

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1988 - 1989

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1988

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale (1)
sur le projet de loi de finances pour 1989, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE.

TOME V

JUSTICE

ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

Par M. Jacques THYRAUD,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jacques Larché, président ; Félix Ciccolini, Charles de Cuttoli, Paul Girod, Louis Virapoullé, vice-présidents ; Germain Authié, René-Georges Laurin, Charles Lederman, Pierre Salvi, secrétaires ; MM. Guy Allouche, Alphonse Arzel, Gilbert Bauret, Christian Bonnet, Raymond Bouvier, Auguste Cazalet, Jean Clouet, Henri Collette, Raymond Courrière, Etienne Dailly, Michel Darras, André Daugnac, Marcel Debarge, Luc Dejoie, Michel Dreyfus-Schmidt, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, MM. François Giacobbi, Jean-Marie Girault, Paul Graziani, Hubert Haenel, Daniel Hoeffel, Charles Jolibois, Bernard Laurent, Paul Masson, Jacques Mossion, Hubert Peyou, Claude Pradille, Albert Ramassamy, Roger Romani, Marcel Rudloff, Michel Rufin, Jacques Thyraud, Jean-Pierre Tizon.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) : 160 et annexes, 294 (annexe n° 24), 298 (Tome VIII) et T.A. 24.
Sénat : 87 et 88 (annexe n° 22) (1988-1989).

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	3
I. L'EFFORT EN MATIÈRE DE CONSTRUCTION PÉNITENTIAIRE	5
1. Le programme classique	5
2. Le programme de construction des "nouvelles prisons" ..	6
3. Les dépenses d'équipement en 1988	9
II. LES PERSONNELS PÉNITENTIAIRES	11
1. Les effectifs	11
2. La situation des personnels	11
III. LA POPULATION PÉNALE	13
1. Le milieu fermé	13
a) <i>Effectifs et caractéristiques de la population pénale</i>	13
b) <i>La santé des détenus</i>	16
2. Le milieu ouvert	20
a) <i>Le sursis assorti de la mise à l'épreuve</i>	20
b) <i>Le travail d'intérêt général</i>	21
c) <i>La libération conditionnelle</i>	24
d) <i>Le contrôle judiciaire</i>	24
e) <i>La sortie de prison</i>	24
f) <i>Les mesures d'enquêtes effectuées par les services de probation</i>	24
g) <i>Les chantiers extérieurs</i>	25
Annexe : rapport présenté à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons	27

Mesdames, Messieurs,

D'un montant de 3,578 Mds de francs, le budget ordinaire de l'administration pénitentiaire "consomme" près de 27 % des crédits affectés à la Justice dans le projet de loi de finances pour 1989.

L'ensemble des crédits de paiement progressera d'environ 10 % avec une augmentation de près de 5 % en dépenses ordinaires et de plus de 23 % en dépenses en capital;

Le projet initial prévoyait, d'autre part, la création de 660 nouveaux postes budgétaires ; les crédits supplémentaires "dégagés", sur ce point, à la suite de la discussion budgétaire à l'Assemblée nationale (24,3 millions de francs) permettront 420 recrutements supplémentaires : 370 de surveillants et 50 de personnels administratif.

La Chancellerie annonce qu'elle orientera sa politique autour de trois priorités :

- la réalisation du programme de construction de nouveaux établissements pénitentiaires ;

- la modernisation et l'amélioration du fonctionnement des établissements existants ;

- un effort significatif en faveur des personnels pénitentiaires notamment à la suite du débat budgétaire à l'Assemblée nationale.

Votre rapporteur pour avis constate que le programme de construction de nouvelles prisons, sous réserve de quelques aménagements, n'a pas été mis en cause.

La vétusté et l'insuffisance de notre parc pénitentiaire exigeait qu'un effort prioritaire soit consenti pour désengorger des établissements -en particulier de très nombreuses maisons d'arrêt- dans lesquels les conditions de détention ne sont pas compatibles avec la conception que tous, nous nous faisons de la dignité de l'homme.

Les moyens budgétaires déjà affectés au programme devraient, selon la Chancellerie, permettre la création de 13 000 nouvelles places dont 7 400 (au sein de douze nouveaux établissements) dès le printemps de 1990.

La modernisation et l'amélioration du fonctionnement des établissements pénitentiaires existants apparaissent aussi comme un impératif majeur. On peut peut-être d'ailleurs se demander si une partie au moins des dotations considérables affectées au programme de création des nouvelles prisons n'aurait pas pu être mieux utilisée à cette fin.

Quant au renforcement des effectifs et aux mesures nouvelles en faveur des personnels pénitentiaires votées à l'Assemblée nationale pour la mise en oeuvre du protocole d'accord signé au mois d'octobre dernier avec leurs représentants, ils ne peuvent que recueillir notre plus vif assentiment ; les récents mouvements que nous avons tous en mémoire nous ont montré à quel point la situation était "explosive" et commandait des solutions d'urgence.

Sur ces différents points, le projet de budget de l'administration pénitentiaire traduit, dans un contexte budgétaire général plutôt austère et, s'agissant de la justice en particulier, fort médiocre la prise en compte d'une priorité.

Après avoir évoqué le renforcement et la modernisation de notre parc pénitentiaire puis l'amélioration de la situation des personnels, votre rapporteur pour avis insistera plus particulièrement, cette année, sur une question qu'il juge très préoccupante : la santé de la population pénale. Une visite à l'hôpital de Fresnes lui a permis de prendre la mesure d'un problème dont toute la gravité n'a peut-être pas été suffisamment perçue jusqu'à présent : l'infection par le virus d'immunodéficience (H.I.V.) qui peut déboucher sur un S.I.D.A..

I. L'EFFORT EN MATIÈRE DE CONSTRUCTION PÉNITENTIAIRE

Au 1er juillet 1988, on dénombrait 173 établissements pénitentiaires en métropole, soit 141 maisons d'arrêt, 12 maisons centrales, 25 centres de détention, 9 centres de semi-liberté et 13 "centres pénitentiaires" qui sont des établissements comprenant différentes unités de détention - maisons d'arrêt, centre de détention - mais comportant un greffe unique.

Le budget d'équipement de l'administration pénitentiaire s'élèvera en 1989 à 1.806 millions de francs (chapitre 57-20). Sur ce montant, 1.583 millions de francs seront consacrés aux centres de détention et établissements particuliers (programme de construction des "nouvelles prisons" et solde des opérations engagées antérieurement à 1988), 220 millions de francs aux maisons d'arrêt et centres de semi-liberté (programme de construction de nouvelles prisons et solde des opérations engagées avant 1988) ; enfin, 3 millions de francs à l'Ecole Nationale d'administration pénitentiaire.

En 1988, on le sait, le budget d'équipement de l'administration pénitentiaire a été concentré sur la mise en oeuvre du programme de création de 13.000 places supplémentaires, programme initialement fixé à 15.000 places en 1987.

1. Le programme classique

En 1988, les crédits ouverts pour le programme classique ne se sont donc élevés qu'à 10 millions de francs.

Les opérations exécutées en 1988 pour l'amélioration, le réaménagement ou l'extension des établissements pénitentiaires ont été ainsi financés par des crédits prévus par la loi de finances de 1987 auxquels il convient d'ajouter les 10 millions de francs prévus par la loi de finances 1988. Un décret de "dépenses accidentelles" a été, d'autre part, publié le 9 mars 1988 afin de financer une partie des

travaux de reconstruction de la maison centrale de Saint Maur gravement endommagée par les mutineries de novembre 1987. (40 millions de francs ont ainsi été dégagés).

Les affectations correspondantes sont indiquées dans les tableaux ci-après, en AP et en CP, valeur 30.06.1988.

Ce sont 2.554 places nouvelles qui auront été mises en service en 1988 dont 1.026 places dans le cadre du programme d'urgence, 508 places par voie de restructuration et 1.020 places par l'ouverture d'établissements neufs.

En 1989, il est prévu de réaliser la dernière tranche du programme d'urgence dont l'achèvement du **centre de détention de Montmedy** aménagé dans une ancienne caserne (477 places). Ce programme aura porté en définitive sur la création de 4.222 places depuis le 2ème semestre 1986.

Deux établissements nouveaux seront encore mis en service : la **maison d'arrêt de Brest** et le **centre pénitentiaire du Val de Reuil** qui comporte 800 places réparties sur deux établissements où devraient être affectés des condamnés de la région parisienne.

2. Le programme de construction des "nouvelles prisons"

On sait que pour porter remède à l'insuffisance parfois scandaleuse des capacités du parc immobilier pénitentiaire, un important programme de construction a été lancé en 1987 ; l'enveloppe nécessaire fut fixée à 4,050 millions de francs.

Le budget de 1988 a prévu 3.240 MF en autorisations de programme et 734 MF en crédits de paiement ; un décret d'avance en date du 31 août 1987 avait, déjà, "dégagé" 810 millions de francs ou autorisations de programme et 146 millions de francs en crédits de paiement.

Le projet de budget pour 1989 a prévu, quant à lui, 1.428 millions de francs en crédits de paiement.

On se rappelle que ce sont **quatre marchés de conception-construction-aménagement** qui ont été signés avec les groupements privés le 12 avril 1988.

La tranche ferme des travaux des quatre zones géographiques (13 établissements initialement et 12 désormais) est la seule qui fasse pour le moment l'objet d'un engagement financier définitif. Son coût s'élève à 1.903 millions de francs. Les engagements hors marché pour les études contrôles, travaux d'accompagnement, provision pour révision de prix, font porter le montant des engagements à près de 2.,1 Mds F.

Les marchés prévoyaient un calendrier à options pour l'engagement de deux tranches conditionnelles qui portaient respectivement sur 6 et 10 établissements.

Les moyens budgétaires déjà affectés au programme devraient permettre la réalisation d'environ 13.000 places.

Les nouvelles orientations de la Chancellerie sur l'exécution du programme initial ont les conséquences suivantes :

. la suppression de quatre centres de détention :

- à Vienne le Château (Marne), cet établissement faisait partie de la tranche ferme (400 places) ;

- à Courville (Eure et Loir) (600 places) ;
- à Prat-Bonrepaux (Ariège) (400 places) ;
- à Boulay (Moselle) (400 places).

Ces trois derniers établissements faisaient partie des tranches conditionnelles du programme initial. Le nombre de places supprimées est ainsi de 1.800.

. la modification de la catégorie de huit établissements :

- la transformation du centre de détention de Grasse (600 places) en une maison d'arrêt ;

- la transformation des centres de détention de Chateauroux, Maubeuge, Longuenesse, Laon, Varennes le Grand et de Saint-Quentin Fallavier en Centres pénitentiaires (c'est-à-dire des structures mixtes comportant maison d'arrêt et centre de détention) ;

- la transformation du centre de détention d'Arles (400 places) en une maison centrale d'une capacité de 200 places.

A proximité géographique des maisons d'arrêt ou centres pénitentiaires du nouveau programme, la Chancellerie souhaiterait créer des unités d'accueil de détenus bénéficiant du régime de semi-liberté. La capacité d'accueil totale réservée à ce régime serait comprise entre 200 et 400 places.

Une négociation est d'ores et déjà engagée avec les groupements intéressés pour la mise au point d'un avenant concernant les deux tranches conditionnelles..

Le calendrier de réalisation des établissements, figurant dans l'avenant, serait établi de sorte que les besoins en crédits de paiement de l'exercice de 1989 demeurent compatibles avec l'enveloppe des mesures votées.

En tout état de cause, les établissements dont l'ouverture est prévue dès la fin de 1989 sont au nombre de quatre :

- centre de détention de Saint Mihiel	.....	400 places
- centre de détention de Joux la Ville	.....	600 places
- centre de détention de Tarascon	.....	600 places
- maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelonne (Montpellier)	.....	600 places
Soit	.....	2.200 places

La Chancellerie annonce que dès le mois de mai 1990, ce sont 12 établissements nouveaux qui devraient être mis en service en renforçant la capacité d'accueil de notre parc pénitentiaire de 7 400 places.

