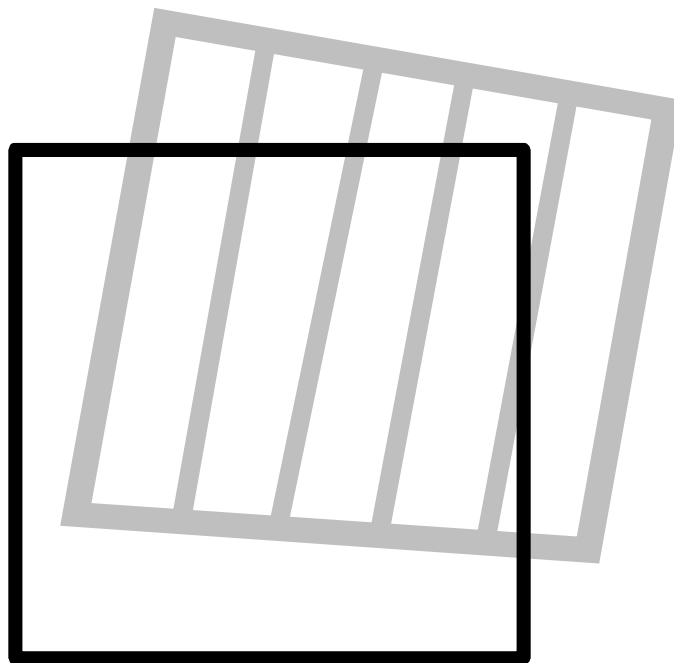


# **Informations sur l'exécution des peines et mesures**

**2/98**



**OFFICE FEDERAL DE LA JUSTICE**  
Section Exécution des peines et mesures

## **IMPRESSUM**

### **"Informations sur l'exécution des peines et mesures"**

revue trimestrielle de l'Office fédéral de la justice

Section Exécution des peines et mesures

23<sup>ème</sup> année, 1998

ISSN 1420-2646

Internet: <http://www.admin.ch/bj/pub/infobul/ib9802f.pdf>

### **Rédaction**

Directrice: Priska Schürmann, cheffe de section

Redacteur: Franz Bloch, adjoint scientifique

Traducteur: Pierre Greiner, fonctionnaire scientifique

### **Copyright / Reproduction**

Office fédéral de la justice

Reproduction autorisée moyennant l'indication de la source et l'envoi d'un justificatif

### **Commandes, renseignements et communications auprès de:**

Office fédéral de la justice

Section Exécution des peines et mesures

3003 Berne

tél. 031 / 322 41 28

fax 031 / 322 78 73

e-mail: [franz.bloch@bj.admin.ch](mailto:franz.bloch@bj.admin.ch)

# Informations sur l'exécution des peines et mesures

2/98

<b>RAPPORTS</b>	<b>3</b>
Statistique policière de la criminalité 1997 - Augmentation sensible des dénonciations	3
Deuxième rencontre du 13 mars 1998 à Strasbourg entre le Comité pour la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains ou dégradants (CPT) et les agents de liaison des Etats signataires de la Convention européenne sur la prévention de la torture	6
Evaluation du suivi de la prévention du VIH et de la toxicomanie dans les Etablissements pénitentiaires d'Hindelbank – rapport final	8
12 <sup>e</sup> Conférence des directeurs d'administration pénitentiaire (CDAP) à Strasbourg – conclusions	15
<b>LEGISLATION, JURISPRUDENCE, PRATIQUE ADMINISTRATIVE</b>	<b>20</b>
Recommandation R(98)7 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	20
<b>BREVES INFORMATIONS</b>	<b>30</b>
Etablissements d'exécution des peines et mesures en Suisse – réédition du catalogue des établissements	30
Image de l'être humain dans le cadre de la poursuite pénale et de l'exécution des peines – une publication de CARITAS	30
Voleurs d'enfants chassés dans la clandestinité – nouvelle pratique de la police britannique	31
Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) depuis peu sur Internet	32
Division spéciale de 16 places pour des délinquants sexuels au pénitencier zurichois de Pöschwies	32
Adresses sous case postale pour les établissements pénitentiaires – une recommandation du préposé fédéral à la protection des données	33
Apprendre + fêter / 50 ans de patronage et 25 ans d'assistance continue – une manifestation du service social de la Direction de la justice du canton de Zurich	34

## RAPPORTS

### STATISTIQUE POLICIERE DE LA CRIMINALITE 1997 - AUGMENTATION SENSIBLE DES DENONCIATIONS

337'676 délits ont été dénoncés en 1997, ce qui représente une augmentation de 24'285 cas ou de 7,75% par rapport à 1996. La statistique policière de la criminalité (SPC) 1997 témoigne d'une hausse particulièrement importante du nombre des infractions contre le patrimoine. La police a identifié 58'238 auteurs d'actes délictueux, soit 3,5% de plus qu'en 1996.

Le nombre total des dénonciations communiquées par les commandements de police cantonaux et en partie municipaux, en fonction de catégories déterminées d'actes délictueux, comprend 311'310 crimes ou délits consommés et 26'366 tentatives d'infractions. Ce qui équivaut à 4'760 dénonciations policières pour 100'000 habitants (337 de plus qu'en 1996).

Les vols, qui constituent avec 91,9% la majeure partie des dénonciations, s'inscrivent en tête des infractions recensées dans la SPC. Les autres crimes ou délits contre la propriété et le patrimoine correspondent à 3,8%, les infractions contre la vie et l'intégrité corporelle à 1,3% et les atteintes à l'intégrité sexuelle à 1,1% des infractions dénoncées.

### 1. HAUSSE DE LA PROPORTION DES ETRANGERS

Le taux de délinquance s'élève à 821 suspects identifiés pour 100'000 habitants. 85,9% des auteurs identifiés étaient de sexe masculin et 14,1% de sexe féminin. La délinquance féminine a encore diminué de 0,3% par rapport à 1996. Le constat est le même pour les mineurs dont le taux de délinquance a régressé à 21,2%. Alors que le taux de population étrangère résidant en Suisse est de 19,4%, la proportion des délinquants étrangers a atteint 51,5% (+1,7%), franchissant ainsi pour la première fois la limite des 50%; cette évolution ne saurait toutefois conduire à mettre tous les étrangers dans le même sac. Sur les 29'785 étrangers dénoncés, 80,4% avaient leur domicile en Suisse et 19,6% à l'étranger. Beaucoup d'auteurs d'infractions appartiennent à des bandes organisées de manière professionnelle, sont des touristes délinquants ou abusent de leur statut de requérants d'asile. La forte proportion d'étrangers s'explique en particulier par le fait que, par rapport à la population suisse, les étrangers sont surreprésentés dans la catégorie des jeunes gens issus de couches sociales modestes dont la tranche d'âge forme le groupe de délinquants le plus actif.

On relève une augmentation importante du nombre des vols, des cambriolages, des vols de véhicules (toutes catégories de véhicules,

y inclus vols d'usage), mais aussi des infractions contre l'intégrité sexuelle, des menaces (sans celle à la bombe), des abus de confiance, des lésions corporelles et des brigandages.

Par rapport aux 16 dernières années, la SPC 1997 enregistre des chiffres records en matière de lésions corporelles, de cambriolages, de brigandages, d'extorsions et de chantages, de menaces, de séquestrations et d'enlèvements, d'infractions contre l'intégrité sexuelle, de violences ou de menaces contre les autorités et les fonctionnaires, ce qui laisse supposer une propension accrue au recours à la violence.

Des armes à feu ont été utilisées dans 73 cas de lésions corporelles et des armes tranchantes ou contondantes dans 684 cas; 546 armes à feu et 468 armes tranchantes ou contondantes ont été dénombrées lors de brigandages. 33,1% des victimes de lésions corporelles étaient des femmes et 15,9% des personnes séquestrées ou enlevées étaient âgées de moins de 16 ans. L'accroissement du racket pourrait être à l'origine de l'augmentation des cas d'extorsion. La nouvelle progression du nombre des victimes mineures d'infractions contre l'intégrité sexuelle est vraisemblablement due à la fréquence accrue des dénonciations encouragées par la sensibilisation constante du public dans ce domaine.

Il est frappant d'observer que la proportion d'étrangers dénoncés est supérieure à la moyenne s'agissant des délits suivants: blan-

chissage d'argent 77,4%, viol 69,5%, extorsion et chantage 61,8%, brigandage 59,9%, séquestration et enlèvement 58,6%, vol 55,5%, lésions corporelles 55,5%, cambriolage 53,1%, menace (sans bombe) 52,1% et actes préparatoires délictueux 50,0%. Le pourcentage le plus élevé de la délinquance féminine concerne l'abus de confiance 23,1%, le blanchissage d'argent 22,6% et le vol (sans le cambriolage et le vol à l'arraché) 20,8%. La participation des mineurs est supérieure à la moyenne dans les infractions suivantes: brigandage et extorsion 40,8% chacun, vol de voiture 34,9%, cambriolage 26,0% et vol (sans le vol de véhicules, le vol à l'arraché et le cambriolage) 24,4%.

Malgré une tendance générale à la hausse, certaines infractions ont accusé une nette régression. L'escroquerie est depuis cinq années en constante diminution et le nombre des menaces à la bombe est à son niveau le plus bas depuis la création de la SPC. La contrainte, l'incendie et l'homicide intentionnels sont également en diminution. On relèvera à cet égard que la moindre fluctuation d'un nombre relativement bas entraîne généralement une grande différence de pourcentage.

