

FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURVIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : ÉTUDE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Guillaume Muasa Patoka Kalonji, Léon Ngongo Okenge, Félicien Ilunga-Ilunga, Adelin Albert et Didier Giet

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2019/5 Vol. 31 | pages 715 à 722

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-5-page-715.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Facteurs associés à la survie en milieu pénitentiaire : étude en République démocratique du Congo

Factors associated with prison survival: study in the Democratic Republic of Congo

Guillaume Muasa Patoka Kalonji^{1,2}, Léon Ngongo Okenge³, Félicien Ilunga Ilunga³, Adelin Albert¹, Didier Giet⁴

➔ Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés à la survie chez les détenus à la prison centrale de Mbuji-Mayi, située en République démocratique du Congo, entre janvier 2014 et décembre 2016.

Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective. Le taux de mortalité a été calculé durant la période de suivi de trois ans et la courbe de survie de Kaplan-Meier déterminée. La régression de Cox et le rapport de risque (HR) ont été utilisés pour analyser et quantifier les facteurs associés à la survie. L'étude a porté sur un total de 793 détenus.

Résultats : L'âge moyen des détenus était de 33 ± 10 ans (extrêmes : 17-67 ans) La durée médiane de suivi était de 12 mois pour un total de 7 513 personnes-mois. Le nombre de décès répertorié était de 135, soit un taux de mortalité de 17,9/1 000 personnes-mois. Les facteurs de risque associés au décès étaient la malnutrition (HR = 17,5 ; IC 95 % = [12,1 ; 25,4]) et la tuberculose (HR = 11,8 ; IC 95 % = [7,7 ; 17,8]).

Conclusion : Cette étude met en évidence un taux élevé de décès en milieu carcéral et identifie les deux facteurs potentiels (malnutrition et tuberculose) sur lesquels les autorités pénitentiaires et sanitaires se doivent d'agir.

Mots-clés : Prison ; Décès ; Facteur de risque ; République démocratique du Congo.

➔ Abstract

Objective: The objective of this study was to identify factors associated with survival among prisoners at Mbuji-Mayi Central Prison, in Democratic Republic of Congo between January 2014 and December 2016.

Methods: This is a retrospective cohort study. The mortality rate was calculated during the 3-year follow-up period and the Kaplan-Meier survival curve was determined. Cox regression and risk ratio (HR) were used to analyze and quantify factors associated with survival. The study involved a total of 793 inmates.

Results: The average age of inmates was 33 ± 10 years (extremes: 17-67 years). The median follow-up time was 12 months for a total of 7,513 person-months. The number of deaths recorded was 135, for a mortality rate of 17.9/1,000 person-months. Risk factors associated with death were malnutrition (HR = 17.5; 95% CI = [12.1; 25.4]) and tuberculosis (HR = 11.8; 95% CI = [7.7; 17.8]).

Conclusion: This study highlights a high rate of deaths in prisons and identifies the two potential factors (malnutrition and tuberculosis) that prison and health authorities need to address.

Keywords: Prison; Risk factor; Death; Democratic Republic of Congo.

¹ Département des sciences de la santé publique – Université de Liège – Liège – Belgique.

² École de santé publique – Université officielle de Mbuji-Mayi – Mbuji-Mayi – RD Congo.

³ Institut supérieur des techniques médicales – Kinshasa – RD Congo.

⁴ Département de médecine générale – Université de Liège – Liège – Belgique.

Introduction

Le nombre important de décès survenus en milieu carcéral suscite beaucoup d'interrogations quant à leurs causes. Plus de 10,35 millions de personnes sont détenues dans les établissements pénitentiaires à travers le monde, dans le cadre d'une détention provisoire ou d'une condamnation ferme [1].