Votre rapporteur a jugé utile, pour sa part, de prendre connaissance des plans de quatre "nouvelles prisons". A une exception près, il ne lui est pas apparu que les "concepteurs" aient fait preuve d'une grande originalité tant dans la conception architecturale que dans le mode de fonctionnement (y compris les moyens de surveillance) des nouveaux établissements.

La création des places nouvelles de détention nécessite, dès 1989, (car il faut tenir compte de la durée de formation de ces personnels) les créations d'emplois suivantes :

- 33 personnes de direction (s'ajoutant aux 27 emplois créés en 1988) ;

- 76 personnels administratifs ;
- 4 personnels techniques ;
- 460 personnels de surveillance ;
- 35 personnels éducatifs et 12 assistants sociaux.

Il sera, en outre, créé 4 emplois d'ingénieurs pour renforcer la délégation chargée de sa réalisation et 9 emplois de juges d'application des peines.

Les moyens de l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire seront, d'autre part, renforcés : création de 23 emplois de formateurs, de 4 emplois de gestion, augmentation des crédits de fonctionnement de 5,6 millions de francs.

Au total, **660 postes budgétaires nouveaux** sont donc prévus au budget de 1989 ; les emplois supplémentaires nécessaires à l'ouverture d'autres établissements au cours du premier semestre 1990 devront être mis en place en 1989 en fonction du calendrier d'avancement des travaux.

L'effort financier consenti pour l'accroissement du parc pénitentiaire est donc considérable : plus de 4 milliards de francs. Votre rapporteur ne peut s'empêcher de se demander si une partie de ces sommes énormes n'auraient pas pu être, plus utilement encore, employés à des fins telles que :

- l'amélioration du parc immobilier existant,
- l'amélioration de la situation des personnels et des conditions de détention,
- la lutte contre la drogue et le SIDA dans les prisons,
- la réinsertion du détenu après la sortie de prison : rappelons, à cet égard, que la durée moyenne de la détention en milieu carcéral est de 4,5 mois.

3. Les dépenses d'équipement en 1988

Les tableaux ci-après montrent les conditions d'exécution du budget pour 1988 s'agissant de l'équipement pénitentiaire.

Chapitre 57-20 - Crédits d'équipement :

exécution du budget 1988

- *rappel de la loi de finances initiale 1988 :*

	Autorisations de programme	Crédits de paiement
Programme 15.000 places	3.240.000.000	734.000.000
Programme classique	10.000.000	729.000.000
TOTAL	3.250.000.000	1.463.000.000

- *situation des autorisations de programme (au 30.06.88) :*

	Crédits ouverts (, annulations, reports, DDA)	Affectations mises en places au 30.06.88	Pourcentage d'exécution au 30.06.88
Prog. 15.000 places	4.019.540.000	3.871.837.000	96,32 %
Prog. classique	485.247.993	323.729.881	66,71 %
TOTAL	4.504.787.993	4.195.566.881	93,13 %

- *situation des crédits de paiements (au 30.06.88) :*

	Crédits ouverts	Délégations effectuées au 30.06.88	Pourcentage d'exécution au 30.06.88
Prog. 15.000 places	734.000.000	89.335.967	12,17 %
Prog. classique	769.000.000	694.188.765	90,27 %
TOTAL	1.503.000.000	783.524.732	52,13 %

II. LES PERSONNELS PÉNITENTIAIRES

1. Les effectifs

Au 1er juillet 1988, les effectifs budgétaires totaux (services pénitentiaire, service communs) de l'administration pénitentiaire étaient de 18.662 ; les effectifs réels de 18.132, soit 530 emplois vacants.

Sur l'ensemble des postes budgétaires, on dénombrait à la même date :

- 273 personnel de direction ;
- 1.520 personnel administratif ;
- 14.820 personnel de surveillance ;
- 469 personnel technique ;
- 816 personnel éducatif ;
- 131 personnel contractuel ;
- 168 infirmières ;
- 465 assistantes sociales.

Le projet initial de budget de la Chancellerie pour 1989 prévoyait la création de 671 emplois dont 481 emplois de surveillants. A la suite de la discussion budgétaire à l'Assemblée nationale, il devrait être procédé à 420 recrutements supplémentaires : 370 de surveillants et 50 de personnels administratifs. Rappelons que 727 emplois nouveaux ont été créés en 1988 et 958 en 1987.

2. La situation des personnels

On notera tout d'abord que deux centres qui relevaient jusqu'à présent de l'Education surveillée (à Savigny-sur-Orge et à Juvisy) deviennent des établissements de formation initiale pour le personnel de surveillance.

Les actions de formation continue devraient, quant à elles, concerner les personnels gradés, les surveillants orienteurs, les chefs de service éducatif, les délégués régionaux à l'action socio-éducative, ainsi que les directeurs de probation.

Le projet de budget initial ne prévoyait pas d'améliorer sensiblement les conditions de vie et de travail des fonctionnaires pénitentiaires.

Le débat budgétaire à l'Assemblée nationale a permis de "dégager" 48,9 millions de francs pour l'amélioration du régime indemnitaire de ces personnels. Le futur projet de loi de finances rectificative devrait prévoir quant à lui quelque 40 millions de francs destinés en priorité à l'amélioration des conditions de travail des personnels.

Dans sa version initiale, le projet de budget pour 1989 ne prévoyait qu'une très "mince" augmentation à cet égard (5,7 millions de francs). Les nouvelles propositions du Gouvernement devraient permettre de faire passer le montant des primes de 6 % à 15 % environ des rémunérations brutes.

Le protocole d'accord signé au mois d'octobre dernier avec les organisations représentatives des personnels pénitentiaires porte aussi sur des aménagements statutaires en ce qui concerne le personnel de surveillance (réduction d'un an de la durée du premier échelon du grade de surveillant, création d'un échelon fonctionnel dans le grade de surveillant). Par ailleurs, la fameuse "prime de sujétion spéciale" devrait être sensiblement augmentée.

La Chancellerie juge prématuré de procéder, d'ores et déjà, à une analyse complète des motivations qui sont à l'origine du récent mouvement des personnels de surveillance. Elle décèle cependant, en premier lieu, **une volonté de reconnaissance** d'un métier particulièrement difficile.

Elle estime, en second lieu, que le fort taux de renouvellement du corps des personnels de surveillance au cours des dix dernières années (près de la moitié du corps) a eu pour effet la concentration dans la région parisienne d'un nombre élevé d'agents originaires de la province se trouvant confrontés à de multiples problèmes d'adaptation, notamment en matière de logement.

Il n'en reste pas moins que ce corps de fonctionnaires que le Sénat a toujours considéré avec beaucoup de sympathie, compte tenu de ses contraintes, a pour la première fois failli à la première de ses missions, à sa raison d'être d'exister : l'exécution des décisions de justice.

La commission des Lois peut espérer que la situation grave créée par les quatorze jours de grève du mois de septembre dernier ne se renouvellera pas. Elle rend hommage à cette occasion à la conscience professionnelle des services de police qui dans des conditions matérielles très difficiles ont suppléé à la carence exceptionnelle des surveillants.

III. LA POPULATION PÉNALE

1. Le milieu fermé

a) Effectifs et caractéristiques de la population pénale

On dénombrait en métropole, au 1er janvier 1987, une population pénale totale de 49.328 individus, dont 20.251 prévenus et 29.077 condamnés. Sur ces chiffres d'ensemble, les femmes n'étaient représentées que par 1.154 prévenues et 921 condamnées (soit 2.075 détenues).

On peut relever que le taux de prévenus dans la population pénale totale continue à régresser : 40 % au 1er avril 1988 contre 46,1 % au 1er août 1986 et 51,3 % au 1er août 1984.

Ainsi qu'il apparaît dans le tableau ci-après, au 1er janvier 1988, les plus gros "contingents" de la population pénale sont fournis par les tranches d'âge des "25-30 ans" (11.657 détenus) et des "21-25 ans" (10.962 détenus) ; les "30-40" ans sont au nombre de 12.374 ; les "18-21 ans" sont, quant à eux, au nombre de 5.647, plus nombreux que les "40-50" ans (5.373).

Il y avait au 1er janvier 1988, 509 prévenus et 260 condamnés entre 16 et 18 ans, 36 prévenus et 11 condamnés de moins de 16 ans dans nos établissements pénitentiaires.

Age	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Pré- venus	Con- dam- nés	En- semble	Pre- venus	Cun- dam- nes	Ensem- ble	Pre- venus	Con- dam- nes	En- sem- ble
- de 16 ans	32	11	43	4	-	4	36	11	47
16 ans à 18 ans	485	253	738	24	7	31	509	260	769
18 ans à - 21 ans	2 497	2 982	5 479	114	54	168	2 611	3 036	5 647
21 ans à - 25 ans	4 114	6 402	10 516	239	207	446	4 343	6 609	10 962
25 ans à - 30 ans	4 391	6 770	11 161	257	239	496	4 648	7 009	11 657
30 ans à - 40 ans	4 485	7 316	11 801	313	260	573	4 798	7 576	12 374
40 ans à - 50 ans	2 123	2 999	5 122	145	106	251	2 268	3 105	5 373
50 ans à - 60 ans	777	1 124	1 901	48	35	83	825	1 159	1 984
60 ans et plus	193	299	492	10	13	23	203	312	515
Ensemble	19 097	28 156	47 253	1 154	921	2 075	20 251	29 077	49 328

Dans l'effectif masculin condamné au 1er août 1987, la répartition selon la nature de l'infraction se présente de la manière suivante : 31 % de vols simples, 14,4 % de trafics de stupéfiants, 9,7 % de crimes de sang, 8,5 % de vols qualifiés, 8,3 % d'attentats au moeurs.

HOMMES/CONDAMNÉS : RÉPARTITION SELON LA NATURE DE L'INFRACTION (POURCENTAGE)

DATE	I.L.S. (*)	Crime de sang	Coups et blessures volontair es, coups à enfant	Viol attentat aux moeurs	Poxénéti sme	Homi- cide blessures involon- taires	Vol qualifié	Escroque rie, abus de confiance recel, faux et usage	Vol simple	Autres (**)	Ensem- ble
01.07.1984	-	10,9	6,1	8,8	1,6	1,1	10,1	5,8	37,4	18,2	100,0
01.07.1985	-	10,9	6,2	8,8	2,5	1,7	8,9	5,2	36,3	19,5	100,0
01.07.1986	-	10,2	6,4	8,4	2,9	1,7	8,4	8,1	34,9	19,0	100,0
01.07.1987	12,6	9,7	6,1	8,3	2,2	1,8	8,3	6,9	32,2	11,9	100,0
01.07.1988	14,4	9,7	5,4	8,3	2,2	1,6	8,5	6,9	31,0	12,0	100,0
01.10.197	13,1	9,8	5,7	8,2	2,2	1,9	8,3	6,3	32,4	12,1	100,0
01.01.1988	13,6	9,7	5,3	8,3	2,2	1,5	8,3	6,7	32,2	12,2	100,0
01.04.1988	13,5	9,3	5,4	8,0	2,4	1,4	7,9	7,2	31,7	13,2	100,0

(*) infraction à la législation sur les stupéfiants

(**) Y compris les contraintes par corps

Au 1er avril 1988, sur l'ensemble des 29.098 hommes condamnés, on dénombrait :

- 27,6 % de condamnés à une peine supérieure à cinq ans ;
- 12,7 % de condamnés à une peine entre trois et cinq ans ;
- 27,2 % de condamnés à une peine entre un et trois ans ;
- 3,2 % de condamnés à une peine inférieure à un an.

Relevons que sur les 8.041 condamnés à une peine de cinq ans, on relevait :

- 21,8 % de condamnés à une peine correctionnelle de cinq ans et plus ;

- 37,9 % de condamnés à la réclusion criminelle de 5 à 10 ans ;

- 35,2 % de condamnés à une peine de 10 à 20 ans ;

- enfin, 5,1 % (soit 407 individus) condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité.