Les plus fortes proportions d'infractions commises par des femmes concernent l'escroquerie et la menace à la bombe (17,4% chacune). Le taux de délinquance des mineurs est supérieur à la moyenne pour ce qui est des incendies intentionnels (34,2%). 63,4% des homicides intentionnels ont été commis par des étrangers.

80,8% des 2'774 personnes évadées (détention préventive, exécution d'une peine ou d'une mesure) ont été rattrapées et 84,0% des 3'215 personnes portées disparues ont pu être retrouvées. 36,6% des personnes portées disparues avaient moins de 18 ans.

## 2. EVOLUTION DE LA CRIMINALITE DE 1982 A 1997

Les chiffres enregistrés sur une longue période (16 ans) ne traduisent pas une évolution uniforme de la criminalité globale. A partir de 1984 et jusqu'en 1989, ils ont plutôt régressé, avec de légères fluctuations, puis sont remontés en flèche en 1990 et 1991, atteignant des records. Ils ont ensuite constamment diminué pour atteindre, en 1995, leur niveau le plus bas. On a enregistré pour la première fois une légère recrudescence en 1996 et une progression sensible en 1997, sans pour autant atteindre le niveau de 1991. Durant les 16 années sous revue, la criminalité globale indique une augmentation annuelle moyenne de 0,37%. Le graphique annexé montre l'évolution générale de la criminalité et celle de certains délits ou catégories de délits commis durant ces dix dernières années.

## 3. REMARQUES GENERALES RELATIVES A LA SPC

La SPC ne porte que sur certaines catégories d'infractions au Code pénal, recensées sur la base des dénonciations transmises aux

autorités judiciaires par les corps des polices cantonales et municipales; elle précise la nature et le nombre des infractions ainsi que les moyens utilisés pour les commettre, les auteurs identifiés (sexe, mineurs, étrangers), les victimes et les exigences formulées. Du point de vue juridique, la police ne qualifie pas toujours les infractions de la même manière que les autorités chargées de l'instruction ou que les tribunaux. La SPC se base sur des données recueillies à la clôture de l'enquête de police et ne peut dès lors être comparée qu'avec certaines réserves à la Statistique des condamnations pénales en Suisse, tenue par l'Office fédéral de la statistique. Par ailleurs, la pertinence de la SPC est amoindrie du fait de l'existence d'une zone d'ombre provenant des cas qui ne sont pas découverts ou qui ne sont pas dénoncés. En outre, l'accent mis sur le travail de la police peut aussi être une source de variations dans la SPC.

On ne saurait tirer des chiffres concernant l'ensemble du territoire suisse des conclusions quant à la situation dans les cantons ou les communes. En effet, le nombre des infractions peut connaître, dans les différentes régions, d'importantes fluctuations. Les renseignements sur l'évolution cantonale et régionale sont fournis par les corps de police.

*Source: Communiqué de presse du 27.3.98 du service d'information de l'Office fédéral de la police*

## **DEUXIEME RENCONTRE DU 13 MARS 1998 A STRASBOURG ENTRE LE COMITE POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES ET TRAITEMENTS INHUMAINS OU DEGRADANTS (CPT) ET LES AGENTS DE LIAISON DES ETATS SIGNATAIRES DE LA CONVENTION EUROPEENNE SUR LA PREVENTION DE LA TORTURE**

### **1. INTRODUCTION**

Après celle de 1994, une deuxième rencontre a réuni le 13 mars 1998 à Strasbourg le CPT et les agents de liaison des Etats signataires de la Convention européenne sur la prévention de la torture. La Suisse y était représentée par Peter Müller, vice-directeur à l'Office fédéral de la justice, et Franz Bloch, adjoint scientifique au même office. Sur les 38 Etats signataires de la convention, 35 étaient représentés par leur agent de liaison; à cela s'ajoutaient les représentations de la Lituanie et de la Russie, deux Etats qui n'ont pas encore signé la convention.

Dans son allocution de bienvenue, le Français Yvan Zakine, président du CPT, a relevé l'importance du rôle joué par le CPT en tant qu'instrument de protection de la dignité humaine dans la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains ou dégradants. Cette importance est reflétée par le nombre croissant d'Etats qui signent la convention. Si, en mars 1994, à l'époque de la première réunion, 25 Etats avaient ratifié la convention, ce nombre était déjà passé à 38

en mars 1998. Zakine relevait également les importantes modifications intervenues récemment dans la composition du CPT (sortie de la première génération d'agents de liaison des „anciens“ Etats d'Europe occidentale arrivés au terme de leur mandat et arrivée des nouveaux agents de liaison des „nouveaux“ Etats d'Europe orientale).

### **2. PRINCIPAUX RESULTATS DE LA REUNION**

#### **Rôle du CPT / expériences faites avec le CPT**

Comme lors de la première réunion, quelques délégations ont critiqué la dénomination de „Comité contre la torture“. Dans la plupart des pays, on ne saurait parler de torture, raison pour laquelle les autorités locales compétentes seraient choquées d'être inspectées sous cet angle.

Les agents de liaison qui ont déjà fait des expériences concrètes avec le CPT dans leurs pays louent unanimement le haut degré de compétence des membres du CPT et la retenue dont font preuve les délégations du CPT lors de leurs visites sur place.

#### **Rôle des agents de liaison**

Aux yeux du CPT, les agents de liaison n'ont pas seulement un rôle à jouer sur le plan administratif (fonction de boîte aux lettres). Ils ont aussi un rôle à jouer dans l'intégration des droits de l'homme dans l'ordre juridique

interne, dans l'information sur le rôle et la fonction du CPT dans leur propre pays, dans la formation et l'instruction des fonctionnaires et des autorités de leur pays. Afin de répondre à l'attente du CPT, plusieurs agents de liaison ont exprimé le vœu de recevoir du matériel d'information (manuels au format de poche, feuilles volantes, brochures, etc.). Parmi les préoccupations exprimées au CPT, les agents de liaison mentionnaient le niveau de connaissance très variable sur le rôle et la fonction du CPT.

Une autre préoccupation dont le CPT a fait part aux agents de liaison est de garantir que les rapports du CPT soient effectivement transmis aux directions des établissements visités et en particulier aussi au corps médical. Les rapports du CPT sont depuis peu sur Internet (<http://www.cpt.coe.fr>). Dans un proche avenir, on trouvera aussi sur Internet les rapports intermédiaires et les rapports de suivi.

### **Contacts entre agents de liaison et membres du CPT de la même nationalité**

S'agissant de la question de savoir si, et dans quelle mesure, il doit y avoir des contacts entre les membres du CPT et les agents de liaison de leur nationalité, il y a lieu de relever que les membres du CPT ne représentent pas officiellement leur pays; cela signifie qu'ils ne sont pas les représentants de leurs gouvernements mais des défenseurs des droits de l'homme indépendants. Afin d'assurer cette indépendance et d'éviter tout lobbyisme, le CPT s'en tient à la règle

suivante: pas de contact entre agents de liaison et le membre du comité de la même nationalité qu'eux. Le destinataire des demandes que les agents de liaison peuvent adresser au CPT est le comité dans son ensemble ou son secrétariat.

### **Informations sur un mauvais traitement au cours d'une visite**

L'objectif du CPT, la prévention de la torture, ne peut être atteint que par la coopération et par la confidentialité. Si des indices laissent à penser dans un cas d'espèce qu'il pourrait y avoir torture ou mauvais traitement, il convient d'abord de garantir à l'intéressé le traitement confidentiel de son information; parallèlement, cependant, l'établissement dans lequel les allégations de mauvais traitement ou de torture ont été faites doit informer les autorités compétentes afin que celles-ci puissent prendre les dispositions nécessaires.

### **Aide financière du CPT dans l'application de ses recommandations?**

Sur la base de droit international public actuel (convention contre la torture), il n'est pas prévu que le CPT soutienne financièrement les Etats signataires dans l'application interne de ses recommandations et cela serait, quoi qu'il en soit, difficilement réalisable dans la pratique. Le membre suisse du CPT, Madame Gisela Klingler-Perren, médecin, a proposé d'informer dans les cas d'espèce les organisations d'aide publiques et privées des abus et d'examiner dans quelle mesure une



aide pourrait être apportée aux Etats concernés par le biais de ces canaux.

### 3. LA SUISSE ET LE CPT / AUTRES TRAVAUX DE SUIVI

Sur le plan matériel, cette deuxième réunion des agents de liaison à Strasbourg n'a pas apporté de grandes nouveautés à la délégation suisse. La plupart des objets en discussion étaient déjà à l'ordre du jour de la première réunion d'il y a quatre ans (cf. le rapport de la réunion dans le fascicule 2/3 1994). Les deux représentants suisses ont toutefois saisi cette occasion pour nouer ou pour reserrer les contacts avec les représentations d'autres pays et en particulier avec le secrétariat du CPT et avec le membre suisse, Madame Perren-Klinger. A cette occasion, le secrétaire du CPT, Fabrice Kellens, a exprimé à la Suisse ses compliments pour ses deux rapports faisant suite à la visite du CPT de 1996. Les rapports doivent servir de modèles aux nouveaux Etats membres d'Europe orientale. De notre côté, nous avons remercié au plenum le CPT de la collaboration fructueuse et constructive qui, après une période d'adaptation au début des années 90, s'est instaurée avec lui et de son professionnalisme. En outre, nous avons assuré le CPT de tout notre appui possible dans sa mission au service des droits de l'homme.