Les conditions de détention des pays en développement sont loin d'être humaines et la santé des prisonniers est vulnérable, comme on peut le constater d'une manière générale dans presque tous les pays [1, 2]. Signalons que la mortalité au sein de la population incarcérée constitue un problème de santé publique et que les causes y afférentes méritent d'être élucidées. Selon Dugger [3], la prévalence de la malnutrition et de la tuberculose a progressé dans les prisons zambiennes, transformant pour certains une peine d'incarcération en peine de mort. Trois causes principales de décès en détention sont mises en évidence dans les pays développés : le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida, le suicide et les maladies cardiovasculaires. Une étude chinoise a classé ces décès en trois catégories et a montré qu'ils étaient dus à des maladies dans 80,3 % des cas, dont 39,4 % dus à un décès aigu, 26,2 %, à des maladies chroniques et 14,7 %, à des maladies infectieuses [4]. Dans leur étude sur la mortalité survenue après la libération des détenus de sexe masculin, Huber *et al.* ont trouvé que l'incarcération pouvait avoir un effet positif sur l'évolution du VIH, car elle permettrait de la diagnostiquer et de commencer le traitement antirétroviral. L'infection à VIH en milieu carcéral était observée au stade précoce chez 78,1 % des détenus avec comme infections opportunistes la tuberculose (10,9 %) et une histoplasmosse disséminée (4,1 %) [5].

Noonan *et al.* ont signalé une légère progression des décès en milieu carcéral aux États-Unis, passant de 958 cas en 2012 à 967 cas en 2013 [6]. Cependant, pour la Fédération des associations réflexion-action, prison et justice (Farapej), « la mort en prison est la marque ultime d'une dépersonnalisation et d'un oubli de la dignité des personnes détenues¹ ». Les conditions d'incarcération et certaines pratiques néfastes observées en prison aggraveraient la vulnérabilité des détenus face au VIH/sida,

comme le signalent Ouédraogo *et al.* dans une étude menée au Burkina Faso [7]. Huber *et al.* ont montré qu'en milieu carcéral, tous les décès enregistrés concernaient des hommes, avec une incidence de 42,2/1 000 personnes-années. Les facteurs associés au décès étaient l'âge et le nombre de lymphocytes T CD4 restants dans l'organisme avant la libération des détenus. Pour Liao *et al.*, la violence serait, selon les familles et les procureurs, à l'origine de 62,3 % des décès survenus dans les prisons chinoises [4].

En République démocratique du Congo (RDC), la population carcérale était estimée à 30 000 détenus en 2004 et le pays en comptabilisait 22 722 en 2010 pour une population totale de 67,82 millions [1]. Le système pénitentiaire congolais fait face à plusieurs problèmes, en l'occurrence, les mauvaises conditions de détention, la vétusté des infrastructures pénitentiaires et la surpopulation carcérale [8-10]. Selon le Bureau conjoint des Nations unies aux droits de l'homme en RDC (BCNUDH), les causes de décès sont multiples, mais principalement liées aux conditions de détention, à la faiblesse, voire l'absence de prise en charge des besoins de base des détenus, ainsi qu'à la précarité d'une institution pénitentiaire qui n'est que rarement obligée de rendre des comptes aux détenus ou aux pouvoirs publics [11]. Entre 2010 et 2012, le BCNUDH a documenté 211 décès survenus en détention en RDC sur un total de 20 000 détenus répartis dans 222 lieux de détention, sans compter ceux tenus secrets par les services de renseignements national et provinciaux [11].

La prison de Mbuji-Mayi n'est pas épargnée par cette situation, tant en termes de surpopulation² que de mortalité, cette dernière ayant progressé de 14,8 % entre 2014 et 2016. Cependant, rares sont les études consacrées à l'analyse des causes de décès dans les prisons centrales de la RDC d'une façon générale, et plus particulièrement dans celle de la ville de Mbuji-Mayi. C'est dans ce contexte que la présente étude a été menée, avec pour objectif d'analyser les causes de décès survenus dans la prison centrale de Mbuji-Mayi et d'identifier les facteurs de risque sur lesquels les autorités pénitentiaires et sanitaires pourraient agir pour répondre à l'injonction formulée par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples³ [12], de protéger la vie des détenus.

¹ Propos recueillis dans le cadre de l'hommage « La mort en prison, hommage et mise en lumière » organisé par le collectif Les morts de la prison et la Farapej le 29 mars 2016.

² Notons que nous nous trouvons dans un contexte de surpopulation carcérale avérée dans cette prison, dont la capacité d'accueil initiale était de 400 détenus pour une population actuelle de 1731 détenus, soit plus de quatre fois la capacité maximale prévue lors de sa construction.