HOMMES/CONDAMNES : REPARTITION SELON LA PEINE PRONONCEE

DATE	Contraintes par corps		Moins d'un an		1 à 3 ans		3 à 5 ans		5 ans et plus		Ensemble	
	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%
01.07.1984	373	1,9	5 945	30,9	5 208	27,1	1 889	9,8	5 807	30,3	19 222	100,0
01.07.1985	301	1,4	6 788	31,4	6 211	28,7	2 238	10,3	6 110	28,2	21 648	100,0
01.07.1986	171	0,7	7 892	32,2	7 027	28,7	2 632	10,8	6 755	27,6	24 477	100,0
01.07.1987	151	0,6	9 517	34,3	7 808	28,1	3 086	11,1	7 189	25,9	27 751	100,0
01.07.1988	136	0,5	9 295	32,0	7 922	27,2	3 704	12,7	8 041	27,6	29 098	100,0
01.10.197	153	0,6	8 901	32,8	7 730	28,5	3 136	11,5	7 224	26,6	27 144	100,0
01.01.1988	138	0,5	9 162	32,5	7 909	28,1	3 422	12,2	7 525	26,7	28 156	100,0
01.04.1988	127	0,4	10 795	35,6	7 991	26,3	3 640	12,0	7 817	25,7	30 370	100,0

Toujours au 1er août 1988, on dénombrait pour l'ensemble des détenus (prévenus et condamnés) 73,5 % de Français et 26,4 % d'étrangers.

b) La santé des détenus

Cette année, votre rapporteur souhaite attirer tout particulièrement l'attention de la Haute-Assemblée sur les problèmes de santé dans la population pénale.

Il a ainsi jugé utile de procéder à la visite de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes. Etablissement public, depuis un décret du 27 décembre 1985, l'hôpital de Fresnes, créé en 1898, a pour vocation de recevoir les détenus malades de l'ensemble des prisons françaises. Il assure aussi des consultations extérieures, dans les différentes disciplines médicales, au bénéfice des établissements pénitentiaires de la région parisienne.

Au 31 août 1988, cet hôpital disposait d'un personnel soignant de 186 personnes dont 3 praticiens hospitaliers à temps plein, 13 praticiens hospitaliers à temps partiel, 20 internes, 72 infirmières et infirmiers, 33 aides soignantes et aides soignants.

Le personnel de surveillance était composé à la même date de 132 personnes. L'hôpital de Fresnes offre 247 lits répartis dans une dizaine de services : service de médecine générale, service de cardio-pneumologie, service des spécialistes, service de chirurgie générale, service de chirurgie orthopédique, service des femmes, service des admissions, unité de soins intensifs, service de pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, service de radiologie.

L'hôpital de Fresnes envisage deux projets d'extension :

- la création, au début de 1989, d'un service de "moyen séjour" d'une capacité de 57 lits ;

- un programme de restructuration permettant de renforcer de 440 places la capacité d'accueil de l'établissement.

En 1987, on a constaté 2 706 entrées (2 410 hommes ; 296 femmes) et 2 689 sorties. Ces données correspondent à 97 013 journées d'hospitalisation pour les hommes et 8 003 journées d'hospitalisation pour les femmes.

Toujours en 1987, près de 4 000 consultations externes et 969 interventions chirurgicales ont été assurées par l'établissement public. La durée moyenne de l'hospitalisation est à Fresnes de 28 jours, soit quatre à cinq fois supérieure à la durée constatée dans les hôpitaux non pénitentiaires. L'hôpital a, par

ailleurs, "dirigé" sur les "hôpitaux civils" 695 malades en consultations spécialisées et 421 malades en hospitalisation.

En 1988, le budget de l'établissement public était de 31,1 MF dont 46,4 MF en dotation de fonctionnement et 4,6MF en dotation d'équipement.

Le projet de budget pour 1989 prévoit un ajustement de + 16 % soit 8 MF.

20 emplois hospitaliers seront créés s'ajoutant aux 21 emplois créés en 1988.

Le conseil d'administration de l'Etablissement public, sa direction, le corps médical hospitalier, et l'ensemble du personnel partagent le souci de faire de cet hôpital un instrument de soins comparable aux autres hôpitaux. Leur tâche est difficile compte tenu des contraintes qu'imposent la surveillance des détenus et les moyens insuffisants qui leur sont attribués. Leur dévouement et les progrès réalisés, d'année en année, méritent d'être soulignés.

Les ratios habituels sont encore loin d'être atteints. Alors que la norme relative aux agents soignants par rapport au nombre de lits est de 0,72, selon l'I.G.A.S., la production est à Fresnes de 0,43. Ce taux est par trop insuffisant en raison des spécificités de l'établissement qui, en dehors des missions normales d'un hôpital médico-chirurgical, doit prendre en charge des détenus en grève de la faim ou qui ont tenté de se suicider par l'absorption d'objets divers dont la variété surprend le visiteur de la salle où il sont conservés.

L'administration a conscience de ces déficiences. Elle souhaite pouvoir y remédier par paliers successifs, mais la maladie n'attend pas. Il est indispensable que des crédits suffisants soient immédiatement mis à la disposition de l'établissement public pour qu'il puisse faire face aux impérieux besoins qu'il doit assumer, et à sa tâche d'établissement pilote.

L'établissement public de Fresnes est le seul hôpital qui soit réservé exclusivement aux détenus. Le quartier sanitaire des Baumettes prend en charge une partie de la population carcérale du sud de la France, pour les cas les moins graves.

En dehors de ces deux établissements les soins sont prodigués par des médecins vacataires. Cinquante-six millions de vacations médicales sont financées chaque année selon le critère, une heure par détenu et par an.

Il a été mis l'accent devant votre rapporteur sur le coût énorme de l'hospitalisation du détenu "en milieu civil" : il faut savoir

en effet que dix gardiens de la paix sont nécessaires pour assurer la surveillance d'un détenu hospitalier dans un établissement civil 24 heures sur 24.

Enfin, il semble qu'aucun soin dentaire ne soit donné aux détenus, en raison de l'importance des travaux et prothèses qui leur seraient nécessaires et qui sont souvent incompatibles avec la durée de leur incarcération.

Votre rapporteur s'est ensuite plus particulièrement préoccupé de la **propagation du virus de l'immuno-déficience humaine (HIV)** dans le milieu carcéral après avoir pris connaissance d'un rapport présenté par M. Martino le 10 mai 1988 à l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Ce rapport, dont le texte intégral figure en annexe du présent avis, porte sur "une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons".

Dans le bilan, très préoccupant, qu'il dresse de la situation dans les prisons au regard de la séro-positivité et du SIDA en Europe occidentale, le rapport souligne que dans 17 pays des mesures effectives ont été prises pour lutter contre le SIDA ; dans 12 pays, les "groupes à risque" du monde carcéral, font l'objet, systématiquement, de tests volontaires ; dans six pays, en revanche, (dont la France et l'Espagne) le rapport constate qu'aucune disposition restrictive n'a été adoptée à l'égard de prisonniers séropositifs.

Le rapport fait, cependant, état d'études à petite échelle, menées en Suisse et en France, qui auraient démontré que le taux de séropositivité chez les détenus était de 50 à 200 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population.

Cette situation résulte en particulier de la proportion importante de toxicomanes dans la population carcérale (20 à 30 % en moyenne en Europe occidentale ; 13 % en moyenne dans la population pénale française mais 50 %, par exemple, à Fleury-Mérogis). Le rapport de l'Assemblée du Conseil de l'Europe, comme nos autorités pénitentiaires, estiment que 50 à 80 % des toxicomanes par voie intraveineuse sont séropositifs : il est en tout cas avéré que 80 % des détenus détectés "séropositifs" ont des antécédents de toxicomanie.

En dépit des réserves exprimées par les autorités pénitentiaires à ce sujet, votre rapporteur, tout comme le rapport Martino, jugent utile de ne pas sous-estimer les pratiques homosexuelles comme causes non négligeables de la propagation du virus.

Certains médecins de l'hôpital de Fresnes ont indiqué à votre rapporteur que des enquêtes discrètes, menées récemment, tendaient à montrer que l'incarcération n'avait pas d'incidence significative sur la proportion de séropositifs dans la population concernée.

Le taux de 6 % de détenus séropositifs, en moyenne, a été avancé ce qui constitue déjà une proportion très supérieure à celle du reste de la société puisque l'on estime entre 150 000 et 300 000 le nombre de séropositifs actuellement en France.

Plusieurs indices conduisent néanmoins votre rapporteur à craindre que ce taux soit nettement sous-estimé.

Que l'on sache simplement qu'un nouveau SIDA est détecté chaque semaine à l'hôpital de Fresnes ; d'aucuns se demandent si dans un proche avenir, ce n'est pas quotidiennement qu'un cas nouveau sera détecté par l'établissement public parmi les détenus malades.

Sans vouloir donner à son propos un ton par trop "alarmiste", votre rapporteur se demande si un des risques majeurs ne consisterait pas, à l'heure actuelle, à sous-estimer la gravité du phénomène.

Le 5 mai 1988, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe préconisait, en tout cas, les mesures suivantes :

- communication des informations régulièrement mises à jour sur le SIDA et d'autres maladies contagieuses à l'ensemble du personnel des établissements pénitentiaires ;

- communication aux détenus d'informations écrites sur le SIDA mettant l'accent sur les dangers des pratiques homosexuelles et de la toxicomanie en prison ;

- possibilité pour tous les détenus de subir, sur demande, un test de dépistage et se voir offrir les conseils ultérieurs nécessaires ; l'administration pénitentiaire devant dans ce cas être tenue dans l'ignorance du résultat du test ;

- non isolement et non ségrégation des prisonniers séropositifs ;

- rigueur accrue dans les conditions d'hygiène et les règles alimentaires pour ne pas accroître le risque de SIDA chez les détenus séropositifs ;

- mise à la disposition des détenus qui le souhaitent de préservatifs, durant la détention et lors de la mise en liberté, qu'elle soit temporaire ou définitive ;

- prévention de l'introduction illicite de drogue et de matériel d'injection dans les prisons mais aussi mise à la disposition des détenus toxicomanes par injection intraveineuse, de seringues propres et à usage unique ainsi que d'aiguilles propres.

Il est souhaitable que sans attendre que la recommandation soit effective, l'administration pénitentiaire mette en oeuvre les moyens sus-indiqués. Le Gouvernement a décidé récemment de consacrer d'importants crédits à la lutte contre le S.I.D.A. considéré enfin comme un problème de santé publique. Il ne doit pas méconnaître le risque de contamination que représente l'univers carcéral et le devoir d'agir en conséquence, dans le respect des principes exprimés dans la déclaration de Londres au mois de janvier 1987, au sommet mondial des Ministres de la Santé organisé par l'Organisation mondiale de la santé.

2. Le milieu ouvert

Au 31 décembre 1987, la population relevant du milieu ouvert s'élevait à 98 173 personnes soit une augmentation de près de 14 % par rapport au 31 décembre 1986.

Sous l'autorité du juge de l'application des peines les comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL), dont l'organisation et le fonctionnement ont été réformés par un décret du 14 mars 1986, interviennent désormais à tous les stades du processus pénal (mesures d'enquête, application des peines, assistance aux libérés définitifs...).

a) Le sursis assorti de la mise à l'épreuve

A la fin de 1987, les CPAL avaient en charge 82 347 probationnaires soit une augmentation de 11,55 % par rapport à la fin de l'année précédente. Le sursis avec mise à l'épreuve connaît donc incontestablement un regain d'intérêt.

La catégorie pénale soumise à cette mesure représente 84 % de la population pénale suivie par les services de probation.

Le nombre des probationnaires pris en charge durant l'année 1987 s'est élevé à 108 584 ; le renouvellement de la population suivie est, ici, moins rapide que pour des mesures de plus courte durée telles que le T.I.G. ou le contrôle judiciaire.

