et de l'hygiène dans l'établissement ;
- de veiller à l'application des règles relatives à la séparation des malades aîlés, contagieux et mentaux et de prescrire, le cas échéant, leur admission à l'infirmerie ou

de prescrire leur transfert vers une annexe sanitaire spécialisée dans un autre établissement pénitentiaire ou leur hospitalisation ;

- de proposer l'hospitalisation des libérés malades ne pouvant rentrer dans leur foyer ;
- de prescrire des consultations auprès des médecins spécialistes ;
- de décider de la destination des médicaments trouvés en possession des détenus ou qui leur seraient envoyés de l'extérieur ;
- d'établir des certificats de décès lorsque la mort survient à l'intérieur de l'établissement ;
- de délivrer les attestations prévues par la législation en vigueur en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'acte criminel ;
- de délivrer des certificats médicaux aux détenus et sous réserves de l'accord exprès de ceux-ci à leur famille ou à leur avocat ;
- de délivrer des attestations relatives à l'état de santé des détenus et contenant les renseignements nécessaires à l'orientation et au traitement pénitentiaire ou post pénal de ceux-ci, chaque fois que l'administration pénitentiaire ou l'autorité judiciaire compétente en fait la demande.

#### Article 131

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

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

#### Article 132

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

#### Article 133

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

#### Article 134

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

#### Article 135

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

Ce registre doit être visé par les médecins inspecteurs 13/14 de leurs inspections de l'établissement.

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

## Section 3. - Des hospitalisations

## Article 136

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

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

Les détenus ne peuvent être hospitalisés, même à leurs frais, dans un établissement privé, sauf approbation du ministre de la justice.

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

## Article 137

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

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

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

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

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

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

## Article 138

Toute naissance à l'intérieur de l'établissement, fait l'objet 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 conformément à l'article 46 ci-dessus.

## 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.

## Chapitre IX

## Dispositions finales

## Article 140

Dans l'attente de la publication des textes d'application de la présente loi, les établissements pénitentiaires continueront à observer les règlements et instructions de service antérieur, dans la mesure où ils ne sont pas contraires à ses dispositions.

## Article 141

Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi et notamment :

- \* le dahir du 25 jourmada I 1333 (11 avril 1915) réglementant le régime des prisons et les textes qui l'ont modifié ;
- \* le dahir du 28 moharrem 1349 (26 juin 1930) portant règlement du service et du régime des prisons affectées à l'emprisonnement en commun ;
- \* le dahir du 23 chaabane 1361 (10 septembre 1942) approuvant et mettant en vigueur le règlement des services pénitentiaires de l'ex-zone nord et les textes qui l'ont modifié.

**Dahir n° 1-99-208 du 13 jourmada I 1420 (25 août 1999) portant promulgation de la loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains.**

LOUANGE A DIEU SEUL !

(Grand Sceau de Sa Majesté Mohammed VI)

Que l'on sache par les présentes - puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment ses articles 26 et 58,

A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :

Est promulguée et sera publiée au *Bulletin officiel*, à la suite du présent dahir, la loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains, adoptée par la Chambre des représentants et la Chambre des conseillers.

Fait à Rabat, le 13 jourmada I 1420 (25 août 1999).

Pour contresigner :

Le Premier ministre,

ABDERRAHMAN YOUSOUFI.

\*

\* \*

### **Annexes 3 : Extrait des Règles de Nelson Mandela**

#### *Règle 24 :*

1. L'État a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus, ceux-ci devant recevoir des soins de même qualité que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services nécessaires sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique.

2. Les services de santé devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale de santé publique et de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie.

#### *Règle 25*

1. Chaque prison doit disposer d'un service médical chargé d'évaluer, de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé physique et mentale des détenus, une attention particulière étant accordée à ceux qui ont des besoins spéciaux ou des problèmes de santé qui constituent un obstacle à leur réinsertion.

2. Ce service doit être doté d'un personnel interdisciplinaire comprenant un nombre suffisant de personnes qualifiées agissant en pleine indépendance clinique, et disposer de compétences suffisantes en psychologie et en psychiatrie. Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste ayant les qualifications requises.

#### *Règle 26*

1. Le service médical doit établir et tenir des dossiers médicaux individuels exacts, à jour et confidentiels pour tous les détenus, qui doivent y avoir accès chaque fois qu'ils en font la demande. Un détenu peut désigner un tiers pour accéder à son dossier médical.