³ Nous faisons plus précisément référence ici à ses articles 4 et 7.

Matériels et méthodes

Cadre de l'étude

Cette étude a été menée à la prison centrale de Mbuji-Mayi, au centre de la RDC, dans la commune de Diulu, située dans la province du Kasai oriental. La RDC recense 266 prisons, dont 120 fonctionnelles. Chaque prison possède un centre de santé où un médecin est affecté pour la prise en charge des détenus. Cette unité sanitaire est sous la tutelle conjointe des ministères de la Justice et de la Santé. Les principales prisons sont situées dans le chef-lieu des provinces et les grandes cités. Selon les informations obtenues auprès du greffe, la prison de Mbuji-Mayi compte actuellement 800 pensionnaires. Construite en 1952 pour une capacité de 150 détenus, sa population a quintuplé par rapport à sa capacité d'accueil initiale, ce qui caractérise une situation de surpopulation. La prison dispose d'un dispensaire, mais l'étroitesse du local ne lui permet pas de garder de détenus en observation, la superficie de la salle de consultation étant d'environ 4 m × 6 m. Le dispensaire joue donc un simple rôle de secours, les cas urgents étant parfois transférés à l'hôpital de référence. Les familles prennent en charge les soins du patient détenu et, le cas échéant, son transport. Un médecin d'État est affecté pour assurer les consultations des détenus présentant un problème de santé. La prise en charge dans ce dispensaire est sous la supervision d'un médecin généraliste, secondé par trois médecins vacataires et quatre infirmiers qui assurent le suivi des détenus. Le dispensaire dispose de deux pièces, dont une pour la consultation et les soins. Aucun examen n'est prévu à l'entrée, sauf pour un détenu malade. La prison dispose de huit dortoirs pour une moyenne de 70 pensionnaires chacun ; ils sont équipés de cinq douches et cinq toilettes, dont trois réservés aux hommes et deux, aux femmes. Le bâtiment de la prison se trouve dans un état de vétusté avancé qui nécessite une aide extérieure des organismes non gouvernementaux pour améliorer le quotidien des détenus⁴.

Type d'étude et population d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective qui a porté sur la totalité des détenus à la prison centrale de Mbuji-

⁴ Ces données ont été extraites du rapport du greffe complété par celui du Service médical de la prison centrale de Mbuji-Mayi, produits en 2015.

Mayi sur une durée de trois ans, entre janvier 2014 et décembre 2016. La population d'étude était composée de 793 détenus.

Collecte des données

La collecte des données a été réalisée par les professionnels de santé affectés au Centre de santé de la prison, essentiellement sur la base des informations émanant des dossiers médicaux et de la Direction de la prison. Pour chaque détenu ont été répertoriés l'âge, le sexe et la durée de détention au moment de l'inclusion dans l'étude. En ce qui concerne les données de santé, ont été relevées la présence ou l'absence (i) de malnutrition, confirmée en calculant l'indice de risque nutritionnel (*nutritional risk index* [NRI]) ou l'index de Buzby ; (ii) de tuberculose, confirmée par des examens paracliniques (radiographie pulmonaire, examen de crachats effectué par la technique de Ziehl Nelsen et microscopie à fond noir à l'auramine) réalisés au laboratoire provincial du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT-Congo), en collaboration avec le Centre de santé de la prison ; (iii) d'infection respiratoire aiguë, et (iv) de sévices corporels (torture).

Éthique

L'autorisation de conduire la recherche a été obtenue auprès du Comité d'éthique de l'institut supérieur des techniques médicales (ISTM) de Mbuji-Mayi, de l'université officielle de Mbuji-Mayi (UOM), des ministères de la Santé et de la Justice de la province du Kasai oriental et du greffe de la prison centrale de Mbuji-Mayi. Pour des raisons de confidentialité, l'anonymat de toutes les conversations avec les différents acteurs intervenant à la prison a été garanti.