37 % des "probationnaires" se situent dans la tranche d'âge 18-25 ans et 41,7 % ont plus de 30 ans ; la proportion des condamnés primaires (51,1 %) est en baisse par rapport à 1986 (53,1 %) et 1985 (56,7 %) ; dans 34 % des cas, la probation intervient après l'exécution d'une partie ferme de la peine d'emprisonnement et 82,2 % des condamnés sont pris en charge par les comités de probation pendant la durée minimale de 3 ans.

Au second semestre 1987, 37 % des "probationnaires" avaient été condamnés pour des faits d'atteinte aux biens (le vol et le recel constituant les infractions les plus fréquemment rencontrées) ; viennent ensuite les condamnations pour abandon de famille (16,3 % de l'ensemble en 1987) ; la proportion de faits de violence est de 8,5 %.

Pour le même second semestre, 92,5 % des obligations particulières notifiées tant par la juridiction que par les juges de l'application des peines ont été des obligations liées à l'insertion sociale et professionnelle. Dans 7,5 % seulement des cas, les CPAL mettent en place des interdictions.

1 453 des condamnés pris en charge durant l'année (108 584) ont vu leur probation révoquée, soit 1,33 % seulement de l'échantillon.

b) Le travail d'intérêt général

Le nombre des condamnés à la peine de travail d'intérêt général continue à croître : 11 451 personnes ont fait, au cours de l'année 1987, contre 9 515 en 1986. Au 31 décembre 1987, 7 474 mesures étaient encore en cours d'exécution.

Rappelons qu'en 1984, 2 432 condamnations seulement étaient mises à exécution par les juges de l'application des peines ; en 1985, et 1986, il a été mis à exécution 5 698 et 9 515 TIG.

Cette année, la proportion des TIG prononcés à titre de peine principale, relativement stable jusqu'alors, tend à se réduire au profit des TIG prononcés dans le cadre du sursis.

Régime du TIG	1984 (en %)	1985 (en %)	1986 (en %)	1987 (en %)
Peine principale	69,8	71,3	69,1	63,0
Sursis	30,2	28,7	30,9	37,0

Il semble néanmoins que les TIG sont prononcés de plus en plus souvent à la place de l'emprisonnement ferme ; l'augmentation de la proportion des "tigistes" ayant déjà fait l'objet d'une condamnation semble illustrer cette évolution.

Le taux d'incident ayant entraîné un renvoi du condamné devant le tribunal correctionnel est de l'ordre de 14 %. Il a pour origine, dans la majorité des cas, l'absentéisme des intéressés.

Dans la population des condamnés au TIG, la tranche d'âge 18-25 ans se trouve très largement représentée (68,4 %), les condamnations concernent les atteintes aux biens (vol ou recel : 66 %). La proportion des personnes ayant déjà été condamnées est plus importante chez les tigistes (58,3). Cette population comporte peu d'étrangers (8 %), et son taux de féminité augmente (5 % en 1984, 7,2 % en 1987). La proportion de condamnés exerçant une activité salariée croît régulièrement (24,5 % en 1986, 27,6 % en 1987).

Ce sont les collectivités locales qui accueillent, tout d'abord, les condamnés au TIG (65,3 % des cas) ; cependant, on note un plus grand nombre de condamnations exécutées au profit des associations (22,2 % des cas en 1987).

S'agissant de la nature du travail, les travaux d'entretien (60,9 % des cas) occupent toujours la première place. Les

travaux administratifs et actions de formation représentaient, quant à eux, en 1987, 11,6 % des cas contre 6,7 % seulement en 1984.

Organisme d'affectation	1984 (en %)	1985 (en %)	1986 (en %)	1987 (en %)
Collectivité publique	70,2	70,3	68,4	65,3
dont commune	(64,2)	(64,5)	(62,5)	(58,9)
Etablissement public	8,3	11,5	11,9	12,5
Association	21,5	18,2	19,7	22,2

Nature du travail	1984 (en %)	1985 (en %)	1986 (en %)	1987 (en %)
Entretien et amélioration de l'environnement	19,9	16,6	16,3	16
Travaux d'entretien : bâtiments et équipements	18,4	20,7	15,2	17,1
Travaux d'entretien : voie publique	9,2	8	9	7,7
Travaux d'entretien : autres	18,6	17,5	21	20,1
Travaux administratifs	5,2	5	6,9	8,6
Action de formation ou d'animation	1,5	1,3	1,7	3
Secourisme et solidarité	1,4	1,4	1,5	1,9
Autres	10,8	19,1	20,2	17,1
Activités multiples	15	10,4	8,2	8,5

Une expérience actuelle, particulièrement bienvenue, consiste à affecter les condamnés à une peine de TIG pour conduite sous l'empire d'un état alcoolique, à des emplois offerts par des organismes concourant à la prévention routière ou aux secours des accidentés de la route (SAMU, pompiers...).

c) La libération conditionnelle

L'effectif des libérés conditionnels admis au bénéfice de cette mesure, tant par le Garde des Sceaux (peine supérieure à 3 ans) que par les juges de l'application des peines (dans les autres cas) et placés sous le contrôle des comités de probation, était, au 31 décembre 1987, de 6 323, soit une progression de 21 % par rapport à l'année précédente.

d) Le contrôle judiciaire

En 1987, 16 679 mesures de contrôle judiciaire, à caractère socio-éducatif, ont été prises en charge par les associations de contrôle judiciaire. Les comités de probation et d'assistance aux libérés ; les comités de probation ont quant à eux assuré l'exécution de 2 266 mesures de cette nature.

e) La sortie de prison

L'aide aux sortants de prisons, qu'il s'agisse des prévenus laissés en liberté provisoire ou des condamnés libérés en fin de peine, a bénéficié à 34 657 personnes. On note que 16 522 d'entre elles ont reçu une aide financière des CPAL.

f) Les mesures d'enquêtes effectuées par les services de probation

Durant l'année 1987, les comités de probation ont effectué 6 799 enquêtes rapides préalables pour le Parquet ou à la demande du juge (+ 23 % par rapport à 1986).

24 661 personnes ont fait l'objet d'une enquête demandée par le juge de l'application des peines, dans le cadre de la mise à exécution des courtes peines d'emprisonnement (+ 72 %).

Enfin, 2 259 enquêtes dans le cadre de la préparation à la libération conditionnelle ont été confiées aux services de probation.

Au total, les mesures d'enquêtes confiées aux comités de probation ont connu une progression globale de + 52 %, par rapport à 1986.

g) Les chantiers extérieurs

Au mois de juillet 1988, 3 200 détenus âgés de moins de 25 ans avaient fait l'objet d'une mesure de placement dans un chantier extérieur ; la durée globale moyenne de ces chantiers extérieurs est de trois mois : le chantier peut consister en une activité de travail ou de formation professionnelle ; tous les mois, environ 450 détenus bénéficient de cette mesure.

Après concertation entre la Chancellerie, d'autres ministères et un certain nombre d'associations, il a été possible d'inscrire les détenus dans des "dispositifs d'insertion" tels que les TUC et les stages de formation professionnelle.

Ce programme a été doté d'un budget de 12,6 MF en 1988. La contribution financière de l'administration pénitentiaire s'effectue sur une base de 90 F par jour et par détenu pour la durée de l'action.

On rappellera que l'association JET créée en 1986 assure une action de "préparation au service national" : 12 sessions de 3 mois, sous statut TUC, se sont déroulées à ce jour. Un centre fonctionne depuis le début à Creil (Oise) pour des groupes de 40 détenus, un second a été ouvert en 1987 à Fort Barru (Isère) pour des groupes de 15 détenus.

A la fin du mois de juin 1988, 429 jeunes avaient bénéficié de stages de ce type : 349 ont poursuivi l'action jusqu'à son terme. Sur ce total, 178 ont été retenus pour effectuer leur service national à l'issue de ce stage.

L'association élabore actuellement avec le centre AFPA de La Rye (Vienne), un nouveau projet visant à qualifier des jeunes détenus âgés de plus de 18 ans dégagés des obligations militaires, dans le cadre d'une action de formation professionnelle.

Votre rapporteur ne peut, en conclusion de ce chapitre, qu'attirer l'attention de la Haute-Assemblée sur les très faibles moyens -c'est un euphémisme- qui sont mis au service du "milieu ouvert".

Si les charges des services de probation, par exemple, n'ont fait que s'accroître depuis quelques années (enquêtes aux différents stades de la procédure, surveillance des "probationnaires", contrôle judiciaire, participation à

l'exécution du travail d'intérêt général, assistance aux libérés définitifs, "suivi" des détenus libérés à la suite de la grâce et de l'amnistie...), les moyens n'ont suivi ni en personnel ni en moyens matériels. Le budget qui leur est alloué par l'administration s'élève à un peu plus de 11 MF, seulement ! (dotation à comparer, par exemple, à d'autres efforts financiers d'une toute autre ampleur).

A la fin de 1987, chaque agent de probation devait traiter 147 dossiers (contre 102 en 1984).

En réalité, la situation s'aggrave, à cet égard, d'année en année.

*** ***

Votre commission des Lois, après un vote, a émis un avis défavorable à l'adoption des crédits affectés par l'Assemblée nationale à l'administration pénitentiaire dans le projet de loi de finances pour 1989.

ANNEXE

**Rapport présenté le 10 mai 1988
par M. MARTINO**

**à l'Assemblée parlementaire du
Conseil de l'Europe**

**sur une politique européenne
coordonnée de la santé**

**pour prévenir la propagation du
SIDA dans les prisons**

CONSEIL DE L'EUROPE

COUNCIL OF EUROPE

10 mai 1988

Doc. 5897

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE

RAPPORT

sur une politique européenne coordonnée de la santé
pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons

Rapporteur : M. MARTINO

I - PROJET DE RECOMMANDATION

présenté par la commission des questions sociales
et de la santé

L'Assemblée,

1. Rappelant sa Résolution 812 (1983), relative au syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA) ;
2. Profondément préoccupée par la propagation rapide et persistante, tant en Europe qu'ailleurs dans le monde, du virus de l'immuno-déficience humaine (HIV) qui peut provoquer le SIDA et diverses autres maladies.