Comme on pouvait s'y attendre, la Suisse ne compte pas au nombre des pays que le CPT souhaite visiter en 1998. On peut aussi esti-

mer qu'une telle visite n'aura pas lieu dans un avenir rapproché. L'ouverture du Conseil de l'Europe à l'Est et les nouvelles adhésions à la convention contre la torture qu'elle implique contribuent à alourdir la tâche du comité en matière d'inspection. Compte tenu du savoir-faire acquis au sein de la Division principale du droit pénal de l'Office fédéral de la justice dans le contexte du CPT et vu la bonne collaboration qui règne avec les cantons, une prochaine visite du CPT suscitera sans doute moins de tensions que par le passé.

Pour l'heure, une seule tâche reste à accomplir: la liste des établissements entrant en ligne de compte pour une visite du CPT doit être dans la mesure du possible actualisée à l'attention du comité. C'est dans cette optique que nous avons déjà adressé au CPT le nouveau catalogue des établissements destinés à l'exécution des peines, des mesures et de la détention préventive en Suisse publié il y a quelques semaines (catalogue des établissements 1997).

### **EVALUATION DU SUIVI DE LA PREVENTION DU VIH ET DE LA TOXICOMANIE-DANS LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES D'HINDELBANK – RAPPORT FINAL**

Avec la permission de l'Office fédéral de la santé publique et de Joachim Nelles, co-auteur, nous publions ci-après le résumé de la discussion des résultats du rapport final

relatif à l'évaluation susmentionnée. Le rapport final a été élaboré par le Service psychiatrique de l'Université de Berne à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique.

### **Consommation de drogues**

Le recul sensible de la consommation actuelle d'héroïne et de cocaïne dans les établissements d'Hindelbank est le résultat majeur que permet de dégager la présente évaluation. En effet, si pendant la phase pilote, 37 femmes parmi les 137 interrogées (soit 27 %) et parmi les 62 ayant consommé antérieurement de l'héroïne et de la cocaïne (soit 60 %) en consommaient toujours en prison, la proportion est actuellement de 2 femmes seulement parmi les 57 interrogées (4 %) et parmi les 17 ayant consommé héroïne ou cocaïne dans le passé (12 %). Deux autres femmes ont indiqué avoir consommé des médicaments par voie intraveineuse au cours du mois précédant l'enquête. Ces résultats expliquent à eux seuls l'usage modéré des seringues disponibles dans les distributeurs. Les données des détenues concernant la consommation de drogues relevées lors de l'enquête sont confirmées à tous égards par celles fournies à l'occasion de l'entretien d'entrée avec le service sanitaire de la prison.

### **Retrait de seringues**

Les enquêtes précédentes menées lors de la phase pilote de même que l'enquête actuelle révèlent que le nombre de seringues retirées

des automates est un indicateur fiable de la consommation de drogues par voie intraveineuse en prison. En effet, on ne retire des seringues que si on consomme des drogues et que si celles-ci sont disponibles dans la prison.

La présente évaluation vient confirmer le résultat enregistré lors de la phase pilote, à savoir que le nombre de seringues retirées augmente systématiquement après le versement du pécule aux détenues. Il ressort aussi de l'évaluation qu'une partie seulement des drogues disponibles, est consommée par voie intraveineuse. Ainsi, on peut admettre que depuis 1995 on enregistre non seulement une diminution du nombre de seringues retirées et de la consommation par voie intraveineuse, mais aussi un recul de la consommation d'héroïne et de cocaïne. Les données qualitatives fournies par les détenues et le personnel de la prison viennent étayer cette hypothèse.

### **Partage de seringues**

Les consommatrices régulières de drogues ont toutes répondu aux questions concernant le partage de seringues. Celui-ci est nettement plus fréquent à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Six consommatrices par voie intraveineuse sur 17 partageaient leurs seringues au cours du mois précédant leur incarcération à Hindelbank tandis que 2 consommatrices incarcérées sur 9 en ont partagé à l'intérieur de l'établissement au cours du mois précédant l'enquête. Malgré une consommation de dro-

gues plus faible, le partage de seringues est toujours présent à Hindelbank, mais dans une mesure plus modeste. L'enquête sur le partage des seringues ne portant pas sur des aspects qualitatifs, aucune autre information sur les motifs du partage de seringues ne peut être fournie.

Raisons des changements intervenus dans la consommation de drogue pendant la période d'évaluation:

Alors que dans presque toutes les prisons, on constate que les toxicomanes incarcérés continuent inévitablement à consommer des drogues dans des conditions risquées, les résultats de l'enquête menée à Hindelbank prouvent qu'il est possible de mettre en place et de maintenir à long terme une zone exempte - du moins en partie - de drogues, au sein de laquelle les consommatrices au long cours aussi peuvent développer la volonté de se sortir de la drogue et trouver des perspectives en dehors de la dépendance. Toutefois, les résultats actuels permettent difficilement de dégager les facteurs décisifs à cet égard. En effet, un trop grand nombre de conditions internes et externes à l'établissement on évolué au cours de la période de l'enquête. De ce fait, il apparaît plus justifié d'admettre que l'évolution est due à l'interaction de plusieurs facteurs. Le personnel de l'établissement et les détenues on fait valoir dans l'enquête les conditions internes suivantes.

### **Conditions internes**

Changement de la direction de l'établissement: Certes, on ne peut pas directement lier la baisse du nombre de seringues retirées constatée en 1995 au changement de direction, mais on peut admettre que celui-ci a eu un impact si l'on part de l'hypothèse qu'il a fallu un certain temps pour que les changements introduits par la nouvelle direction se mettent en place (Évolution du nombre de seringues retirées de janvier à décembre 1995, Figure 1).

Parallèlement, le nouveau système de sanctions concernant la drogue (axé sur la récompense et non sur la punition) est entré en vigueur. C'est pourquoi, on n'a pas pu mettre en regard le nombre de seringues retirées et le système de sanctions comme on l'avait fait lors de la phase pilote.

Déléguée à la prévention: Après le changement de direction, Madame De Santis a commencé son activité de déléguée à la prévention en matière de drogue et du VIH. Son engagement est particulièrement apprécié par les détenues et le personnel. En même temps, d'autres mesures ont été instaurées (nouvelles formes d'encadrement / formation de multiplicateurs / interventions individualisées pour gérer le stress, notamment médecine complémentaire). Signalons aussi l'impulsion donnée à une association des détenues. Enfin, la formation de multiplicateurs nouvellement instaurée a vraisemblablement sensibilisé le personnel au problème, le ren-

dant plus compréhensif à l'égard des détenues et se sentant plus proche d'elles.

Changement sur le plan de la construction: Si la rénovation partielle des établissements d'Hindelbank a perturbé la vie carcérale, elle a aussi créé de la diversion. Il a fallu fermer temporairement des divisions. On a réduit l'effectif des détenues (dans l'établissement) qui était de 87,5 détenues en moyenne lors de la phase pilote contre 64 lors de l'enquête. Les femmes dont la division a été fermée ont été transférées dans une autre division, d'où un brassage uniforme des détenues qui consomment des drogues et de celles qui ne le font pas.

### **Conditions externes**

Citons comme conditions externes à l'établissement les programmes de prescription médicale d'héroïne et de cocaïne (PROVE) en cours dans toute la Suisse, qui permettent de stabiliser une partie des femmes fortement dépendantes. On peut concevoir qu'ils ont permis de décharger l'exécution des peines. Par ailleurs, la fermeture de scènes ouvertes de la drogue peut avoir contribué à modifier le marché illégal de la drogue. Une prison un tant soit peu exempte de drogue apparaît moins attractive pour les dealers et peut renforcer ainsi l'impact d'un recul de la consommation.

Le projet pilote a permis de montrer que l'augmentation de la consommation de drogues est proportionnelle à la durée de la détention et que la probabilité d'empêcher les

femmes nouvellement incarcérées de se droguer augmente proportionnellement avec la durée de mise en œuvre du programme de prévention (Nelles et al. 1997, lettre 11). Partant de là, on peut conclure que la faible consommation de drogue pendant l'évaluation et donc la réduction du comportement à risque lié à la consommation de drogues attestent de l'impact spécifique du programme de prévention qui se poursuit dans les établissements, et notamment des efforts de la déléguée à la prévention.

### **Problèmes encore non résolus**

Si l'enquête permet de constater que des changements positifs se profilent en ce qui concerne la consommation de drogues en prison et les comportements à risques qui y sont liés (on sniffe ou on fume de la drogue au lieu d'en consommer par voie intraveineuse), elle vient aussi confirmer les résultats préoccupants de la phase pilote en ce qui concerne le comportement sexuel nettement risqué des femmes: On attribue à celui-ci un rôle particulièrement important vu le maintien d'une prévalence élevée d'hépatites virales et le faible niveau d'information des femmes, même de celles directement concernées.

Les femmes sexuellement actives pendant les six mois qu'a duré l'enquête (n=22) ont indiqué dans leur grande majorité avoir eu, en prison et à l'extérieur, des rapports sexuels non protégés avec des partenaires plus ou moins fixes. Or, au cours de la même période, le résultat des tests concernant l'hé-

patite B et/ou C et le VIH était positif pour 11 femmes (soit un tiers) sur les 33 examinées. Les femmes pour lesquelles les résultats des tests étaient critiques ont été aussi nombreuses que les autres femmes à avoir eu des rapports sexuels non protégés. Trois femmes seulement parmi les 29 pour lesquelles le test effectué en prison a révélé une hépatite A, B ou C sont en mesure d'indiquer correctement la forme d'hépatite virale dont elles sont atteintes. Dans cinq cas seulement, les données fournies par les détenues au sujet de l'hépatite B et C concordent avec celles du service sanitaire.