Analyse statistique des données

Les données quantitatives sont présentées ci-après sous forme de moyenne ± écart-type (SD) ou de médiane et d'intervalle interquartiles (IQR) pour les données de suivi. Les données qualitatives sont résumées sous forme d'une table de fréquences. Les données de survie sont illustrées graphiquement selon la méthode de Kaplan-Meier. Les facteurs pronostiques de la survie intracarcérale ont été analysés par la méthode de régression de Cox. L'association entre chaque facteur et la durée de vie a été quantifiée par le rapport de risque (*hazard ratio* [HR]) brut et ajusté avec

Tableau I : Description de la population carcérale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et données de santé ($n = 793$)

Caractéristiques	Nombre (%)	Médiane (IQR)	Moyenne \pm SD
Âge (années)			33 \pm 10
Âge \geq 30 ans	412 (52,0)		
Sexe masculin	759 (95,7)		
Incarcération au moment de l'étude	643 (81,1)		
Durée d'incarcération au moment de l'étude (mois)		15 (2-84)	
Durée de suivi (mois)		12 (4-36)	
État de santé			
Malnutrition	142 (17,9)		
Tuberculose	65 (8,2)		
Infection respiratoire aiguë	4 (0,5)		
Séviçes corporels	368 (46,4)		

son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). La proportionnalité des risques a été vérifiée par le parallélisme des courbes. Les variables incluses dans le modèle final ont été sélectionnées par une procédure pas-à-pas dégressive. Le test de Hosmer et Lemeshow a été utilisé pour vérifier l'ajustement des modèles. Le seuil de signification statistique retenu était de 5 % ($p < 0,05$). Tous les calculs ont été effectués avec le logiciel de statistiques Stata[®] 12.

Résultats

Les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé de la population carcérale sont présentés dans le tableau I. L'âge moyen des 793 détenus était de 33 \pm 10 ans (extrêmes : 17-67 ans) et 48,1 % avaient moins de 30 ans. On dénombrait 95,7 % de détenus de sexe masculin. Au moment de leur enrôlement dans l'étude, 643 (81,1 %) des sujets étaient déjà en détention, avec une durée médiane d'incarcération de 15 mois (IQR : 2-84 mois). La durée médiane de suivi des détenus a été de 12 mois (IQR : 4-36 mois) pour un total de 7 513 personnes-mois. Le nombre cumulé de décès sur la période de suivi était de 135, soit un taux de mortalité, toutes causes confondues, de 17,9 pour 1 000 personnes-mois d'incarcération. Selon la courbe de Kaplan-Meier, le taux de survie à trois ans est de 70,9 % (figure 1). Sur le plan médical, 142 détenus (17,9 %) souffraient de malnutrition et 65 (8,2 %) étaient atteints de tuberculose ; 4 détenus (0,5 %) présentaient une infection respiratoire aiguë. Enfin, 368 détenus (46,4 %) avaient été victimes de séviçes et de violences corporelles.

L'analyse de la survie par rapport à chaque facteur de risque pris séparément (analyse univariée) (tableau II) a été obtenue par régression de Cox et quantifiée par HR et son intervalle de confiance à 95 %. Aucune association avec l'âge et le sexe n'a été retrouvée. Toutefois, les détenus déjà incarcérés au moment de l'inclusion dans l'étude présentaient un risque de décès trois fois plus élevé que les autres. Les données de santé révèlent un risque accru de décès en cas de malnutrition (HR = 12,3) ou de tuberculose (HR = 6,1). Compte tenu des faibles effectifs, l'association de la survie avec l'infection respiratoire aiguë et les séviçes corporels n'a pas été prise en compte.

En analyse multivariée (tableau III), après ajustement à l'enrôlement pour l'âge et le sexe, la malnutrition, la tuberculose et l'incarcération restaient des facteurs significativement associés à la survie ; les détenus souffrant de malnutrition, ceux atteints de tuberculose et ceux déjà incarcérés présentaient respectivement un risque de décès de 17,2 ; 10,9 et 2,6 fois plus élevé que les autres ($p < 0,001$).

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les facteurs associés de survie dans la prison de Mbuji-Mayi en fonction de la période d'incarcération. Ont été inclus 793 prisonniers. Le but était de connaître les véritables causes de mortalité enregistrée dans cette prison centrale du chef-lieu de la province du Kasai oriental qui représente l'une des plus riches du pays. Le taux de mortalité toutes causes confondues était de 17,9 pour 1 000 personnes-mois d'incarcération.