3. Consciente qu'alors que l'on croyait à l'origine que seuls quelques groupes à risque étaient menacés, on sait à présent que toutes les catégories de la population peuvent être frappées;
4. Sachant qu'en dépit des immenses progrès de la recherche médicale, il n'a pas encore été découvert de traitement efficace ni de vaccin contre les maladies liées à l'HIV;
5. Notant que, d'après toutes les observations médicales disponibles à ce jour, l'HIV ne peut se transmettre que par les rapports sexuels, le sang ou au cours de la grossesse et de la période périnatale;
6. Convaincue de la nécessité d'instaurer immédiatement des mesures efficaces pour endiguer la propagation de l'infection HIV et de continuer à appliquer avec grand soin les mesures existantes, telles que le contrôle du sang et des produits sanguins ;
7. Croyant fermement que, pour être efficaces, ces mesures ne devraient pas être obligatoires, mais reposer sur la coopération volontaire de la population;
8. Sachant et appuyant les efforts inappréciables déployés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par son programme spécial sur le SIDA;
9. Se félicitant de la Recommandation R (87) 25, concernant une politique européenne commune de santé publique de lutte contre le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), adoptée le 26 novembre 1987 par le Comité des Ministres, et exprimant son plein appui aux directives qu'elle contient;
10. Considérant qu'il conviendrait d'accorder une attention particulière à la population carcérale, où le nombre élevé de cas d'infection HIV est préoccupant ;
11. Considérant que l'existence de l'homosexualité et de la toxicomanie par voie intraveineuse dans les prisons, qui toutes deux entraînent un risque considérable de propagation de l'infection HIV, parmi la population carcérale et ultérieurement en dehors de la prison, doivent être pour l'instant admises comme étant des réalités;
12. Convaincue que, dans cette situation, la prévention de la propagation de l'infection HIV doit être le premier souci des autorités pénitentiaires;
13. Considérant que, comme pour la population en général, des mesures obligatoires seront probablement inefficaces, discriminatoires et vexatoires,
14. Recommande au Comité des Ministres:
 - A. d'inviter les gouvernements des Etats membres:
 - i. à fournir régulièrement à l'ensemble du personnel pénitentiaire des informations sur l'infection HIV et sur ses conséquences;
 - ii. à fournir des informations écrites aux détenus, traduites de la manière appropriée le cas échéant, sur les modalités et les conséquences de l'infection HIV, et notamment sur les dangers des pratiques homosexuelles et de la toxicomanie par injection intraveineuse dans les prisons;

iii. à offrir à tous les détenus la possibilité de subir un test de dépistage de l'HIV et de recevoir des conseils, tout en assurant que les résultats de ces tests demeurent secrets sauf pour les autorités directement concernées par la santé et par l'administration des détenus;

iv. à assurer qu'à moins que des découvertes scientifiques futures ne le fassent apparaître comme souhaitable, les détenus infectés par l'HIV ne soient pas isolés ni ne fassent l'objet d'une ségrégation, pour autant qu'ils n'agissent pas de manière irresponsable ;

v. à transférer tous les détenus qui ont développé le SIDA dans des hôpitaux spécialisés, et à permettre la libération définitive des détenus condamnés par la maladie, pour des raisons humanitaires ;

vi. à assurer que l'hygiène et l'alimentation dans les prisons soient d'un niveau suffisant pour ne pas accroître le risque d'un développement du SIDA chez les détenus qui sont déjà contaminés par le virus ;

vii. à mettre des préservatifs à la disposition des détenus, notamment avant toute mise en liberté temporaire ou définitive, tout en recommandant fortement une plus grande prudence dans les comportements sexuels ;

viii. à prendre des mesures rigoureuses pour empêcher l'introduction frauduleuse de drogues et de matériels d'injection dans les prisons, à offrir de l'aide aux toxicomanes et à autoriser, en dernier ressort, la mise à disposition de seringues propres, à usage unique, et d'aiguilles propres aux détenus toxicomanes procédant par injection intraveineuse ;

B. de charger le Comité européen pour les problèmes criminels (CDPC), d'élaborer d'urgence des règles minimum types fondées sur les propositions ci-dessus pour le traitement des détenus séropositifs.

II. EXPOSE DES MOTIFS

par M. Martino

I. Introduction

1. Au début de 1981, des médecins américains constatèrent une incidence anormalement élevée d'une forme rare de cancer; le sarcome de Kaposi, chez les jeunes homosexuels de sexe masculin. Dès le mois de juillet 1981 il était devenu évident qu'une maladie nouvelle était née. Elle fut baptisée syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La Commission des questions sociales et de la santé se préoccupait déjà du SIDA en 1983, année où la Résolution 812 (1983), appuyée sur un rapport soumis par M. Wilquin fut adoptée par l'Assemblée. Cette résolution revêtait un caractère général - les informations sur le SIDA étaient encore très fragmentaires à l'époque - et insistait principalement sur la nécessité de lutter contre la discrimination à l'égard des homosexuels et de favoriser la recherche.

2. Dans l'intervalle, le SIDA avait enregistré une croissance exponentielle, tant en Europe occidentale que dans le reste du monde. On croyait à l'origine que seuls quelques groupes à risque étaient menacés, mais on sait à présent que toutes les catégories de la population peuvent être frappées. Le SIDA est ainsi devenu le principal défi posé aux autorités sanitaires de tous les pays (voir Annexes I-IV).

3. Cela a été reconnu tout récemment au Sommet mondial des ministres de la santé sur les programmes de prévention du SIDA, qui a eu lieu du 26 au 28 janvier 1988 à Londres. Ce Sommet, qui a réuni une centaine de participants et 149 délégations nationales, s'est conclu par l'adoption de la Déclaration de Londres sur la prévention du SIDA, qui considère le SIDA comme un grave danger pour l'humanité et qui appuie le rôle coordinateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la lutte contre cette maladie.

II. Nature de l'épidémie

4. Le SIDA présente des aspects très particuliers qui rendent l'épidémie extrêmement grave. La maladie se caractérise par un taux de mortalité élevé et un taux de morbidité en augmentation constante. Elle est causée par le virus d'immunodéficience humaine (HIV), transmissible de trois manières: par voie sexuelle, voie sanguine et contamination du fœtus par la mère. Au début les rapports sexuels et la transfusion de sang ou de produits sanguins infectés étaient les principaux modes de transmission connus. Mais on observe aujourd'hui qu'un nombre grandissant de toxicomanes par voie intraveineuse se contaminent en partageant des aiguilles et des seringues souillées (voir Annexe VI).

5. L'infection HIV peut entraîner différents états cliniques. L'infection HIV aiguë (à ne pas confondre avec le SIDA à proprement parler) provoque de fortes fièvres dans 20 à 50% des cas. Ces symptômes, qui apparaissent entre deux semaines et trois mois après l'introduction du virus dans l'organisme, ne durent le plus souvent que quelques jours. Le rétablissement est généralement spontané et, vers la fin de la période, des anticorps anti-HIV peuvent être trouvés dans le sang du sujet. Celui-ci sera alors devenu séropositif.

6. Environ la moitié des sujets séropositifs ne présenteront aucun signe de maladie durant les cinq années suivant l'infection. Quelque 30% d'entre eux vont développer un syndrome caractérisé par une mauvaise santé chronique, mais sans contracter les infections opportunistes graves ou les cancers qui caractérisent le SIDA. Cet état est connu sous le nom d'ARC (AIDS-Related Complex). Certains sujets ARC resteront en mauvaise santé physique pendant de nombreuses années, d'autres se rétabliront ; d'autres encore évolueront vers le SIDA.

7. Le SIDA résulte de la destruction du système immunitaire de l'organisme par le virus HIV. Ses symptômes cliniques sont extrêmement variables, mais ils prennent ordinairement la forme d'infections opportunistes et de cancers. Le syndrome attaque également le système nerveux, engendrant parfois des comportements atypiques et antisociaux. La période d'incubation de la maladie est très longue et l'on n'a actuellement aucune certitude quant au pourcentage des porteurs appelés à évoluer jusqu'au SIDA. On estime cependant que 20 à 30% d'entre eux développeront la maladie dans les cinq ans. De surcroît, selon toute probabilité, les sujets contaminés resteront contagieux toute leur vie.

8. En dépit des immenses progrès de la recherche médicale, il n'a pas encore été découvert de vaccin ni de traitement efficaces contre cette maladie. La variabilité du virus observée dans les tentatives de mise au point du vaccin complique encore les choses, de même que l'apparition de virus frères aux modes de transmission analogues, qui créent la possibilité d'une double infection.

9. En avril 1987, l'OMS avait recensé plus de 40.000 cas de SIDA dans 21 pays. Les Etats-Unis à eux seuls comptent certainement un à deux millions de porteurs et l'Afrique centrale un nombre plus élevé encore. Des précisions sur la situation épidémiologique en Europe sont fournies dans les annexes au présent rapport, qui contiennent les informations les plus récentes communiquées par l'OMS. Des données statistiques donnent également un aperçu de l'étendue et de la répartition de la maladie dans différents pays.

III. Politique des pouvoirs publics

10. Face à une épidémie, la réaction classique des autorités de santé publique est de se préoccuper essentiellement des malades et/ou des catégories à risque: notification des personnes contaminées aux responsables des services de santé et enregistrement; isolement des individus susceptibles de transmettre la maladie. Ces mesures obligatoires se justifient lorsqu'elles sont clairement nécessaires pour empêcher la propagation de l'épidémie et lorsque l'ingérence dans les droits de l'individu n'est pas disproportionnée au bénéfice que l'on en escompte pour la santé publique. Ce principe de proportionnalité est, par exemple, prescrit par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

11. Cependant, cette approche n'est pas adaptée à l'épidémie du SIDA. La propagation de l'HIV n'est limitée à aucune zone géographique ou population particulière. L'isolement de tous les porteurs du virus, en Europe occidentale, viserait déjà probablement des millions d'individus. En outre, étant donné la longueur de la période d'incubation et l'impossibilité de traiter le virus, les mesures restrictives appliquées

aux porteurs devraient peut-être l'être à vie. De plus, l'isolement des porteurs ou leur exclusion de certains secteurs de la société, notamment des écoles, des services publics, restreindraient inutilement leur liberté, l'HIV n'étant pas transmis à travers les contacts sociaux normaux.

12. Qui plus est, les mesures obligatoires visant à enrayer la propagation de l'HIV devraient identifier tous les individus susceptibles de transmettre la maladie, prédire leur futur comportement dans leur vie privée et intime et surveiller ce comportement. De toute évidence, ces objectifs sont irréalistes, et les efforts déployés en ce sens pourraient très bien avoir l'effet contraire de décourager la population de coopérer volontairement avec les services de santé publique. Des études effectuées aux Etats-Unis sur les mesures obligatoires visant à stopper la propagation des maladies vénériennes ont eu pour conclusion que ces mesures étaient inefficaces, discriminatoires et vexatoires.

13. Les décisions à prendre pour enrayer la propagation du SIDA sont d'abord politiques. Mais les responsables politiques ont besoin des informations et des avis autorisés que peuvent leur apporter les médecins et d'autres spécialistes. C'est pourquoi plusieurs pays ont créé des comités d'experts comprenant des représentants des secteurs gouvernementaux concernés aux fins de conseiller l'administration sanitaire. Mais la politique menée se heurte à des contraintes financières. La lutte contre le SIDA requiert des investissements importants, en particulier dans la recherche, les équipements thérapeutiques, le contrôle du sang et l'éducation publique. Les décideurs sont confrontés aussi à des difficultés d'un autre ordre: l'inquiétude de l'opinion et les craintes irrationnelles qui peuvent entraîner des mesures obligatoires et une discrimination injustifiées à l'égard des minorités et conduire à traiter de façon inhumaine les malades du SIDA.

IV. Lutte sur le plan international

14. L'OMS a mis en place un programme spécial sur le SIDA, dirigé par le Dr Jonathan Mann. Fin 1987, plus de 100 pays participaient à ce programme. Celui-ci repose sur le principe que l'on peut prévenir et enrayer le SIDA sans violer les droits de l'homme. La discrimination à l'encontre de certaines personnes, d'après l'OMS, risquerait de réduire à néant le bénéfice tiré des programmes éducatifs en repoussant les malades atteints du SIDA dans la clandestinité, et en créant ainsi une menace pour la santé publique.

15. La Recommandation R (87) 25 concernant une politique européenne commune de santé publique, adoptée le 26 novembre 1987 par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, se prononce explicitement contre le dépistage et les restrictions de mouvements ou l'isolement des porteurs sur une base obligatoire. Elle fait allusion à cet égard à la Convention européenne des droits de l'homme. De l'avis du rapporteur, il faut se féliciter de cette approche et la soutenir.

16. Les directives contenues dans la Recommandation R (87) 25 fixaient d'une manière générale les paramètres d'une politique européenne commune de santé publique en matière de SIDA. Outre qu'elle recommande la création d'urgence de comités de coordination multidisciplinaires aux niveaux national, régional et local, la Recommandation couvre les domaines suivants: prévention, mesures réglementaires de santé publique, renforcement des services de santé publique, formation du personnel, évaluation et recherche.

17. Au vu de cette Recommandation, il ne paraît pas souhaitable actuellement d'essayer de couvrir un champ aussi vaste, compte tenu des risques de chevauchement d'activités et d'incohérence. Il serait beaucoup plus utile, eu égard également au vœu de la Commission, qui souhaite une action rapide, de s'axer sur certaines questions spécifiques déjà évoquées dans ladite Recommandation et qui pourraient être approfondies.