Le risque de contamination par le VIH s'est désormais imposé dans la conscience de larges cercles de la population; le niveau d'information concernant le VIH et le sida est élevé surtout au sein du groupe à risque que constituent les détenues toxicomanes. En revanche, force est de constater que le niveau d'information des femmes concernant les hépatites virales est très insuffisant, cela en dépit du travail d'information sérieux qui est effectué. Les raisons de cette insuffisance sont floues. Les femmes déjà atteintes d'une hépatite virale sont insuffisamment informées sur le caractère infectieux, les voies de contamination des différentes formes d'hépatites virales et les risques qui y sont liés. Les femmes entretenant une relation monogame et leurs partenaires sont directement concernés. Vu le nombre élevé de femmes vivant dans des relations plus ou moins fixes, où les rapports sexuels ne sont pas protégés, il apparaît particulièrement important de les informer avec précision sur

l'évolution de leur maladie et les risques d'infection. Le besoin d'agir reste urgent en matière de prévention, et notamment en ce qui concerne la sexualité.

## **Conclusions et recommandations**

Malgré la réduction des activités préventives après la fin de la phase pilote, l'effet positif du programme de prévention s'est maintenu tant du point de vue de l'échange de seringues que de celui du comportement en matière de consommation de drogue.

Les changements intervenus au niveau des conditions de l'exécution des peines, une approche plus ouverte des problèmes de la drogue et l'intensification des efforts de prévention ont contribué, dans les établissements d'Hindelbank, au recul net de la consommation d'héroïne et de cocaïne, et ainsi, à la diminution du nombre de seringues retirées des distributeurs. C'est là une évolution qu'il vaut la peine de poursuivre dans un esprit de prévention et qui constitue, notamment pour les consommatrices au long cours, une base permettant de développer des perspectives en vue d'une vie exempte de drogue.

Les problèmes qui continuent à se poser telles que la forte prévalence d'infections aiguës transmissibles par les virus de l'hépatite et le VIH, la propension des femmes à courir des risques sur le plan sexuel et la pression sociale susceptible d'empêcher les toxicomanes marginalisées à utiliser les dis-

tributeurs de seringues prennent de ce fait une nouvelle dimension.

Les effets positifs de ces changements peuvent être renforcés à deux égards:

Il faudrait consolider les caractéristiques importantes des structures existantes afin de ne pas menacer l'équilibre fragile obtenu en matière d'abstinence. Il s'agit de poursuivre les efforts de prévention portant sur le partage des seringues et de redoubler ceux axés sur les comportements sexuels à risque.

Même dans le contexte de l'exécution des peines, il est possible de créer un climat qui motive à choisir l'abstinence. Mais la volonté d'être abstinent n'est pas la seule condition nécessaire pour que la stabilisation des femmes toxicomanes au long cours se poursuive après la détention. En vue de la réhabilitation de ces femmes, il faudrait dorénavant prendre des mesures qui incluent une prévention efficace des rechutes. L'intensification des efforts socio-thérapeutiques visant à combler les déficits existants sur les plans du travail, du logement et des relations devrait aussi porter sur des interventions ciblées de thérapie comportementale pour prévenir et traiter les rechutes.

D'où les recommandations suivantes:

1) Renforcement des structures favorisant l'abstinence: La motivation pour l'abstinence ne se laisse pas commander. Un climat sans peur ni violence peut tout au plus favoriser les conditions nécessaires à un

changement de comportement. Les travaux de rénovation dans les établissements d'Hindelbank ont entraîné une réduction du nombre des détenues et un changement des structures existantes. Il faut s'attendre à une augmentation des effectifs une fois qu'ils seront achevés. On pourrait penser que l'instauration de l'unité spéciale prévue pourrait constituer un soulagement pour les toxicomanes désireuses de s'en sortir. Or, il faut opposer à cet argument que l'enquête a révélé que le brassage uniforme des détenues toxicomanes et des détenues non toxicomanes était un facteur positif dans la structure existante de l'établissement. La mise en place d'une unité spéciale risquerait en outre d'exclure les non-toxicomanes et les détenues non désireuses d'arrêter de se droguer du fait d'un traitement spécial de celles désireuses d'en finir avec la drogue et de surmener les détenues souhaitant arrêter de se droguer. Il vaut donc la peine de considérer la possibilité de conserver pour le moment le brassage uniforme des consommatrices et des non-consommatrices de drogue, ou du moins de l'intégrer dans la planification future compte tenu de son effet favorable sur le comportement.

2) Information concernant l'hépatite: Pour des raisons de stratégie préventive, l'hépatite doit être présente dans la conscience des détenues au même titre que la VIH et le sida. Etant donné que, d'une manière générale, le niveau des connaissances à cet égard est très faible, il est recommandé d'informer les détenues immédiatement après leur entrée en prison. Comme mesure urgente, il faut

mettre à disposition, et le cas échéant concevoir, le matériel d'information approprié comportant une information résumée, mais complète pour les points importants, sur l'évolution de la maladie et les risques d'infection concernant les différentes hépatites. Il faudrait montrer les parallèles qui existent avec le VIH /sida concernant les voies de contamination et le degré de gravité de la maladie pour permettre de faire le rapprochement avec l'information déjà assimilée. Il s'agit de prendre en considération les besoins spécifiques des femmes détenues (cohabitation en prison, sorties / vacances, relations sexuelles à l'extérieur et à l'intérieur de la prison) et y répondre. En réinterrogeant par la suite de manière ciblée les détenues, on pourra vérifier qu'elles ont acquis les connaissances suffisantes dans les domaines importants.

3) Retrait de seringues: Lors de la planification de la remise de seringues stériles, il ne faut pas perdre de vue que la pression sociale exercée sur les femmes qui continuent à consommer des drogues, et qui sont désormais marginalisées, risque de les empêcher de retirer des seringues stériles, cela pour ne pas être reconnues comme détentrices de drogues et le cas échéant, pour ne pas être harcelées par les autres détenues ou pour mieux pouvoir échapper aux efforts de prévention déployés par le personnel. Ce qui favoriserait ainsi un comportement à risque en ce qui concerne la consommation de drogues et irait dans le sens contraire des efforts de prévention. On devrait donc continuer à encourager vivement les détenues

encore toxicomanes à utiliser des seringues stériles. Il peut aussi être éventuellement nécessaire de créer des variantes appropriées aux distributeurs de seringues (par ex. seringues stériles remises à la personne par le service sanitaire ou la déléguée à la prévention).

4) Prévention en matière de sexualité: Une prévention efficace des infections dans le domaine sexuel est une question qui n'est pas encore réglée. Jusqu'à présent, les projets spécifiques aux groupes à risque en matière de prévention des maladies infectieuses graves (et le projet pilote d'Hindelbank ne fait à cet égard pas exception) ont surtout mis l'accent sur le partage des seringues. Les comportements sexuels à risque ne se laissent pas modifier par la seule diffusion d'informations. L'adoption de comportements sexuels sains est un aspect que l'on néglige souvent. Il est fréquent qu'on ne considère pas les risques d'infection concernant les hépatites. Le contexte de vie spécifique aux femmes, qui se caractérise surtout par un manque d'accès aux ressources nécessaires, impose d'individualiser la prévention en matière sexuelle. Il s'agit par exemple de trouver des moyens d'intégrer les femmes concernées dans le travail de prévention afin de les sensibiliser, de trouver les ressources nécessaires, de dégager des possibilités et de créer des conditions nécessaires au changement.

5) Prévention des rechutes: les mesures de réinsertion prises en prison peuvent être consolidées si on met en œuvre, le plus tôt

possible, des mesures efficaces de prévention des rechutes, qui facilitent la généralisation de l'acquis une fois la liberté retrouvée. Les efforts de prévention doivent porter tant sur la toxicomanie que sur la sexualité. On se demande si on peut, déjà avant la remise en liberté, intégrer dans les mesures de réhabilitation des modules de thérapie comportementale en vue de prévenir et de traiter les rechutes (après la sortie, pendant les vacances ou en cas d'évasion) en leur associant un suivi sociothérapeutique destiné à combler les déficits existants sur les plans du travail, du logement et des relations.

6) Evaluation des mesures existantes et de nouvelles mesures: On ne peut pas encore répondre à la question de savoir quelles conditions internes ou externes ont été déterminantes dans les changements positifs intervenus à Hindelbank. Le renouveau général (direction ouverte, bonne volonté du personnel et des détenues, changements au niveau de la construction) allié à un système transparent et logique des sanctions en rapport avec la drogue peuvent avoir contribué au succès. Il ne faut pas non plus oublier l'engagement de la déléguée à la prévention, du service sanitaire et d'encadrement. De même, les femmes désireuses d'arrêter de se droguer ont servi de modèle en montrant de nouvelles perspectives dans un contexte plus favorable. On ne sait pas non plus si la situation actuelle à Hindelbank se maintiendra d'elle-même et, le cas échéant, pendant combien de temps, ni dans quelle mesure elle peut être généralisée à d'autres prisons, notamment aux prisons pour les hommes.