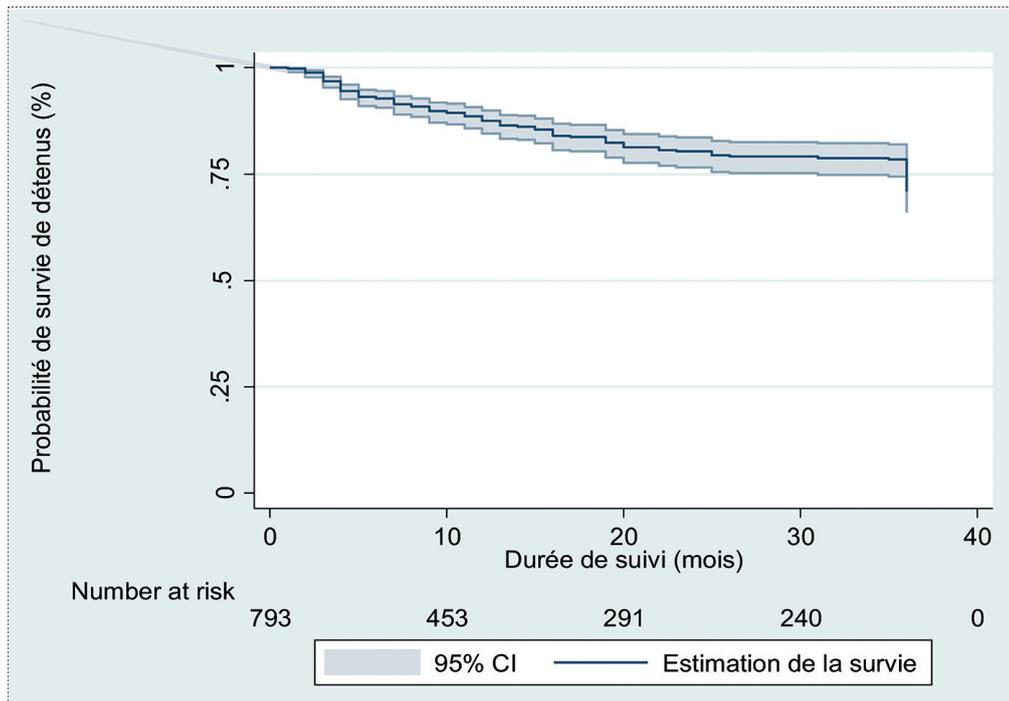


Tableau II : Facteurs démographiques et de santé associés à la durée de vie intracarcérale au niveau univarié (2014-2016)

Facteur	Survie n (%)	Décès n (%)	HR (IC 95 %)	p-value
Âge (années)				
< 30	312 (81,9)	89 (18,1)	1,2 (0,9 ; 1,7)	0,22
≥ 30	346 (83,9)	66 (16,1)	1	
Sexe				
Masculin	627 (82,6)	132 (17,4)	1,7 (0,5 ; 5,3)	0,37
Féminin	31 (91,2)	3 (8,8)	1	
Incarcération au moment de l'étude				
Oui	530 (82,4)	113 (17,6)	3,5 (2,2 ; 5,6)	< 0,001
Non	128 (85,3)	22 (14,7)	1	
Malnutrition				
Oui	68 (47,9)	74 (52,1)	12,3 (8,6 ; 17,6)	< 0,001
Non	590 (90,6)	61 (9,4)	1	
Tuberculose				
Oui	30 (46,2)	35 (53,8)	6,1 (4,1 ; 9)	< 0,001
Non	628 (86,3)	100 (13,7)	1	
Infection respiratoire aiguë				
Oui	2 (50,0)	2 (50,0)	NA	NA
Non	656 (83,1)	133 (16,8)	NA	NA
Séviçes corporels				
Oui	363 (98,6)	5 (1,4)	NA	NA
Non	295 (69,4)	130 (30,6)	NA	NA

Tableau III : Facteurs associés à la durée de vie intracarcérale au niveau multivarié (2014-2016)