18. C'est pourquoi le rapporteur a choisi de se centrer sur la population carcérale, qui est à la fois particulièrement exposée aux risques du SIDA et susceptible de propager la maladie dans la population. Les raisons de cette situation sont expliquées ci-après.

V. La situation dans les prisons

19. Il apparaît que la population carcérale a un taux de séropositivité supérieur à celui de toute autre collectivité humaine. Le Secrétariat Général du Conseil de l'Europe a, l'an dernier, demandé aux Etats membres des informations sur le problème du SIDA dans les prisons. Douze pays lui ont fourni des réponses qui sont reproduites à l'Annexe VII. Il est à noter que ces renseignements recueillis selon des méthodes différentes, ne sont pas exactement comparables. Dans certains pays (Autriche, République Fédérale d'Allemagne, France, Norvège et Suisse), les données ne sont pas centralisées, et elles sont soumises au secret médical dans d'autres, ce qui explique leur insuffisance.

20. Des études à petite échelle menées en Suisse et en France ont permis d'établir que le taux de séropositivité des détenus était de 50 à 200% supérieur à celui de l'ensemble de la population. Deux pays seulement signalent un nombre élevé de cas de SIDA vrai chez des prisonniers (10 en Italie, 22 en Espagne), mais on s'attend, en extrapolant à partir des "résultats incomplets" obtenus sur la séropositivité, à une augmentation spectaculaire de ce chiffre au cours des années à venir.

21. Cette situation tient essentiellement, semble-t-il, au fait que, dans la plupart des prisons européennes 20 à 30 % des détenus ont des antécédents de toxicomanie par voie intraveineuse. Différentes études montrent qu'entre 50 et 80% des toxicomanes par voie intraveineuse sont séropositifs. Les toxicomanes continuant parfois de se droguer en prison et le matériel à injection étant difficile à obtenir, ils échangent des seringues souillées, propageant ainsi l'infection.

22. De plus, la santé des détenus, généralement issus de milieux défavorisés et souvent déjà en mauvais état physique lors de l'incarcération, peut se détériorer davantage encore sous l'influence des multiples facteurs pathogènes présents dans l'environnement carcéral: stress, surpeuplement, absence d'hygiène, conditions de vie malsaines du fait du tabagisme, etc. Il arrive en outre que des détenus nuisent intentionnellement à leur santé dans le but de disposer d'un moyen de pression face à l'administration pénitentiaire.

23. Comme c'est le cas de nombreuses communautés fermées (bateaux, hôpitaux, foyers pour personnes âgées, etc.), le milieu carcéral favorise la propagation des maladies contagieuses. C'est ainsi que l'hépatite, également liée à la toxicomanie par voie intraveineuse, est aujourd'hui un danger grave dans les prisons.

24. Ces différents facteurs, s'ils menacent la santé de toute la population carcérale, sont plus dangereux encore pour les détenus séropositifs, tenus de se surveiller avec un soin particulier en suivant un régime varié, en faisant de l'exercice et en dormant régulièrement. Les experts estiment en effet que la concomitance d'autres infections virales peuvent influencer directement sur le développement du SIDA.

25. Un autre grand problème rencontré dans les établissements pénitentiaires est celui de l'homosexualité. Bien que l'on ne connaisse avec précision ni la fréquence ni la nature des activités homosexuelles en prison, il semble qu'elles soient assez courantes, même entre des détenus tournés vers l'hétérosexualité à l'extérieur. Une étude menée récemment sur un établissement pénitentiaire new-yorkais montre qu'un pourcentage élevé d'hétérosexuels de sexe masculin - 30% - ont des rapports homosexuels en détention. Ces comportements induits par la prison vont créer une passerelle entre deux groupes à haut risque, les toxicomanes et les hommes pratiquant l'homosexualité qui, une fois libérés risquent de devenir eux-mêmes une source de contamination au travers de leurs relations hétérosexuelles. Ce phénomène de passerelle peut contribuer notablement à la propagation du SIDA dans la population générale.

26. Le fait que les détenus aient un risque de séropositivité nettement plus élevé que le reste de la population a provoqué des réactions de panique et des désordres dans plusieurs prisons d'Europe. Les questions posées par les administrations pénitentiaires concernaient le mode de transmission de la maladie, le besoin de contrôler tous les prisonniers pour l'HIV et le besoin d'isoler les prisonniers qui sont séropositifs.

VI. Mesures prises par les administrations pénitentiaires

27. Des informations sur les mesures prises pour lutter contre le SIDA dans les prisons - dont on trouvera un panorama à l'annexe VIII - ont été recueillies dans 17 pays, dans une étude effectuée par le Dr T.W. Harding. Dans 12 pays, des prisonniers appartenant aux groupes à risque se voient proposer des tests sur une base volontaire. Dans d'autres pays, des prisonniers n'appartenant pas à un groupe à risque ont aussi la possibilité de demander un test.

28. Six pays (Autriche, Danemark, France, Italie, Espagne et Suisse) n'ont adopté aucune disposition restrictive à l'égard des détenus séropositifs. En Norvège, il leur est appliqué le même régime qu'aux autres, exception faite des séropositifs violents, qui peuvent faire l'objet d'une mesure d'isolement. Par contre, ils sont logés en cellule individuelle en République Fédérale d'Allemagne et en Belgique. En République Fédérale d'Allemagne, ils ont de surcroît un droit d'accès limité aux ateliers dangereux et aux cuisines. Les détenus séropositifs font également l'objet d'une ségrégation au Royaume-Uni. Des mesures strictes au Portugal leur sont appliquées, où ils sont placés en isolement total. En République Fédérale d'Allemagne, en Angleterre et au Pays de Galles, les dispositions particulières prises les concernant ne reposent pas seulement sur des considérations d'ordre médical, mais aussi, explique-t-on, sur la volonté de leur épargner l'hostilité de leurs compagnons et d'éviter les réactions de panique chez les codétenus et le personnel pénitentiaire.

29. Plusieurs pays soulignent la nécessité d'informer les détenus des précautions à prendre. En Belgique, à Chypre, en République Fédérale d'Allemagne et en Suisse des brochures sont distribuées à cet effet au moment de l'incarcération; une action d'information est également menée en direction du personnel des prisons.

30. Pour le traitement des détenus atteints de SIDA, 6 pays font appel à des hôpitaux extérieurs au système pénitentiaire. En France, des services spécialisés existent à l'hôpital de la Centrale de Fresnes. En République Fédérale d'Allemagne et en Norvège, les prisonniers malades du SIDA peuvent bénéficier d'une mise en liberté anticipée. Plusieurs pays insistent sur la nécessité d'informer les sujets séropositifs du résultat du test et de ses conséquences pour leur mode de vie. En Autriche, la loi sur le SIDA assigne à tous les médecins un devoir d'information.

31. En Espagne, l'administration pénitentiaire dispense aux détenus de conseils inspirés d'une recommandation de l'OMS et recommande l'utilisation de préservatifs pour tous les types de rapports sexuels; on ignore toutefois si des préservatifs sont mis à disposition dans les prisons espagnoles. Au Luxembourg, des informations sur leur état et sur les modes de transmission de la maladie sont fournies aux détenus séropositifs dans le but de les sensibiliser à leur responsabilité personnelle en la matière. En Suisse, l'information est faite par les services médicaux des établissements pénitentiaires, où des psychologues peuvent être consultés et où, comme c'est le cas dans certaines prisons, du canton de Genève notamment, des préservatifs peuvent être obtenus gratuitement sur demande.

VII. Lutte contre le SIDA dans les établissements pénitentiaires

32. Il existe deux approches de la lutte contre le SIDA. La première est l'approche moraliste, qui prône un retour à la chasteté et à la fidélité conjugale. Bien que de nombreuses sociétés humaines portent haut ces valeurs, il est douteux qu'aucune les ait jamais scrupuleusement respectées. Mais il est rassurant de savoir que l'individu peut réduire ou éliminer les risques de contracter le SIDA par ses propres choix en matière sexuelle et d'usage de drogue. La seconde est l'approche pragmatique, qui admet la possibilité de relations sexuelles occasionnelles et préconise une information sur les moyens de réduire les risques, par exemple par l'utilisation du préservatif notamment. Le Rapporteur estime qu'il faut toutefois éviter à tout prix de faire de la campagne contre le SIDA une bataille idéologique.

33. Comme dans la société, deux approches peuvent être adoptées pour lutter contre le SIDA dans les prisons. La première, que l'on peut qualifier de "paternaliste", consiste à confier à l'administration pénitentiaire la responsabilité de protéger les détenus et de prévenir la toxicomanie et la promiscuité homosexuelle. Elle passe par le dépistage systématique et par l'isolement des prisonniers séropositifs. Mais ces mesures entraîneraient une discrimination au sein des prisons et équivaldraient à stigmatiser encore davantage la population carcérale en tant que telle.

34. De plus, la Recommandation (87) 25 du Comité des Ministres s'oppose sans équivoque au dépistage obligatoire, tant pour la population en général que pour des groupes particuliers. Il y est également dit que les restrictions de mouvement ou l'isolement des porteurs ne devraient pas, en règle générale, être introduits de façon obligatoire.

35. L'OMS aboutit à des conclusions similaires. Elle a organisé, du 16 au 18 novembre 1987, à Genève, des consultations sur la prévention du SIDA dans les prisons, auxquelles ont participé 37 experts de 26 pays, dont des spécialistes de la santé publique, de l'administration pénitentiaire et médicale, de l'assistance aux détenus, de l'hygiène industrielle, de l'épidémiologie et de la politique sanitaire. Ils déconseillent la mise en oeuvre de pratiques discriminatoires en matière de SIDA, comme le dépistage forcé, la ségrégation ou l'isolement à moins qu'elle ne soit dans l'intérêt du détenu.

36. La seconde approche est dans le droit fil de ces suggestions et insiste sur la responsabilité individuelle du détenu. Elle suppose d'informer les prisonniers des dangers du SIDA et leur donne la possibilité de prendre les mesures préventives voulues. Tous les détenus étant concernés, tous doivent pouvoir être conseillés, non seulement pendant la détention, mais également après la sortie de prison. Cette approche semble également conforme à la position de la Commission européenne des droits de l'homme, qui a considéré que les administrations pénitentiaires sont tenues, en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme, de sauvegarder la santé et le bien-être de tous les détenus.

VIII. Conclusions

37. Le SIDA constitue une menace grave pour la santé publique dans le monde entier. Le nombre des porteurs du virus comme celui des malades du SIDA est appelé à s'accroître dans des proportions considérables au cours des années à venir. Aujourd'hui, toutefois, les modes de transmission sont connus et les décisions de chacun peuvent aider à juguler l'infection.

38. Le taux de séropositivité de la population carcérale des pays d'Europe occidentale, est nettement supérieur à celui de toutes les autres collectivités humaines de cette région du monde. L'homosexualité et la toxicomanie risquent de faire des prisons des bouillons de culture du virus HIV et les détenus séropositifs, une fois remis en liberté, que ce soit à titre temporaire ou définitive, de contaminer leurs partenaires hétérosexuels, constituant ainsi un chaînon dangereux entre le SIDA et le reste de la population.

39. Il est de la plus haute importance, dans la lutte contre le SIDA, en particulier dans les établissements pénitentiaires, de veiller au respect des droits fondamentaux de l'homme. Le Conseil de l'Europe a un rôle privilégié à jouer à cet égard. Dans le cas des détenus, la nécessité de ne pas accentuer la stigmatisation dont ils sont l'objet est un impératif supplémentaire. Les recommandations du Comité des Ministres et les conclusions de l'OMS, qui, les unes et les autres, rejettent le dépistage obligatoire ainsi qu'en général, l'isolement des sujets séropositifs, doivent donc être soulignées et répétées.