2. Les dossiers médicaux doivent être transmis au service médical de l'institution d'accueil lors du transfèrement d'un détenu et sont soumis au secret médical.

#### *Règle 27*

1. Tous les établissements pénitentiaires doivent garantir l'accès rapide aux soins médicaux en cas d'urgence. Les détenus qui requièrent des traitements spécialisés ou soins chirurgicaux doivent être transférés vers des établissements spécialisés ou vers des hôpitaux civils. Lorsqu'un établissement pénitentiaire dispose de ses propres installations hospitalières, le personnel affecté et le matériel fourni doivent y être suffisants pour assurer un traitement et des soins adéquats aux détenus qui y sont envoyés.

2. Les décisions cliniques ne peuvent être prises que par les professionnels de la santé responsables et ne peuvent être rejetées ou ignorées par le personnel pénitentiaire non médical.

#### *Règle 28*

Dans les prisons pour femmes, des installations spéciales doivent être prévues pour tous les soins prénatals et postnatals nécessaires. Dans toute la mesure possible, des dispositions doivent être prises pour que l'accouchement ait lieu dans un hôpital extérieur. Si l'enfant est né en prison, l'acte de naissance ne doit pas faire mention de ce fait.

#### *Règle 30*

Un médecin ou un autre professionnel de la santé ayant les qualifications requises, tenu ou non de faire rapport au médecin, doit voir chaque détenu, lui parler et l'examiner aussitôt que possible après son admission et ensuite aussi souvent que nécessaire. Un soin particulier sera pris pour:

a) Cerner les besoins en matière de soins de santé et prendre toutes les mesures de traitement nécessaires;

b) Déceler tout mauvais traitement dont les nouveaux détenus pourraient avoir été victimes avant leur admission;

c) Repérer toute manifestation de tension psychologique ou autre due à l'emprisonnement, y compris, notamment, le risque de suicide ou d'automutilation, ainsi que de symptômes de manque liés à la consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool; et prendre toutes les mesures individualisées, thérapeutiques ou autres, qui s'imposent;

d) Dans le cas des détenus susceptibles d'être atteints de maladies contagieuses, prévoir leur isolement clinique et leur offrir un traitement adapté pendant la période de contagion;

e) Déterminer si les détenus sont physiquement aptes à travailler, faire de l'exercice et participer à d'autres activités, selon le cas.

### *Règle 31*

Le médecin ou, le cas échéant, d'autres professionnels de la santé ayant les qualifications requises doivent pouvoir voir quotidiennement tous les détenus malades ou se plaignant de problèmes de santé physique ou mentale ou de blessures, et ceux sur lesquels leur attention est particulièrement attirée. Tous les examens médicaux doivent être pratiqués en toute confidentialité.

### *Règle 32*

1. La relation entre le médecin ou les autres professionnels de la santé et les détenus est soumise aux mêmes normes déontologiques et professionnelles que celles qui s'appliquent aux patients au sein de la société, notamment:

a) Le devoir de protéger la santé physique et mentale des détenus, et de ne prévenir et traiter les maladies que sur des bases cliniques;

b) Le respect de l'autonomie des patients dans les décisions concernant leur santé et du consentement éclairé dans la relation médecin patient;

c) La confidentialité des informations d'ordre médical, sauf en cas de menace réelle et imminente pour le patient ou pour autrui;

d) L'interdiction absolue de se livrer, activement ou passivement, à des actes assimilables à la torture ou à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, y compris les expériences médicales ou scientifiques de nature à nuire à la santé du détenu, telles que le prélèvement de cellules, de tissus cellulaires ou d'organes.

2. Sans préjudice de l'alinéa *d* du paragraphe 1 de la présente règle, les détenus peuvent être autorisés, s'ils donnent leur consentement libre et éclairé, conformément à la loi applicable, à participer à des essais cliniques et à d'autres travaux de recherche médicale organisés dans la société s'il en est attendu un bénéfice direct notable pour leur santé, et à donner des cellules, tissus cellulaires ou organes à leur famille.

### *Règle 33*

Le médecin doit faire rapport au directeur de la prison chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu a été ou sera affectée par le maintien en détention ou par une des conditions de détention.