On pourrait vérifier par une étude sur la cambrésienne l'impact des nouvelles conditions d'exécution et le comparer avec l'impact des conditions de détention antérieures ou de conditions différentes.

Il apparaît actuellement souhaitable de prendre toute mesure nécessaire et adaptée pour mettre à profit et consolider les chances données dans les établissements d'Hindelbank. Le modèle des établissements pénitentiaires pour femmes à Hindelbank permettra de voir s'il est possible de mettre en œuvre des mesures de réhabilitation efficaces dans l'exécution des peines.

## **12<sup>e</sup> CONFERENCE DES DIRECTEURS D'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE (CDAP) A STRASBOURG – CONCLUSIONS**

Du 26 au 28 novembre 1997 s'est tenue à Strasbourg la 12<sup>e</sup> Conférence des directeurs d'administration pénitentiaire (CDAP). Nous publions ci-après les conclusions de Madame Irena Kriznik, présidente de la CDAP:

### **1. SURPEUPLEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES**

Le surpeuplement dans les établissements pénitentiaires représente un défi majeur pour les administrations pénitentiaires et la société dans son ensemble. Il peut entraîner des conditions inhumaines, une réduction des



régimes positifs et un risque accru de violence et de troubles.

Les deux principales raisons du surpeuplement sont les suivantes: le nombre des peines d'emprisonnement augmente et les juridictions prononcent des peines plus longues. Il est vraisemblable que les populations carcérales demeureront importantes pendant un certain temps.

Les administrations pénitentiaires ne disposent que d'un nombre limité de mesures pour traiter le problème du surpeuplement. Elles peuvent par exemple accroître la capacité des prisons en cas d'urgence ou introduire des arrangements spécifiques aux fins d'une libération anticipée, conformément à la législation nationale.

Toutefois, pour s'attaquer aux problèmes du surpeuplement de manière plus efficace et à long terme, il faut trouver des solutions au niveau du législateur et des juridictions qui prononcent les peines. Il s'agirait d'abord d'instaurer, et d'utiliser plus souvent, des solutions autres que les peines de longue durée, car celles-ci pèsent lourdement sur le système pénitentiaire. Il faudrait aussi réduire au minimum le recours aux peines de prison de courte durée. Il pourrait alors s'avérer inutile d'augmenter la capacité des établissements pénitentiaires.

L'opinion publique joue un rôle essentiel dans le renforcement des sanctions à travers l'Europe. L'idée largement répandue selon laquelle des peines plus sévères représen-

tent une réponse appropriée à l'augmentation du taux de criminalité doit être remise en cause. Les agents de la justice pénale devraient participer activement au débat public qui porte sur ces questions et à la sensibilisation de l'opinion.

L'information statistique comparative sur la justice pénale en général et les systèmes pénitentiaires en particulier est indispensable pour prendre les décisions appropriées dans ce domaine. Les diverses initiatives de collecte de données du Conseil de l'Europe (SPACE et Recueil européen de données sur la criminalité et la justice pénale) devraient être poursuivies et intensifiées dans l'avenir.

## 2. PEINES DE LONGUE DURÉE ET DÉLINQUANTS VIOLENTS

La définition de ce que constitue une peine de longue durée varie considérablement. Dans certains pays, une telle peine est supérieure à six mois; dans d'autres, à dix ans.

La théorie et la pratique concernant la prise en charge des détenus purgeant de longues peines varient considérablement d'un pays à l'autre. Dans certains pays, la sécurité fait l'objet de classifications strictes en fonction du degré de risque. Il arrive que la menace ou les risques que représente un détenu soient affectés par des facteurs extérieurs: gangs, antagonismes raciaux et mouvements terroristes par exemple.

C'est pourquoi il nous faut être prudent lorsque nous faisons des comparaisons entre pays. Certains éléments de base peuvent toutefois être identifiés:

Il ne faudrait pas poser en principe que tous les détenus purgeant de longues peines sont dangereux. De fait, il est avéré que ces détenus, y compris les condamnés à vie, peuvent parfois être source de stabilité dans les prisons.

Certains détenus deviennent dangereux en raison des situations dans lesquelles ils sont placés.

Les récidivistes ne sont pas nécessairement dangereux. Ils peuvent présenter un risque pour la société parce qu'ils continuent à commettre des infractions mais ne pas être nécessairement dangereux en prison.

La prison n'est pas un monde normal. Elle peut parfois susciter des réactions négatives chez les détenus. Il est possible de réduire ce risque en offrant des choix à ces derniers et en leur permettant de prendre part chaque fois que possible à la prise de décisions.

La prise en charge des détenus purgeant de longues peines suppose un équilibre entre plusieurs facteurs comme la prévention des évasions, la garantie de l'ordre et de la discipline, l'offre de régimes actifs et d'opportunités. Ces facteurs sont complémentaires.

Face à des détenus qui sont particulièrement difficiles, perturbateurs ou violents, il est aus-

si tentant de recourir à des mécanismes de contrôle comme les dispositifs électroniques, l'isolement et les régimes stricts. Dans la réalité, il est plus facile de créer un environnement sûr par une sécurité interactive (dynamique) qui repose sur des relations de qualité entre le personnel et les détenus.

Dans plusieurs pays, le recours à l'évaluation des risques a augmenté. De nouveaux instruments / inventaires ont été mis au point et sont jugés plus efficaces que les méthodes traditionnelles.

Plusieurs pays offrent des programmes spécifiques pour aider les détenus à surmonter leur agressivité et les comportements violents qu'ils peuvent avoir. Ces programmes font souvent appel à des aptitudes cognitivo-comportementales. Il faut aussi reconnaître que le personnel peut parfois avoir les mêmes tendances et a besoin d'une formation et d'un soutien appropriés.

Les détenus purgeant de longues peines devraient aussi avoir la possibilité de maintenir et d'entretenir des contacts avec leur famille et leurs amis en dehors de la prison.

### 3. MAINTIEN EN ACTIVITÉ DES DÉTENUS DANS UN ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE DE PLUS EN PLUS DIFFICILE

Tous les pays accordent un degré de priorité élevé à l'offre de travail et à la formation professionnelle. Dans certains, une nouvelle

législation est nécessaire à cette fin. Les ministères, les pouvoirs locaux et les entreprises commerciales devraient assurer du travail aux détenus.

Plusieurs pays disposent déjà de prisons industrielles ou envisagent de faire appel à des entreprises commerciales pour offrir du travail en milieu carcéral.

Il faut établir un équilibre délicat entre l'utilisation des prisons industrielles comme moyen d'obtenir des revenus et la nécessité de faire participer les détenus à d'autres activités éducatives et thérapeutiques. Les exigences du travail industriel en milieu carcéral peuvent parfois compromettre d'autres activités.

Il faudrait encourager les organisations non-gouvernementales et bénévoles ainsi que les collèges d'enseignement, les églises et autres institutions à offrir des activités aux détenus. A cette fin, il faudrait mettre au point des stratégies de relations publiques appropriées.

Un réseau européen devrait être mis en place aux fins de l'échange de bonnes pratiques dans ce domaine compte tenu de l'évolution récente de la situation du travail industriel en milieu carcéral dans les pays d'Europe centrale et orientale.

#### 4. Préparation des détenus à leur libération

La préparation des détenus à leur libération doit commencer le premier jour de l'exécution de la peine et devrait faire partie du processus de planification de la peine.

Il est essentiel d'avoir de bons contacts avec le monde extérieur.

Les questions qui concernent la victime devraient faire partie de la phase préparatoire à la libération.

L'offre de débouchés professionnels et d'un logement aux détenus après leur libération devrait être prioritaire dans ce processus de planification.

L'ensemble du personnel devrait participer à la préparation des détenus à leur libération.

#### 5. LE TRAITEMENT DES DÉLINQUANTS SEXUELS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES ET LES PROGRAMMES DE PRÉPARATION À LEUR LIBÉRATION

Il est important que les établissements pénitentiaires prévoient des services suffisants et appropriés pour répondre aux besoins des délinquants sexuels.

Des mécanismes de monitoring, d'évaluation et, si nécessaire, d'amélioration des services dispensés aux délinquants sexuels devraient être en place.

Les responsables des établissements pénitentiaires devraient veiller à ce que leurs prestataires offrent des services appropriés d'évaluation, de traitement et de prévention de la récidive, conformément aux normes professionnelles.

Le personnel qui participe à ces programmes devrait bénéficier d'une formation et d'un soutien adéquats.

## 6. LA COOPÉRATION ENTRE LES ETATS MEMBRES DU CONSEIL DE L'EUROPE

La coopération est un processus à double sens.

La coopération devrait aussi être interrégionale. A cet égard, il est important de souligner que dans plusieurs Etats membres du Conseil de l'Europe, la réforme et la modernisation du système pénitentiaire sont en bonne voie. L'expérience de ces Etats pourrait être utile aux pays moins avancés qui sont en train d'adapter leur système pénitentiaire aux normes internationales.

La coopération devrait être suffisamment souple pour permettre l'exécution de projets ad hoc et de projets à long terme. Il faudrait veiller à donner suite de manière adaptée aux activités concluantes.

Il est indispensable d'évaluer les activités de coopération réalisées jusqu'ici: on devrait fonder les nouveaux projets sur ces évalua-

tions pour tirer parti de l'expérience accumulée.