40. Pour prévenir plus efficacement la transmission du virus HIV, il existe deux possibilités. Tout en ne souhaitant pas prendre position sur l'intérêt respectif de la méthode "paternaliste" et de l'approche "pragmatique", le Rapporteur pense qu'il faut admettre certaines réalités. Le surpeuplement grave dont souffrent les prisons de nombreux pays, entre autres facteurs, favorise la fréquence des rapports homosexuels. Cette

situation entraîne un risque considérable d'infection HIV, notamment compte tenu du taux de séropositivité élevé existant au départ dans les établissements pénitentiaires. De surcroît, les nombreux détenus qui renoueront des relations hétérosexuelles après leur libération peuvent contaminer la population générale. Le préservatif s'est révélé un moyen particulièrement efficace de réduire le risque d'infection au cours des rapports sexuels. On s'oppose à la distribution de préservatifs aux prisonniers sous prétexte qu'elle équivaldrait à cautionner des pratiques illégales et/ou moralement inacceptables. Une autre raison avancée est que les préservatifs pourraient servir à introduire frauduleusement de la drogue dans les prisons. Cependant, ces arguments doivent être mis en balance avec la nécessité de stopper efficacement la propagation du virus HIV.

41. S'agissant de la propagation du virus par les détenus toxicomanes, le dilemme est peut-être plus aigu encore. En dépit de tous les efforts déployés, il n'est pas rare que des drogues soient introduites dans les établissements pénitentiaires, de même que des seringues et des aiguilles hypodermiques. Celles-ci, si l'on considère le pourcentage de toxicomanes dans la population carcérale, sont appelées à être échangées par un grand nombre de détenus, prêts à s'injecter n'importe quelle substance disponible. Devant l'impossibilité d'empêcher l'introduction illicite de seringues dans les prisons, on peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux fournir aux toxicomanes du matériel à injection propre. Mais un argument souvent opposé à cette idée est que l'on donnerait ainsi l'impression de s'accommoder de la toxicomanie. Une autre objection concerne le risque de blessures dues aux seringues ne servant plus. Il reste que l'infection HIV met la vie plus gravement en danger que la toxicomanie et que c'est sans doute au plus grand de ces deux maux qu'il convient de s'attaquer en priorité, en attendant la mise au point d'autres mesures prophylactiques.

42. Ce bilan étant fait, voici quels seraient les moyens d'action concrets à envisager :

- a. des informations régulièrement mises à jour sur le SIDA et d'autres maladies contagieuses devraient être communiquées à l'ensemble du personnel des établissements pénitentiaires;
- b. des informations écrites sur le SIDA (traduites pour les étrangers) mettant l'accent sur les dangers des pratiques homosexuelles et de la toxicomanie en prison, devraient être fournies aux détenus;
- c. tous les détenus devraient avoir la possibilité de subir sur demande un test de dépistage et se voir offrir les conseils ultérieurs nécessaires; l'administration pénitentiaire devrait dans ce cas être tenue dans l'ignorance du résultat du test;
- d. les prisonniers séropositifs ne devraient pas être isolés ni faire l'objet d'une ségrégation;
- e. les conditions d'hygiène et les règles alimentaires devraient être suffisamment rigoureuses pour ne pas accroître le risque de SIDA chez les détenus séropositifs ;

- f. des préservatifs devraient être mis à la disposition des détenus qui le souhaitent, durant la détention et lors de la mise en liberté, qu'elle soit temporaire ou définitive;
- g. tout en agissant pour prévenir l'introduction illicite de drogue et de matériel d'injection dans les prisons, il conviendrait de mettre des seringues propres et à usage unique, ainsi que des aiguilles propres, à la disposition des détenus toxicomanes par injection intraveineuse.

43. Enfin, le rapporteur tient à souligner combien il importe que l'Assemblée continue de suivre l'évolution de la situation du SIDA. Compte tenu de l'ampleur considérable du problème, une approche concrète est recommandée. Afin de pouvoir s'acquitter de cette tâche, la Commission pourrait demander à l'Assemblée de lui conférer le mandat permanent de rendre compte de l'évolution de la situation en ce qui concerne le SIDA. Une sous-commission devrait être créée à cette fin.

ANNEXE I

NOMBRE TOTAL DE CAS DE SIDA RAPPORTES PAR 28 PAYS EUROPEENS
ET TAUX ESTIMES PAR MILLION D'HABITANTS

30 JUIN 1987

PAYS	JUIN 86	DEC 86	MARS 87	JUIN 87	TAUX/M*
Allemagne R.D.	0	1	3	4	,2
Allemagne R.F.	538	826	999	1133	18,6
Autriche	36	54	72	93	12,4
Belgique	171	207	230	255	25,8
Bulgarie	-	-	-	1	,1
Danemark	93	131	150	176	34,5
Espagne	177	264	357	508	13,2
Finlande	11	14	19	19	3,9
France	859	1221	1632	1980	36,0
Grèce	22	35	41	49	4,9
Hongrie	0	1	3	5	,5
Irlande	10	14	19	19	5,3
Islande	2	4	4	4	20,0
Israel	24	34	38	39	9,3
Italie	300	523	664	870	15,2
Luxembourg	3	6	7	7	17,5
Malte	5	5	5	6	15,0
Norvège	24	35	45	49	11,7
Pays Bas	146	218	260	308	21,2
Pologne	0	1	2	2	,1
Portugal	28	46	54	67	6,5
Roumanie	1	2	2	2	,1
Royaume Uni	389	610	729	870	15,4
Suède	57	90	105	129	15,5
Suisse	138	192	227	266	40,9
Tchécoslovaquie	4	6	7	7	,5
URSS	0	1	3	3	,0
Yougoslavie	3	8	10	11	,5
TOTAL	3041	4549	5687	6882	

*Source de chiffres démographiques : INED, Paris, 1985

°R.S. Slovak: 2; S.R. Tchéque: 5

Sources : Annexes I à V

Organisation Mondiale de la Santé

Annexes VI à VIII

Dr Harding

ANNEXE II

REPARTITION DES CAS DE SIDA PAR CLASSE D'AGE ET SEXE
28 PAYS EUROPEENS* - 30 Juin 1987

CLASSE D'AGE	SEXE MASC.	SEXE FEM.	INCONNU	TOTAL	%
0-11 mois	24	27	0	51	,7
1- 4 ans	38	41	0	79	1,1
5- 9 ans	18	6	0	24	,3
10-14 ans	25	3	0	28	,4
15-19 ans	53	11	0	64	,9
20-29 ans	1515	367	0	1882	27,3
30-39 ans	2379	164	0	2543	37,0
40-49 ans	1409	49	0	1458	21,2
50-59 ans	461	33	0	494	7,2
> 60 ans	162	29	0	191	2,8
Inconnu	64	1	3	68	1,0
TOTAL	6148	731	3	6882	100,0

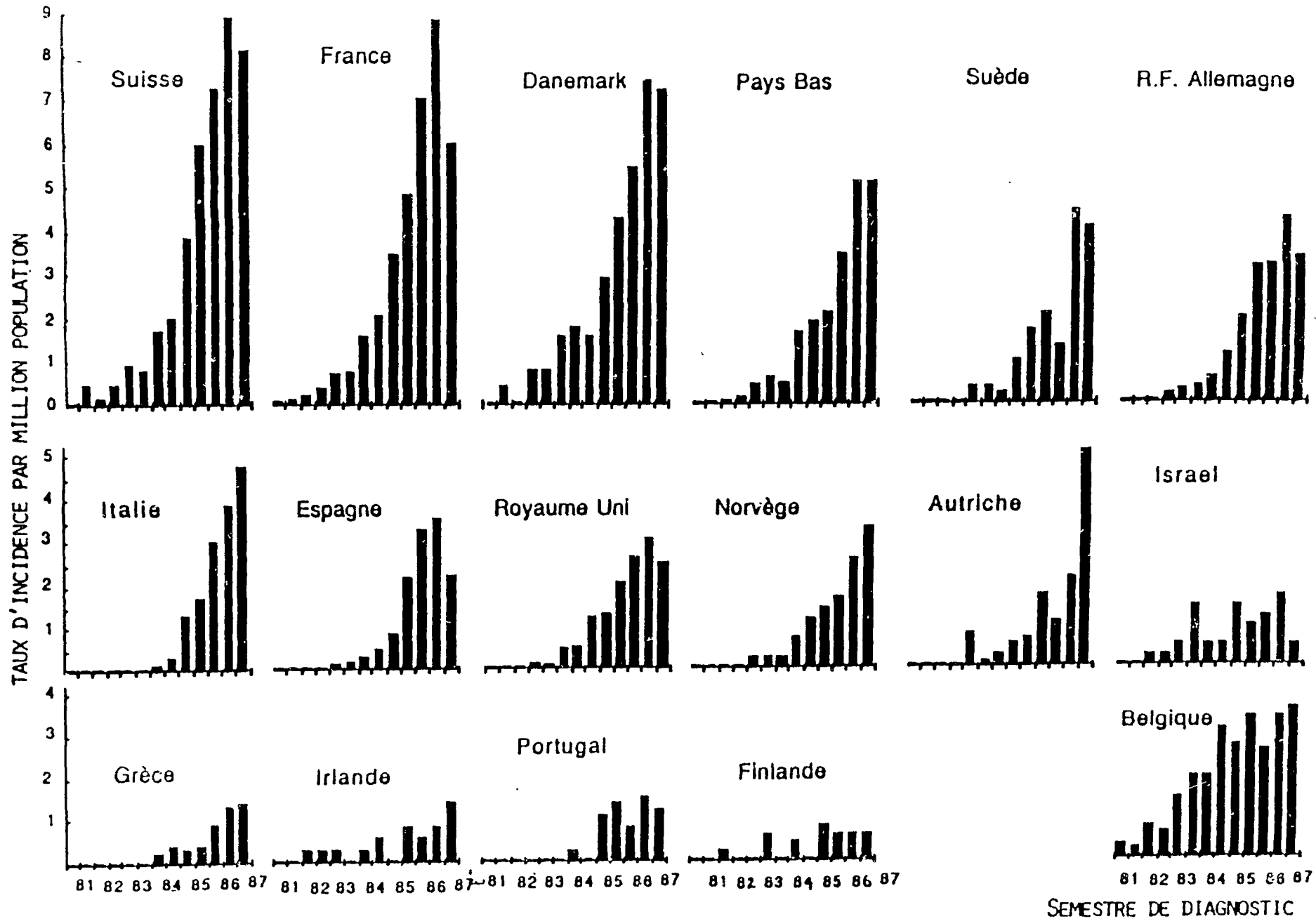
*Allemagne R.D., Allemagne R.F., Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Finlande, France, Espagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israel, Italie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, URSS, Yougoslavie