Facteur	HR (IC 95 %)	p-value
Malnutrition	17,2 (11,7 ; 25,3)	< 0,001
Tuberculose	10,9 (7,1 ; 16,7)	< 0,001
Incarcération au moment de l'étude	2,6 (1,5 ; 4,5)	< 0,001

Tuberculose et décès

Nos résultats montrent que la probabilité de décès diffère selon les causes, et que celles-ci ne peuvent séparées des conditions d'incarcération. Le risque de décès était 11 fois plus élevé lorsque les détenus étaient atteints de tuberculose. Les prisons sont en effet des foyers privilégiés d'infection. Le risque de décès dû à la tuberculose en milieu carcéral a été mis en évidence dans plusieurs pays, notamment au Kazakhstan, où le taux de décès lié à la tuberculose serait quatre fois plus élevé au sein de la population carcérale que dans la population générale. Au Tadjikistan, une étude réalisée en 2004 a montré que 78 % de ces décès concernaient des prisonniers [13]. Dans les prisons russes, la tuberculose serait aussi à l'origine de la mortalité dans environ 80 % des cas [14]. Ces résultats vont donc dans le même sens que nos résultats. Signalons que la durée d'incarcération dans cette étude a montré que le risque de décès était trois fois plus élevé pour les détenus présents au moment de l'étude. Ces résultats rejoignent ceux d'autres auteurs qui ont constaté un lien significatif entre la durée du séjour en prison et l'accroissement du risque de tuberculose-infection et de tuberculose-maladie. Dinkins *et al.* ont montré par exemple que dans les prisons de la ville de New York, les détenus non infectés à leur arrivée en prison présentaient un risque deux fois plus élevé de développer la tuberculose-maladie après un an de détention [15]. De même, selon Aerts *et al.*, en Russie, les prisonniers incarcérés pendant au moins deux ans seraient plus à risque de développer la tuberculose-maladie que ceux qui avaient été détenus pendant moins d'un an [16]. La survenue de la tuberculose en milieu carcéral est estimée à une fréquence jusqu'à cent fois supérieure à celle de la population en liberté, à cause du surpeuplement et de manque d'aération dans ces milieux, ce qui constitue un défi majeur pour le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose en RDC.

Malnutrition et décès

Les résultats de la présente étude ont montré que la malnutrition, dans le groupe de détenus, était associée de façon indépendante au risque décès dans la prison de Mbuji-Mayi. Le risque était estimé 17 fois supérieur lorsque le détenu présentait une malnutrition sévère. La majorité des détenus était en mauvaise santé ; or les maladies touchant des organismes affaiblis par la malnutrition font des ravages mortels. Le *Rapport du bureau conjoint des Nations unies aux droits de l'homme (MONUSCO-HCDH) sur les décès dans les lieux de détention en République démocratique du Congo* [11] souligne ainsi les nombreux décès provoqués par la famine régnant dans certains de ces lieux de détention. La prison de Mbuji-Mayi en fait partie, ce qui confirme nos résultats. La situation nutritionnelle y est à ce point déplorable que l'État a cessé depuis plusieurs années de fournir de la nourriture aux prisonniers. Ce sont les familles des détenus eux-mêmes, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) ou encore certains organismes et personnes charitables, organisations non gouvernementales (ONG) et confessions religieuses qui subviennent aux besoins des détenus. Nos résultats corroborent les observations faites par le CICR à Madagascar, où près d'un prisonnier sur deux souffre de malnutrition modérée ou sévère. En 2015, ce sont plus de 9 000 détenus qui ont été identifiés comme malnutris [17].

Il convient de signaler que la surpopulation, le confinement prolongé dans un espace restreint, peu éclairé et, par conséquent, mal ventilé et souvent humide, sont des conditions souvent associées à l'emprisonnement qui contribuent à propager des maladies et participent d'une mauvaise santé. Ces facteurs, souvent conjugués au manque d'hygiène, à une alimentation inadaptée et à un accès restreint ou inexistant à des soins médicaux convenables, font des conditions de détention dans les prisons un problème majeur de santé publique.