### *Règle 34*

Si les professionnels de la santé constatent des signes de torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants lors des examens pratiqués sur les détenus au moment de l'admission ou lorsque, par la suite, ils dispensent des soins médicaux aux détenus, ils doivent le consigner et le signaler aux autorités médicales, administratives ou judiciaires compétentes. Des précautions procédurales adéquates doivent être prises pour ne pas exposer le détenu ou les personnes associées à des préjudices prévisibles

### *Règle 35*

1. Le médecin ou l'organisme de santé publique compétent doit faire des inspections régulières et conseiller le directeur de la prison en ce qui concerne:

- a) La quantité, la qualité, la préparation et la distribution des aliments;
- b) L'hygiène et la propreté de l'établissement et des détenus;
- c) Les installations sanitaires, la température, l'éclairage et la ventilation de l'établissement;
- d) La qualité et la propreté des vêtements et de la literie des détenus;
- e) L'observation des règles concernant l'éducation physique et sportive lorsque celle-ci est organisée par un personnel non spécialisé.

2. Le directeur de la prison doit prendre en considération les conseils et rapports du médecin, comme prévu au paragraphe 1 de la présente règle et à la règle 33, et prendre immédiatement les mesures voulues pour que ces avis et les recommandations figurant dans les rapports soient suivis. Si ces recommandations ou conseils échappent à sa compétence ou n'emportent pas son accord, il transmet immédiatement à l'autorité supérieure son propre rapport et les conseils et recommandations du médecin ou de l'organisme de santé publique compétent.

# Bibliographie

- [1] Becker HS. Outsiders [Internet]. 1963 [cited 2020 Sep 19].
- [2] Céré J.-P. L'éveil des prisons françaises au droit international et européen pénitentiaire . Cahiers la Sécurité la Justice . 201AD;12:62.
- [3] La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. [cited 2020 Dec 3]. Available from: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
- [4] Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels New York, 16 décembre 1966 [Internet]. [cited 2020 Dec 3]. Available from: [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg\\_no=IV-3&chapter=4&clang=\\_fr](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&clang=_fr)
- [5] Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 19 décembre 1966. 1966.
- [6] Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants New York, 10 décembre 1984.
- [7] HCDH | Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement [Internet]. [cited 2020 Dec 3]. Available from: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx>
- [8] HCDH | Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus [Internet]. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/basicprinciplestreatmentofprisoners.aspx>

- [9] Règles Nelson Mandela (Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus).
- [10] HCDH | Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) [Internet]. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/beijingrules.aspx>
- [11] HCDH | Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté [Internet]. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/juvenilesdeprivedofliberty.aspx>
- [12] HCDH | Code de conduite pour les responsables de l'application des lois [Internet]. [cited 2020 Dec 3]. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/lawenforcementofficials.aspx>
- [13] Direction Générale à l'Administration Pénitentiaire et la Réinsertion [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: <https://www.dgapr.gov.ma/>
- [14] DGAPR. Rapport annuel des activités 2018.
- [15] Cross I-IC of the R. Guidelines for Investigating. 2013;
- [16] Protocole du Minnesota relatif aux enquêtes sur les décès résultant potentiellement d'actes illégaux. 2016.

- [17] Gill JR, Andrew T, Gilliland MGF, Love J, Matshes E, Reichard RR. National Association of Medical Examiners Position Paper: Recommendations for the Postmortem Assessment of Suspected Head Trauma in Infants and Young Children. *Acad Forensic Pathol* [Internet]. 2014 Jun 1 [cited 2020 Dec 3];4(2):206–13. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.23907/2014.032>
- [18] Graham MA. Investigation of Deaths Temporally Associated with Law Enforcement Apprehension. Vol. 4, *Academic Forensic Pathology*. 2014.
- [19] Mitchell RA, Diaz F, Goldfogel GA, Fajardo M, Fiore SE, Henson T V., et al. National Association of Medical Examiners Position Paper: Recommendations for the Definition, Investigation, Postmortem Examination, and Reporting of Deaths in Custody. *Acad Forensic Pathol*. 2017;7(4):604–18.
- [20] Knight LD, Stoppacher R. Investigation of Deaths and Injury of Prison Inmates. Vol. 4, *Academic Forensic Pathology*. 2014.
- [21] United Nations Manual on the Effective Prevention and Investigation of Extra-legal, Arbitrary and Summary Executions.
- [22] Peterson GF, Clark SC. Forensic autopsy: Performance standards. Vol. 27, *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2006.
- [23] Oliver WR. Considerations for Gross Autopsy Photography. Vol. 1, *Academic Forensic Pathology*. 2011.