ANNEXE III

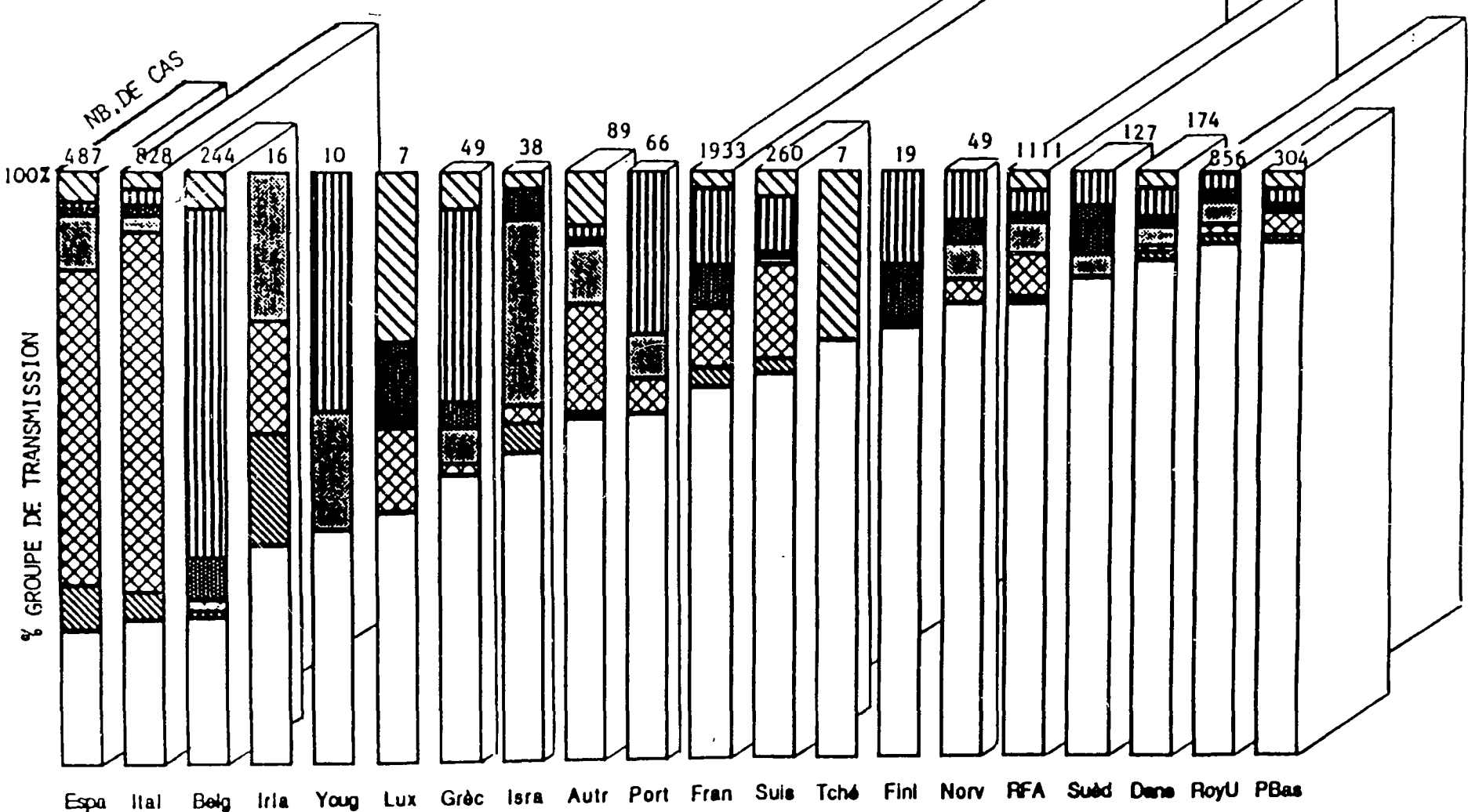
REPARTITION DES CAS DE SIDA PAR GROUPE A RISQUE ET ORIGINE GEOGRAPHIQUE
28 PAYS EUROPEENS*
ADULTES - 30 JUIN 1987

GROUPE DE TRANSMISSION	ORIGINE GEOGRAPHIQUE				T O T A L	
	EUROPE	AFRIQUE	CARAIBES	AUTRE	Nb	%
Homo-/bisexuel	3934	30	8	161	4133	62
Toxicomane IV	1124	9	1	2	1136	17
Homosexuel/toxicomane	168	3	0	8	179	3
Hémoph/trouble coag.	234	0	0	1	235	4
Transfusion	208	16	4	3	231	3
Heterosexuel	300	217	61	8	586	9
Autre/inconnu	153	25	12	10	200	3
TOTAL	6121 (91 %)	300 (4 %)	86 (1 %)	193 (3 %)	6700	100

*Allemagne Rép.Dém., Allemagne Rép.Féd., Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israel, Italie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, URSS, Yougoslavie



SIDA - RÉPARTITION DES GROUPES À RISQUE PAR PAYS DE DIAGNOSTIC
 20 PAYS EUROPÉENS - 30 JUIN 1987
 ADULTES



- toxicomanes
- toxico/homosexuels
- homo/bisexuels
- autre/inconnu
- hétérosexuels
- transfusés

(1CM = 10%)

ANNEXE VI

Répartition combinée du pourcentage moyen des groupes d'individus atteints du SIDA en Europe et aux Etats-Unis (fin 1986).

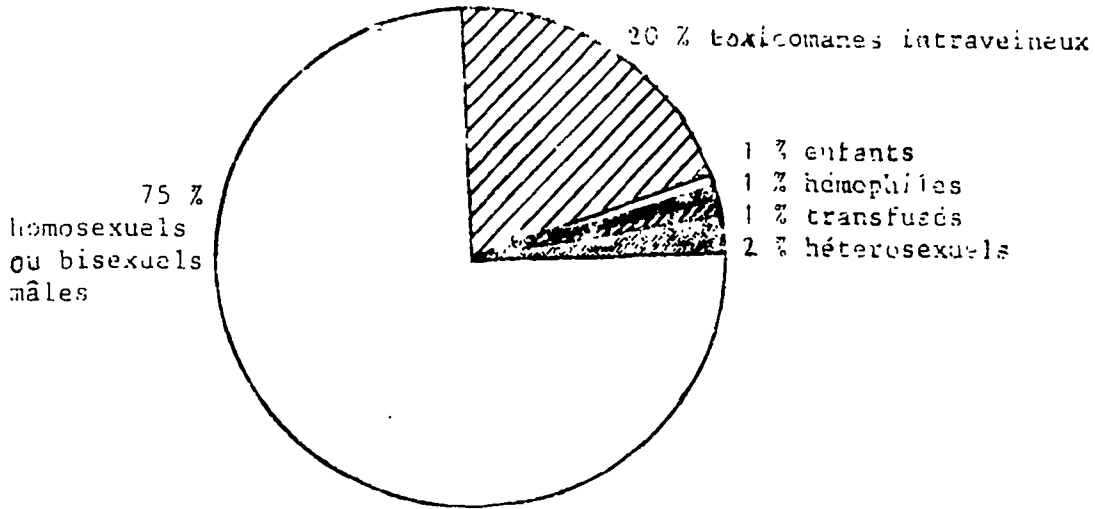
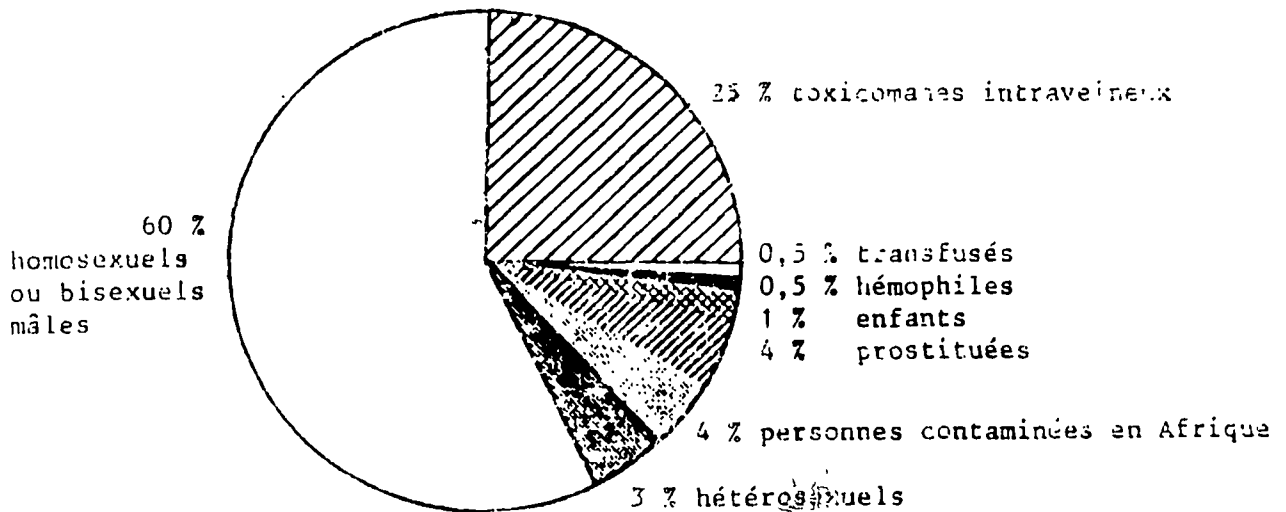


Figure 4.b. : Répartition estimée du pourcentage moyen des groupes à haut risque qui sont séropositifs anti-VIH en Europe et aux Etats-Unis (fin 1986).



Population carcérale et nombre de détenus séropositifs anti-VIH
ou atteints du SIDA (fin 1986)

	HOMMES			FEMMES			TOTAL			REMARQUES
	Prisonniers	VIH +	SIDA	Prisonniers	VIH +	SIDA	Prisonniers	VIH +	SIDA	
Autriche	7.766	?	0	308	?	0	8.074	1%	0	VIH + estimation
Belgique	6.759	81 (1.2%)	0	343	10 (2.9%)	0	7.102	91 (1.3%)	0	---
Chypre	215	0	0	7	0	0	222	0	0	---
République Fédérale d'Allemagne	50.865	?	?	2.028	?	?	52.893	?	?	Etude en cours
France	48.380	?	?	2.053	?	?	50.433	13%	?	Résultats portant sur 100 patients consécutifs
Italie	---	---	9	---	---	1	41.547	5.129 (12.3%)	10	Dépistage systématique
Luxembourg	299	6 (2%)	0	25	1 (4%)	0	324	7 (2.1%)	0	Dépistage systématique
Norvège	1.958	?	?	72	?	?	2.030	?	?	Secret médical
Portugal	7.906 ($< 0.1\%$)	3	0	401	1 (0.2%)	0	8.307	4 ($< 0.1\%$)	0	---
Espagne	24.897	6.424 (25.8%)	20	1.412	353 (25%)	2	26.309	6.777 (25.7%)	22	Dépistage des groupes à haut risque
Suisse	---	---	---	---	---	---	3.500 (approx)	11%	?	Etude effectuée dans le canton de Berne
Royaume-Uni	45.665	32 ($< 0.1\%$)	0	1.569	4 ($< 0.1\%$)	0	47.234	36 ($< 0.1\%$)	0	---

* Résultats concernant uniquement l'Angleterre et le Pays de Galles.

Politique de dépistage et gestion des détenus séropositifs et atteints du SIDA dans 17 pays d'Europe.

	Dépistage des anticorps HIV	Gestion des détenus séropositifs	Gestion des détenus atteints du SIDA.
Autriche	Volontaire	Aucune mesure spéciale	Hôpital pénitentiaire avec transfèrement possible dans un hôpital général.
Belgique	Groupes à risque (librement consenti) et sur demande	Cellule individuelle Accès à toutes les activités	Transfèrement dans un hôpital universitaire
Chypre	Groupes à risque (aucun refus) Analyses répétées tous les 6 mois	Aucun détenu séropositif	Aucun cas de SIDA
Danemark	Volontaire	Aucune mesure spéciale sauf isolement 1) si le comportement du détenu entraîne un risque d'infection 2) sur demande	Transfèrement dans un hôpital
Espagne	Groupes à risque (aucun refus) et sur demande	Aucune mesure spéciale	Non précisé
France	Groupes à risque (librement consenti)	Aucune mesure spéciale	Hôpital pénitentiaire; si nécessaire transfèrement dans centre spécial (Fresnes)
Grèce	Tous les groupes à risque (dépistage progressivement étendu aux autres détenus)	Service hospitalier spécialisé. Cour de promenade séparée. Suppléments au régime alimentaire	Aucun cas de SIDA
Italie	Tous les nouveaux entrants (librement consenti)	Aucune mesure spéciale	Possibilité d'hôpital en dehors de la prison
Irlande	Sur demande	Séparation totale des hommes. Cellules individuelles pour les femmes. Limitation du travail et des loisirs	Transfèrement dans un hôpital non pénitentiaire
Luxembourg	Tous les entrants** Analyse des groupes à risque et des toxicomanes après chaque congé	Ne sont pas autorisés à travailler dans les cuisines et dans certains ateliers	Aucun cas de SIDA

ANNEXE VIII

** Les détenus qui refusent le dépistage sont isolés