Dans le cadre des prochains programmes de coopération, il faudrait accorder une attention particulière aux difficultés majeures que rencontrent actuellement de nombreux systèmes pénitentiaires d'Europe centrale et orientale. Parmi ces difficultés figurent le surpeuplement des prisons, l'utilisation fréquente et la longueur de la détention provisoire, ainsi que la prise en charge des prisonniers souffrant de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses.

Il faudrait organiser des séminaires destinés au personnel de direction de certaines catégories d'établissements pénitentiaires (par exemple, les maisons d'arrêt, les prisons de haute surveillance et les établissements réservés aux femmes) et les adapter aux besoins et préoccupations propres à chaque catégorie.

Des séminaires devraient réunir des membres de l'administration pénitentiaire et des juges et procureurs, qui pourraient ainsi échanger des informations d'intérêt commun et harmoniser leur perception des problèmes auxquels doit faire face la justice pénale dans son ensemble.

### **Remarque de la rédaction:**

Du 4 au 7 octobre 1998 aura lieu à Amsterdam une réunion ad hoc de la CDAP sur le thème de la collaboration avec l'Europe de l'Est. Nous en parlerons en temps utile.

### RECOMMANDATION R(98)7 DU COMITE DES MINISTRES DU CONSEIL DE L'EUROPE RELATIVE AUX ASPECTS ETHIQUES ET ORGANISATIONNELS DES SOINS DE SANTÉ EN MILIEU PENITENTIAIRE

Le 8 avril 1998, dans sa Recommandation R(98)7, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté les 74 points suivants relatifs aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

#### 1. ASPECTS PRINCIPAUX DU DROIT AUX SOINS DE SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

##### A. Accès à un médecin

1. Lors de leur admission dans un établissement pénitentiaire et ultérieurement, pendant leur séjour, les détenus devraient avoir accès, si leur état de santé le nécessite, à tout moment et sans retard, à un médecin ou à un(e) infirmier(ère) diplômé(e), quel que soit le régime de détention. Tous les détenus devraient bénéficier d'une visite médicale d'admission. L'accent devrait être mis sur le dépistage des troubles mentaux, l'adaptation psychologique à la prison, les symptômes de sevrage à l'égard des drogues, des médica-

ments ou de l'alcool et les affections contagieuses et chroniques.

2. Pour répondre aux besoins sanitaires des détenus, les grands établissements pénitentiaires devraient disposer de médecins et d'infirmiers qualifiés à plein temps, en fonction du nombre et de la rotation des détenus et de leur état moyen de santé.

3. Un service de santé en milieu pénitentiaire devrait assurer au minimum des consultations ambulatoires et des soins d'urgence. Lorsque l'état de santé des détenus exige des soins qui ne peuvent être assurés en prison, tout devrait être mis en œuvre afin que ceux-ci puissent être dispensés en toute sécurité dans des établissements de santé en dehors de la prison.

4. Les détenus devraient, si nécessaire, avoir accès à un médecin à toute heure du jour et de la nuit. Dans chaque établissement, une personne compétente pour donner les premiers soins devrait en tout temps être présente. En cas d'urgence grave, le médecin, un membre du personnel soignant et la direction devraient être alertés. La participation active et l'engagement du personnel de surveillance sont primordiaux.

5. Un accès à des consultations et à des conseils psychiatriques devrait être garanti. Dans les grands établissements pénitentiai-

res, une équipe psychiatrique devrait être présente. A défaut, dans les petits établissements, des consultations devraient être assurées par un psychiatre hospitalier ou privé.

6. Chaque détenu devrait pouvoir bénéficier des soins d'un chirurgien-dentiste qualifié.

7. L'administration pénitentiaire devrait faire le nécessaire pour établir les contacts et la collaboration qui s'imposent avec les institutions médicales publiques et privées. Dans la mesure où certains détenus toxicomanes, alcooliques ou dépendants aux médicaments ne peuvent pas être traités de façon appropriée dans les prisons, il convient d'envisager de faire appel à des consultants extérieurs, faisant partie des services d'aide spécialisés œuvrant au sein de la communauté en général, qui pourront donner des conseils, voire assurer des soins.

8. S'il y a lieu, des soins spécifiques devraient être prévus pour les femmes détenues. Les détenues enceintes devraient être suivies médicalement et pouvoir accoucher dans un service hospitalier externe à la prison, le mieux adapté à leur état.

9. Pour les trajets vers les hôpitaux, le malade devrait être accompagné, au besoin de membres du personnel médical ou soignant.

## **B. Equivalence des soins**

10. La politique de santé en milieu carcéral devrait être intégrée à la politique nationale de santé et être compatible avec elle. Un

service de santé en milieu pénitentiaire devrait pouvoir dispenser des soins médicaux, psychiatriques et dentaires, et mettre en œuvre des programmes d'hygiène et de traitement préventif, dans des conditions comparables à celles dont bénéficie le reste de la population. Les médecins exerçant en milieu pénitentiaire devraient pouvoir faire appel à des spécialistes. Si un second avis est nécessaire, il incombe au service de santé de le solliciter.

11. Le service de santé devrait disposer d'un personnel médical, infirmier et technique qualifié et en nombre suffisant ainsi que des locaux, installations et équipements appropriés et de qualité comparable, sinon identique à ceux qui existent en milieu libre.

12. Le rôle du ministère de la Santé devrait être renforcé en matière de contrôle de l'hygiène, de la qualité des soins et de l'organisation des services de santé en milieu carcéral, conformément à la législation nationale. Un partage clair des responsabilités et des compétences devrait être établi entre le ministère de la Santé et les autres ministères compétents, qui devraient coopérer pour la mise en œuvre d'une politique de santé intégrée au sein des prisons.

## **C. Consentement du malade et secret médical**

13. Le secret médical devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale.

14. Hormis le cas où le détenu souffre d'une maladie le rendant incapable de comprendre la nature de son état, le détenu malade devrait toujours pouvoir donner au médecin son consentement éclairé préalablement à tout examen médical ou à tout prélèvement, sauf les cas prévus par la loi. Les raisons de chaque examen devraient être clairement expliquées à la personne détenue et comprises par elle. Les détenus soumis à un traitement médical devraient être informés des indications et des éventuels effets secondaires susceptibles de se manifester.

15. Le consentement éclairé devrait être obtenu de la part des malades souffrant de troubles mentaux et des patients placés dans des situations où les obligations médicales et les règles de sécurité ne coïncident pas nécessairement, par exemple en cas de refus de traitement ou de nourriture.

16. Toute dérogation aux principes de la liberté de consentement du malade devrait être fondée sur la loi et être guidée par les principes qui s'appliquent à la population générale.

17. Les prévenus malades devraient pouvoir demander à leurs frais une consultation auprès de leur médecin traitant ou auprès d'un autre médecin extérieur à la prison.

Les détenus condamnés peuvent solliciter un deuxième avis médical et le médecin exerçant en milieu pénitentiaire devrait répondre à cette demande de façon bienveillante. Cependant, toute décision quant au bien-fondé

de cette demande relève en dernier lieu de la responsabilité du médecin.

18. Aucun détenu ne devrait être transféré dans un autre établissement pénitentiaire sans un dossier médical complet. Le dossier devrait être transféré dans des conditions garantissant sa confidentialité. Les détenus concernés devraient être informés que leur dossier médical sera transféré. Ils devraient pouvoir y opposer leur refus, conformément à la législation nationale.

Il convient de remettre par écrit aux sortants de prison toute information médicale utile, à l'attention de leur médecin traitant.

#### **D. Indépendance professionnelle**

19. Les médecins exerçant en prison devraient assurer à chaque détenu la même qualité de soins que celle dont bénéficient les malades ordinaires. Les besoins de santé du détenu devraient toujours constituer la préoccupation première du médecin.

20. Les décisions cliniques et toute autre évaluation relatives à la santé des personnes incarcérées devraient être fondées uniquement sur des critères médicaux. Le personnel de santé devrait pouvoir exercer son activité en toute indépendance, dans la limite de ses qualifications et de ses compétences.

21. Les infirmiers et les autres membres du personnel de santé devraient accomplir leur travail sous la responsabilité directe du médecin-chef, qui ne devrait pas déléguer au

personnel paramédical des tâches autres que celles qui sont légalement et déontologiquement autorisées. La qualité des prestations médicales et des soins infirmiers devrait être évaluée par une autorité sanitaire qualifiée.

22. La rémunération du personnel médical ne devrait pas être inférieure à celle pratiquée dans d'autres secteurs de la santé publique.

## 2. SPECIFICITE DU ROLE DU MEDECIN ET DES AUTRES PERSONNELS DE SANTE DANS LE CONTEXTE DU MILIEU PENITENTIAIRE

### A. Conditions générales

23. Le rôle du médecin exerçant en milieu pénitentiaire consiste d'abord à dispenser des soins médicaux et des conseils appropriés à toutes les personnes détenues dont il est cliniquement responsable.

24. Il devrait également conseiller la direction de l'établissement sur les questions ayant trait au régime alimentaire et à l'environnement dans lequel les personnes privées de liberté sont obligées de vivre ainsi que sur les problèmes d'hygiène et de salubrité.

25. Le personnel de santé devrait pouvoir participer à l'information de la direction et du personnel de surveillance de l'établissement pénitentiaire sur les questions relatives à la santé et dispenser, le cas échéant, une formation sanitaire adéquate.

### B. Information, prévention et éducation à la santé

26. Au moment de l'admission, toute personne devrait recevoir une information concernant les droits et les obligations, le règlement intérieur de l'établissement ainsi que des indications sur les modalités d'aide et de conseil. Cette information devrait être compréhensible par tous les détenus. Des explications particulières devraient être données aux illettrés.