- [24] Di Maio TG, Di Maio VJM. Excited delirium syndrome: Cause of death and prevention. *Excited Delirium Syndrome: Cause of Death and Prevention*. 2005.
- [25] Petschel K, Gall JA. A profile of deaths in custody in Victoria, 1991-96. *J Clin Forensic Med*. 2000;7(2):82-7.
- [26] Koehler SA, Weiss H, Songer TJ, Rozin L, Shakir A, Ladham S, et al. Deaths among Criminal Suspects, Law Enforcement Officers, Civilians, and Prison Inmates: A Coroner-Based Study. *Am J Forensic Med Pathol*. 2003;24(4):334-8.
- [27] Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P. Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. *Cmaj*. 2002;167(10):1109-13.
- [28] Mirza FH, Memon AA, Adil SE e. R, Paryar HA. Audit of custodial deaths in Karachi-an autopsy-based study. *J Pak Med Assoc*. 2012;62(8):752-5.
- [29] Brittain J, Axelrod G, Venters H. Deaths in New York city jails, 2001-2009. *Am J Public Health*. 2013;103(4):638-40.
- [30] Wu S, Ren L, Pan M, Qiu X, Ding Z, Wang Y, et al. Retrospective analysis of 172 cases of custodial deaths in China between 1999 and 2016: forensic experience in China. *Int J Legal Med*. 2020;134(4):1487-93.
- [31] Kuchewar S V., Bhosle SH, Shrigiriwar MB, Padole TO. Custody-related deaths in Maharashtra state of India - Analysis of autopsies performed at a medical Teaching Institute during the period 2000-2018. *J Forensic Leg Med [Internet]*. 2020;70(October 2019):101915. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101915>
- [32] Lozano JG, Molina DK. Deaths in custody: A 25-year review of jail deaths in Bexar County, Texas. *Am J Forensic Med Pathol*. 2015;36(4):285-9.
- [33] Ünal V, Özgün Ünal E, Çetinkaya Z, Imali M, Gürler S, Koç S. Custody and prison deaths autopsied in Istanbul between 2010 and 2012. *J Forensic Leg Med*. 2016;39:16-21.

- [34] Statistics for inmates deaths in the fiscal year 2015-2016.
- [35] Correctional Service of Canada. Annual Report on Deaths in Custody 2015-2016 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-3010-en.shtml#t1>
- [36] Gonin David. Questions sur la médecine pénitentiaire. *Déviante et société*. 1979;3(2):161–8.
- [37] Davies R. Tackling communicable diseases in prisons. *Heal (San Fr.* :85877.
- [38] Flanigan TP, Rich JD, Spaulding A. HIV care among incarcerated persons: A missed opportunity. *AIDS*. 1999.
- [39] Wakeman SE, Rich JD. Fulfilling the mission of academic medicine: training residents in the health needs of prisoners. *J Gen Intern Med*. 2010;25 Suppl 2:186–8.
- [40] T.M. H, M.P. H, W. R. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health*. 2002.
- [41] Flanigan TP, Zaller N, Taylor L, Beckwith C, Kuester L, Rich J, et al. HIV and infectious disease care in jails and prisons: breaking down the walls with the help of academic medicine. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2009;120:73–83.
- [42] Maruschak LM, Bronson J. *HIV in Prisons, 2015*. 2017.

- [43] Hess K, Dailey A, Johnson AS, Hu X, Li J, Wu B, et al. Diagnoses of HIV Infections in the United States and Dependent Areas, 2015 [Internet]. Vol. 27, HIV Surveillance Report. 2015. Available from: [http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/2011/surveillance\\_report\\_vol\\_23.html](http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/2011/surveillance_report_vol_23.html)
- [44] World Health Organisation. Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. WHO Doc. 2001;WHO/CDS/TB:1–176.
- [45] Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: A systematic review. PLoS Med. 2010;7(12).
- [46] Putting policy into practice on prison health. Lancet Infect Dis. 2007;7(1):1.
- [47] Story A, Murad S, Roberts W, Verheyen M, Hayward AC. Tuberculosis in London: The importance of homelessness, problem drug use and prison. Thorax. 2007;
- [48] Dickman SL, Rich JD. The health of prisoners [Internet]. Vol. 377, The Lancet. Elsevier Ltd; 2011. p. 2001–2. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60858-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60858-1)
- [49] Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. Am J Public Health. 2002;92(11):1789–94.
- [50] Bick JA. Infection control in jails and prisons. Clinical Infectious Diseases. 2007.