Notons que les causes de mortalité mises en évidence dans notre étude restent spécifiques à ce milieu, où les détenus sont abandonnés à leur sort face aux maladies dites « de mains sales ». L'insalubrité et la consommation d'aliments impropres, le manque de vivres et l'impossibilité d'accéder à des soins médicaux de qualité accentuent le mauvais état des détenus dans plusieurs prisons en RDC. En comparaison avec les résultats de l'étude de Binswanger *et al.* [18] sur les facteurs de risque indépendants de mortalité en prison aux États-Unis, ceux de notre étude témoignent des conditions les plus médiocres, décrites par plusieurs organismes [8, 11, 12].

L'incarcération nuit à la santé des individus, de leurs familles et de leur communauté, surtout en RDC où les conditions d'incarcération sont inhumaines. Les services de santé sont fréquemment limités, inadéquats, voire inexistant. La plupart des détenus sont issus de familles à bas revenus ou de communautés marginalisées. À ce titre, ils ont plus de risques d'entrer en détention avec des pathologies lourdes non diagnostiquées, donc non traitées faute de moyen de dépistage. Nos résultats corroborent les observations faites dans les prisons zambiennes où le fait de passer du temps en prison peut parfois être synonyme de peine de mort, quels que soient le crime commis ou le jugement prononcé, car les conditions de vie derrière les barreaux engendrent des taux élevés de VIH et de tuberculose, qui constituent des pathologies fréquemment mortelles [19].

Notre étude confirme ainsi le constat établi par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) selon lequel les effets préjudiciables de la surpopulation et de l'insalubrité extrêmes sur la santé et le bien-être des détenus, combinés à la durée de la période de détention dans de telles conditions, contribuent à un traitement inhumain et dégradant et à la mortalité élevée, enregistrée dans le milieu pénitentiaire [20].

Limite de l'étude

Les problèmes psychologiques n'ont pas été documentés dans cette étude, car les détenus n'ont pas eu accès à la visite d'un psychologue ou d'un psychiatre. Le facteur « torture » peut donc être sous-estimé, de nombreux cas de décès n'étant pas déclarés et l'accès aux données des détenus gardés en lieu secret demeurant confidentiel pour raison de sécurité. La plus grande limite reste le manque d'informations sur la sérologie des détenus et leur potentielle contamination au VIH, qui représente une cause fréquente de développement de la malnutrition et la tuberculose. Le lien entre le VIH et la tuberculose est en effet extrêmement étroit, et le développement de la pandémie de VIH/SIDA est l'une des raisons de la recrudescence de la tuberculose, notamment sur le continent africain.

Conclusion

La prévalence de maladies comme la tuberculose, de la malnutrition et le mauvais état de santé global de l'ensemble de la population carcérale constituent des preuves évidentes