27. Un programme d'éducation à la santé devrait être organisé dans tous les établissements pénitentiaires. Les détenus et les personnels de l'administration pénitentiaire devraient recevoir une brochure d'information de base sur les questions de santé, ciblée sur le dispositif de soins proposé aux personnes détenues.

28. Des explications devraient être données sur les avantages du dépistage volontaire et anonyme des maladies transmissibles, et sur les risques que présentent les hépatites, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose et la contamination par le VIH; les personnes qui acceptent de subir un test doivent avoir accès à une consultation médicale de suivi.

29. Le programme d'éducation à la santé devrait avoir pour but d'encourager le développement de styles de vie sains et permettre aux détenus de prendre des décisions opportunes concernant leur santé et celle de leur famille, de préserver et de protéger leur



intégrité personnelle, de diminuer les risques de dépendance et de rechute. Cette approche devrait inciter les détenus à participer à des programmes de santé dans lesquels leur sont enseignés de façon cohérente des stratégies et des comportements destinés à réduire au minimum les risques pour leur santé.

### **C. Spécificité des pathologies et de la prévention en milieu pénitentiaire**

30. Toute trace de violence observée sur une personne lors de l'examen médical pratiqué au moment de son admission dans un établissement pénitentiaire devrait être consignée par le médecin avec les déclarations faites par la personne, ainsi que les conclusions du médecin. Cette information devrait en outre être transmise à la direction de l'établissement avec le consentement du détenu.

31. Toute information concernant des actes de violence commis sur des détenus pendant la période de détention devrait être communiquée aux autorités compétentes. En règle générale, il convient, avant d'entreprendre une telle démarche, d'obtenir le consentement des personnes concernées.

32. Dans certains cas exceptionnels, et en tout état de cause dans le strict respect des règles de déontologie, le consentement éclairé de la personne détenue peut ne pas être considéré comme indispensable, notamment si le médecin estime qu'il est clairement de son devoir, tant à l'égard du patient que de

l'ensemble de la communauté pénitentiaire, de signaler un incident grave qui constitue un danger réel. S'il le juge utile, le service de santé devrait collecter des données statistiques périodiques relatives aux lésions traumatiques relevées, afin de les communiquer à la direction de l'établissement pénitentiaire et aux ministères concernés, conformément à la législation nationale en matière de protection des données.

33. Une formation sanitaire adéquate pour les personnels de surveillance devrait être mise en place afin de les rendre aptes à signaler des problèmes de santé physique ou mentale qu'ils pourraient constater au sein de la population carcérale.

### **D. La formation professionnelle du personnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire**

34. Les médecins exerçant en milieu pénitentiaire devraient avoir une bonne compétence professionnelle en médecine générale et psychiatrie. Leur formation devrait comporter l'acquisition de connaissances théoriques initiales, une compréhension du cadre pénitentiaire et de ses effets sur l'exercice de la médecine en prison, une évaluation des compétences acquises, et un stage pratique, effectué sous la direction d'un médecin confirmé. Les médecins exerçant en milieu pénitentiaire devraient bénéficier également d'une formation continue régulière.

35. Une formation appropriée devrait également être dispensée aux autres personnels

de santé et devrait inclure des connaissances du fonctionnement des prisons et des réglementations pénitentiaires pertinentes.

### 3. L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE DANS LES PRISONS NOTAMMENT DU POINT DE VUE DE LA GESTION DE CERTAINS PROBLEMES COURANTS

#### A. **Maladies transmissibles, et en particulier infection par le VIH et sida, tuberculose, hépatites**

36. Des mesures prophylactiques appropriées devraient être prises afin de prévenir les maladies sexuellement transmissibles en milieu pénitentiaire.

37. Les tests de dépistage pour le VIH devraient être réalisés seulement avec le consentement des détenus, de manière anonyme et conformément à la loi. Des conseils approfondis devraient être donnés avant et après le test.

38. L'isolement d'une personne atteinte d'une maladie infectieuse ne se justifie que si une telle mesure est également prise à l'extérieur du cadre pénitentiaire pour le même motif médical.

39. Aucune forme de ségrégation ne devrait être prévue à l'encontre des personnes séropositives pour le VIH, sous réserve des dispositions contenues au paragraphe 40.

40. Les malades du sida qui développent des infections graves devraient recevoir un traitement dans le service de santé pénitentiaire, sans toutefois qu'une mesure d'isolement strict ne soit prise d'office. Les malades qu'il faut protéger contre les maladies infectieuses transmises par d'autres patients ne devraient être isolés que si une telle mesure va dans leur intérêt et doit les empêcher de contracter des infections intercurrentes, notamment lorsque leur système de défense immunitaire est sévèrement déficitaire.

41. Si des cas de tuberculose sont détectés, toutes les dispositions nécessaires devraient être prises pour prévenir la propagation de cette infection, conformément à la législation applicable dans ce domaine. Les interventions thérapeutiques devraient être d'une qualité égale à celles dispensées à l'extérieur de la prison.

42. La vaccination étant l'unique méthode efficace de prévention contre la propagation de l'hépatite B, elle devrait être proposée aux détenus et au personnel. Les hépatites B et C étant transmises par usage intraveineux des drogues et par contamination par le sang ou le sperme, il importe de dispenser l'information nécessaire et de mettre en place des moyens de prévention appropriés.

## **B. Toxicomanie, alcoolisme et dépendance aux médicaments / Gestion de la pharmacie et distribution des traitements médicamenteux**

43. Les soins dispensés aux détenus alcooliques et dépendants aux médicaments nécessitent d'être renforcés en tenant compte notamment des services offerts aux toxicomanes, tels que ceux recommandés par le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants ("Groupe Pompidou"). A cette fin, il importe de proposer une formation adéquate au personnel médical et pénitentiaire, et d'améliorer la coopération avec les services de conseils extérieurs afin de veiller au suivi thérapeutique des détenus à leur sortie de prison.

44. Le médecin exerçant en milieu pénitentiaire devrait encourager les détenus à suivre des programmes d'assistance sociale et psychothérapeutique afin de prévenir les risques de toxicomanie, consommation abusive de médicaments et alcoolisme.

45. Le traitement des symptômes de sevrage de la toxicomanie, de l'alcoolisme et de la dépendance aux médicaments dans les établissements pénitentiaires devrait s'effectuer de la même manière que dans le milieu extérieur à la prison.

46. Si un détenu subit une cure de désintoxication, le médecin devrait l'encourager à faire usage de tous les dispositifs existants pour éviter une rechute, aussi bien durant son

incarcération qu'après sa sortie de l'établissement pénitentiaire.

47. La personne détenue devrait pouvoir consulter un conseiller spécialisé interne ou externe à l'établissement pénitentiaire qui puisse lui apporter le soutien nécessaire pendant le déroulement de sa peine et une assistance postpénitentiaire. De tels conseillers devaient également pouvoir intervenir dans le cadre de la formation en cours d'emploi du personnel de surveillance.

48. S'il y a lieu, les personnes détenues devraient pouvoir recevoir leur traitement prescrit "en main propre". Cependant, les médicaments dont la prise en overdose peut se révéler dangereuse ne devraient pas leur être remis; ils devraient leur être administrés au fur et à mesure, selon la posologie prescrite.

49. Le médecin exerçant en milieu pénitentiaire devrait, le cas échéant, dresser une liste de toutes les substances et médicaments habituellement prescrits dans le service médical, en collaboration avec le pharmacien responsable. La prescription médicale devrait rester du seul ressort de la profession médicale, et les médicaments ne devraient être distribués que par le personnel autorisé.

**C. Personnes inaptes à la détention continue; Handicap physique grave; Grand âge; Pronostic fatal à court terme**

50. Les détenus souffrant de handicaps physiques graves et ceux qui sont très âgés devraient pouvoir mener une vie aussi normale que possible et ne pas être séparés du reste de la population carcérale. Les modifications structurelles nécessaires devraient être entreprises dans les locaux pour faciliter les déplacements et les activités des personnes en fauteuil roulant et des autres handicapés, comme cela se pratique à l'extérieur de la prison.

51. La décision quant au moment opportun de transférer dans des unités de soins extérieures les malades dont l'état indique une issue fatale prochaine devrait être fondée sur des critères médicaux. En attendant de quitter l'établissement pénitentiaire, ces personnes devraient recevoir pendant la phase terminale de leur maladie des soins optimaux dans le service sanitaire. Dans tels cas, des périodes d'hospitalisation temporaire hors du cadre pénitentiaire devraient être prévues. La possibilité d'accorder la grâce ou une libération anticipée pour des raisons médicales devrait être examinée.

**D. Symptômes psychiatriques, Troubles mentaux et troubles graves de la personnalité, Risque de suicide**

52. L'administration pénitentiaire et le ministère responsable de la santé mentale devraient coopérer à l'organisation des services

psychiatriques mis en place à l'intention des détenus.

53. Les services de santé mentale et les services sociaux rattachés aux prisons ont pour mission d'assister les détenus, de les conseiller et de renforcer leurs moyens d'adaptation et leurs possibilités de faire face à leurs problèmes personnels. Compte tenu de leurs missions respectives, ces services devraient coordonner leurs activités. Ils devraient être professionnellement indépendants, tout en prenant en considération les conditions spécifiques du cadre pénitentiaire.