- [51] Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet*. 2016.
- [52] Iftene A, Manson A. Recent crime legislation and the challenge for prison health care. *CMAJ*. 2013;185(4):281.
- [53] Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison - A high risk of death for former inmates. *N Engl J Med*. 2007;356(2).
- [54] Hammett TM, Roberts C, Kennedy S. Health-related issues in prisoner reentry. *Crime Delinq*. 2001;47(3).
- [55] Mallik-Kane K, Visher CA. Health and prisoner reentry: how physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration. Urban Institute Justice Policy Center. 2008.
- [56] Wang EA, Pletcher M, Lin F, Vittinghoff E, Kertesz SG, Kiefe CI, et al. Incarceration, incident hypertension, and access to health care findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *Arch Intern Med*. 2009;169(7).
- [57] Morgan R. Principles of European Prison Law and Policy: Penology and Human Rights. By D. Van Zyl Smit and S. Snacken (Oxford: Oxford University Press, 2009, 464pp. 75.00 hb). *Br J Criminol*. 2010;50(3).
- [58] Raimer BG, Stobo JD. Health care delivery in the Texas prison system: The role of academic medicine. Vol. 292, *Journal of the American Medical Association*. 2004. p. 485–9.

- [59] Tran NT, Baggio S, Dawson A, O'Moore É, Williams B, Bedell P, et al. Words matter: A call for humanizing and respectful language to describe people who experience incarceration. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018;18(1):1–6.
- [60] Ahalt C, Bolano M, Wang EA, Williams B. The state of research funding from the National Institutes of Health for criminal justice health research. *Ann Intern Med*. 2015;162(5):345–52.
- [61] Noonan ME. Mortality in State Prisons, 2001-2014 [Internet]. 2016. Available from: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/%0Amsp0114st.pdf>
- [62] Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, et al. The health and health care of US prisoners: Results of a nationwide survey. *Am J Public Health*. 2009;99(4):666–72.
- [63] Ahalt C, Binswanger IA, Steinman M, Tulskey J, Williams BA. Confined to ignorance: The absence of prisoner information from nationally representative health data sets. *J Gen Intern Med*. 2012;27(2):160–6.
- [64] Oladeru OT, Perni S, Williams B. Improving care for the overlooked in oncology : incarcerated patients. *Lancet Oncol* [Internet]. 2019;20(10):1342–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30577-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30577-7)
- [65] Rich JD, Wakeman SE, Dickman SL. Medicine and the epidemic of incarceration. *New England Journal of Medicine*. 2011. p. 2081–3.

- [66] Fontanarosa J, Uhl S, Oyesanmi O, Schoelles KM. Interventions for Adult Offenders With Serious Mental Illness. *AHRQ Comp Eff Rev.* 2013;(121).
- [67] Davis DM, Bello JK, Rottnek F. Care of Incarcerated Patients. 2018;577–83.
- [68] Bronson J, Stroop J, Zimmer S, Berzofsky M. Drug use, dependence, and abuse among state prisoners and jail inmates, 2007-2009. *US Dep Justice, Off Justice Programs, Bur Justice Stat.* 2017;(June).
- [69] James DJ, Glaze LE. *STATS: Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates.* *Bur Justice Stat Spec Rep [Internet].* 2005;12. Available from: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>
- [70] Kaba F, Lewis A, Glowa-Kollisch S, Hadler J, Lee D, Alper H, et al. Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates. *Am J Public Health.* 2014;104(3).
- [71] Baillargeon J, Binswanger IA, Penn J V., Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *Am J Psychiatry.* 2009;166(1).

## Serment d'Hippocrate

*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.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

## قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية  
جامعة محمد الخامس بالرباط  
كلية الطب والصيدلة  
الرباط



أطروحة رقم: 137

سنة : 2021

# الوفيات بالوسط السجني دراسة عن 162 حالة تم تشريحها بمعهد الطب الشرعي التابع للمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

## أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف

السيدة مها المحيظ

المزودة في 27 مارس 1994 بالقنيطرة

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : إعتقال؛ الوفيات بالوسط السجني؛ السجن؛ الطب الشرعي

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد مصطفى عليلو أستاذ في الإنعاش والتخدير
مشرف	السيدة فضيلة آيت بوعزيمة أستاذة في الطب الشرعي
مساعد مشرف	السيد هشام بني عيش أستاذ في الطب الشرعي
عضو	السيد رزين رشيد أستاذ في الطب الاجتماعي والصحة العمومية