incontestables de l'impact négatif du milieu carcéral sur la santé. Un nombre important des détenus décèdent à cause d'une alimentation insuffisante, de conditions de détention difficiles et d'un défaut de dépistage de certaines maladies comme la tuberculose au moment de leur entrée en prison. Une prise en charge correcte et une alimentation équilibrée éviteraient la mortalité élevée observée dans ce milieu. La santé carcérale doit faire partie intégrante du système de santé en RDC pour permettre à tout citoyen, quel que soit son statut, de bénéficier d'un accès à des soins.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Walmsley R, World Prison Brief (WPB). World Prison Population List. 11th ed. London: ICPR; 2016. [Visité le 16/07/2017]. En ligne : https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf.
2. Agunbiade OM. Prison health in Nigeria: A sociological discourse. Afr J Pol Sci Int Relat. 2013;7(2):38-41. DOI : 10.5897/AJPSIRO8.009.
3. Dugger CW. Report calls Zambia's prisons "Death Traps". The New York Times; 27/04/2010 [Visité le 16/07/2017]. En ligne : <https://www.nytimes.com/2010/04/28/world/africa/28zambia.html>.
4. Liao H, Yan J, Zha L, Guo Y, Qiu T, Cai J. Investigation of the controversial deaths in incarcerated population in Hunan province of China. Rom J Leg Med. 2014;22(3):181-6.
5. Huber F, Merceron A, Madec Y, Gadio G, About V, Pastre A, *et al*. High mortality among male HIV-infected patients after prison release: ART is not enough after incarceration with HIV. PLoS ONE 2017; 12(4):e0175740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175740>.
6. Noonan M, Rohloff H, Ginder S. Mortality in local jails and state prisons, 2000-2013: Statistical tables, U.S. Washington, US: Bureau of Justice Statistics/Office of Justice Programs; 2015. NCJ 248756. [Visité le 16/07/2017]. En ligne : <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mljsp0013st.pdf>.
7. Ouédraogo O, Garanet F, Sawadogo S, Mesenge C, Guiard, Schmid J. La vulnérabilité des détenus hommes face au VIH/sida à Ouagadougou (Burkina Faso). Santé publique. 2015;27(7):749-56.
8. Centre d'études et de formation populaire pour les droits de l'homme (Cefop/DH). État des lieux de la situation des prisons dans la Province du Kasai Oriental en République démocratique du Congo : Résultats d'une enquête menée de septembre 2013 à juin 2014 dans les villes de Mbuji-Mayi et Mwene Ditu. Mbuji-Mayi, RDC : Cefop/DH ; 2013. [Visité le 16/07/2017]. En ligne : <http://cefopdh.org/wp-content/uploads/2013/07/Etat-des-lieux-de-la-situation-des-prisons-dans-la-Province-du-Kasa%3%AF-Oriental-en-R%3%A9publique-D%3%A9mocratique-du-Congo.pdf>.
9. Kinombe CK. La surpopulation carcérale dans les prisons congolaises : causes, effets et pistes de solution. KAS African Law Study Library. 2016;3:603-30.

10. Tournier PV. Dictionnaire de démographie pénale : Des outils pour arpenter le champ pénal. Paris : L'Harmattan ; 2010.
11. Mission de l'Organisation des Nations unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo (MONUSCO), Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH). Rapport du bureau conjoint des Nations unies aux droits de l'homme (MONUSCO-HCDH) sur les décès dans les lieux de détention en République démocratique du Congo. Genève : MONUSCO-HCDH ; 2014. [Visité le 25/8/2018]. En ligne : https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CD/UNJHROApril2014_fr.pdf.
12. Organisation de l'Unité africaine (OUA). Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, adoptée par la 18^e Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'OUA. Nairobi, Kenya ; 26/06/1981. [Visité le 25/8/2018]. En ligne : https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_human_people_rights_1981f.pdf.
13. Walcher G. Prisons as regional drivers of HIV/AIDS and tuberculosis in some Central Asian countries: a matter of "least eligibility"? *Int J Prisoner Health*. 2005;1(2-4):103-15.
14. Farmer P, Yang A. Tuberculosis and HIV in prison. *Harm Reduction News*. 2004;5(3).
15. Dinkins DN, Hamburg MA. The New York City task force on tuberculosis in the criminal justice system: Final report. New York; 1992.
16. Aerts A, Habouzit M, Mschiladze L, *et al*. Pulmonary tuberculosis in prisons of the ex USSR state Georgia: results of a nation-wide prevalence survey among sentenced inmates. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000;4(12):1104-10.
17. International Committee of the Red Cross (CIRC). Madagascar détention et malnutrition : Une double peine parfois fatale [Internet]. 2016. [Visité le 25/5/2019]. En ligne : <https://www.icrcnewsroom.org/story/fr/1504/madagascar-malnutrition-can-turn-a-prison-sentence-into-a-death-sentence>.
18. Binswanger IA, Stern MF, Yamashita TE, Mueller SR, Baggett TP, Blatchford PJ. Clinical risk factors for death after release from prison in Washington State: a nested case-control study. *Addiction*. 2016;111(3):499-510.
19. Topp SM, Moonga CN, Luo N, Kaingu M, Chileshe C, Magwende G, *et al*. Mapping the Zambian prison health system: An analysis of key structural determinants. *Global Public Health*. 2017;12(7):858-75.
20. Cour européenne des droits de l'homme (CEDH). Fiche thématique : Conditions de détention et traitement des détenus juin 2018. [Visité le 29/07/2018]. En ligne : https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_FRA.pdf.