54. Les délinquants sexuels condamnés devraient se voir proposer un examen psychiatrique et psychologique, ainsi qu'un traitement adapté durant et après leur séjour.

55. Les détenus souffrant de troubles mentaux graves devraient pouvoir être placés et soignés dans un service hospitalier doté de l'équipement adéquat et disposant d'un personnel qualifié. La décision d'admettre un détenu dans un hôpital public devrait être prise par un médecin psychiatre sous réserve de l'autorisation des autorités compétentes.

56. Dans les cas où l'isolement cellulaire des malades mentaux ne peut être évité, celui-ci devrait être réduit à une durée minimale et remplacé dès que possible par une surveillance infirmière permanente et personnelle.

57. Dans des situations exceptionnelles, s'agissant de malades souffrant de troubles mentaux graves, le recours à des mesures de contention physique peut être envisagé

pendant une durée minimale correspondant au temps nécessaire pour qu'une thérapie médicamenteuse déploie l'effet de sédation attendu.

58. Les risques de suicide devraient être appréciés en permanence par le personnel médical et pénitentiaire. Suivant le cas, des mesures de contention physique conçues pour empêcher les détenus malades de se porter préjudice à eux-mêmes, une surveillance étroite et permanente et un soutien relationnel devraient être utilisés pendant les périodes de crise.

59. Le suivi thérapeutique pour les détenus libérés sous traitement devrait être assuré par des services spécialisés extérieurs.

#### **E. Refus de traitement / Grève de la faim**

60. Si une personne détenue refuse le traitement qui lui est proposé, le médecin devrait lui faire signer une déclaration écrite en présence d'un témoin. Le médecin devrait fournir au patient toutes les informations nécessaires sur les bienfaits escomptés du traitement médical, les alternatives thérapeutiques éventuellement existantes, et l'avoir mis en garde contre les risques auxquels son refus l'expose. Il convient de s'assurer que le malade est pleinement conscient de sa situation. Il serait indispensable de faire appel à un interprète expérimenté si la langue pratiquée par le malade constitue un obstacle à la compréhension.

61. L'examen clinique d'un gréviste de la faim ne devrait être pratiqué qu'avec son consentement explicite, sauf s'il souffre de troubles

mentaux graves, et qu'il doive alors être transféré dans un service psychiatrique.

62. Les grévistes de la faim devraient être informés de manière objective des effets nuisibles de leur action sur leur état de santé afin de leur faire comprendre les dangers que comporte une grève de la faim prolongée.

63. Si le médecin estime que l'état de santé d'une personne en grève de la faim se dégrade rapidement, il lui incombe de le signaler à l'autorité compétente et d'entreprendre une action selon la législation nationale (y inclus les normes professionnelles).

#### **F. Violence en prison; Procédures et sanctions disciplinaires; Isolement disciplinaire; Contention physique; Régime de sécurité renforcée**

64. Les détenus qui ont des raisons pertinentes de craindre des actes de violence à leur encontre de la part de codétenus, y compris d'éventuelles agressions sexuelles, ou qui ont récemment été agressés ou blessés par leurs codétenus devraient pouvoir être placés sous la protection renforcée du personnel de surveillance.

65. Le médecin ne devrait pas s'impliquer dans l'octroi de l'autorisation ou de l'interdiction du recours à la force physique par le personnel pénitentiaire, qui doit lui-même assumer la responsabilité du maintien de l'ordre et de la discipline.

66. Dans le cas d'une sanction d'isolement disciplinaire, de toute autre mesure disciplinaire ou de sécurité qui risquerait d'altérer la

santé physique ou mentale d'un détenu, le personnel de santé devrait fournir une assistance médicale ou un traitement à la demande du détenu ou du personnel pénitentiaire.

**G. Programmes de soins spécifiques:  
Programmes sociothérapeutiques;  
Liens familiaux et contacts avec le monde extérieur; Mère détenue avec enfant**

67. Les programmes sociothérapeutiques devraient être organisés conformément à ceux qui sont réalisés dans la communauté libre et devraient être supervisés avec soin. Les médecins devraient être disposés à coopérer de façon constructive avec tous les services compétents afin de permettre aux détenus de bénéficier de tels programmes et d'acquérir ainsi des aptitudes sociales susceptibles de contribuer à réduire les risques de récidive après la libération.

68. Il devrait être envisagé de donner aux détenus la possibilité de rencontrer leur partenaire sexuel sans surveillance visuelle pendant la visite.

69. Les enfants très jeunes de mères détenues devraient pouvoir rester en prison auprès de leur mère, afin que leur mère puisse leur porter toute l'attention nécessaire, leur donner les soins indispensables au maintien d'un bon état de santé et maintenir un lien psycho-affectif.

70. Des équipements spéciaux (crèche, garderie) devraient être prévus pour les mères accompagnées d'enfants.

71. Les médecins ne devraient pas intervenir dans la décision administrative de séparer l'enfant de sa mère à un certain âge.

**H. Fouilles corporelles, expertises médicales, recherche médicale**

72. Les fouilles corporelles relèvent de l'autorité administrative et les médecins exerçant en milieu pénitentiaire ne devraient pas intervenir dans ce domaine. Toutefois, un examen médical intime devrait être effectué par un médecin lorsqu'il y a une raison médicale objective qui demande son intervention.

73. Un médecin exerçant en milieu pénitentiaire ne devrait pas établir de rapports médicaux ou psychiatriques à l'intention de la défense ou du ministère public, hormis à la demande expresse du détenu, ou à la demande d'un tribunal. Il ne devrait pas accepter d'intervenir en tant qu'expert médical dans la procédure judiciaire intéressant les prévenus. Il ne devrait effectuer des prélèvements ou des analyses qu'à des fins diagnostiques et pour des motifs purement médicaux.

74. La recherche médicale sur les personnes détenues devrait être menée conformément aux principes énoncés dans les Recommandations n° R (87) 3 sur les Règles pénitentiaires européennes, n° R (90) 3 sur la recherche médicale sur l'être humain et n° R (93) 6 concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison.

## BREVES INFORMATIONS

### **ETABLISSEMENTS D'EXECUTION DES PEINES ET MESURES EN SUISSE – REEDITION DU CATALOGUE DES ETABLISSEMENTS**

La nouvelle édition du catalogue des établissements pénitentiaires suisses récemment publiée par les offices fédéraux de la statistique et de la justice, donne une vue d'ensemble des établissements d'exécution des peines et mesures de notre pays. Il s'ouvre sur une introduction générale sur l'exécution des peines, les bases légales, les concordats sur l'exécution des peines et les cantons qu'ils réunissent. On y traite les thèmes suivants concernant les établissements: situation et capacité de l'établissement, organisation, concept d'exécution, personnel, travail, encadrement des détenus, modifications prévues et problèmes divers.

S'agissant des prisons centrales, des prisons de district et d'arrondissement, des locaux destinés à l'exécution des arrêts et des postes de police, les points suivants sont évoqués: histoire, capacité, personnel, tâches, prescriptions internes, offre en matière de travail, de formation scolaire et professionnelle, et de loisirs.

Le catalogue paraît dans une deuxième édition remaniée et survole l'ensemble des établissements suisses de l'exécution des pei-

nes et mesures. La période de référence des renseignements fournis est l'automne 1997.

Le catalogue des établissements peut être commandé à l'Office fédéral de la statistique, 3003 Berne (tél. 031 323 60 60, fax 031 323 60 61) au prix de Fr. 37.- (no de commande 159-9700).

### **IMAGE DE L'ETRE HUMAIN DANS LE CADRE DE LA POURSUITE PENALE ET DE L'EXECUTION DES PEINES – UNE PUBLICATION DE CARITAS**

Le colloque du groupe réforme en matière pénale de CARITAS, qui s'est tenu les 11 et 12 septembre 1997 à Zurich, a permis à des praticiens et à des spécialistes de confronter leurs expériences en la matière et de réfléchir aussi sur les moyens permettant d'éviter les généralisations et les images éloignées de la réalité (cf. aussi la contribution dans le fascicule 4/97). Le volume consacré au colloque de CARITAS, maintenant disponible, contient d'une part des rapports relatant les expériences faites et d'autre part des débats sur des questions d'éthique et de théorie pénale relatives au thème. Il ne s'agit pas ici seulement de l'image qu'on peut se faire de l'être humain mais également de l'évolution historique de cette image et de la question de savoir comment des êtres humains peuvent

être influencés par l'exécution des peines ou par des normes pénales. La publication traite de manière nuancée un thème souvent livré à la superficialité et aux spéculations. Les diverses contributions montrent qu'il n'existe pas de solution-miracle. Ce qui importe, c'est une réflexion sans cesse renouvelée et une politique criminelle constamment soucieuse de coller aux réalités sociales.

Le volume consacré au colloque peut être demandé directement à CARITAS Suisse, Löwenstrasse 3, 6002 Lucerne, au prix de Fr. 15,30 (tél. 041 / 419 22 22 / fax 041 / 419 24 24).

## **VIOLEURS D'ENFANTS CHASSES DANS LA CLANDESTINITE – NOUVELLE PRATIQUE DE LA POLICE BRITANNIQUE**

**Dans l'intérêt de la sécurité, la police britannique peut publier les nom et adresse de pédophiles libérés de prison.**

Robert O. se faisait une tout autre idée de la vie en liberté. En septembre dernier, il est sorti de prison. En 1985, un tribunal l'avait déclaré coupable d'appartenir à l'association de pédophiles responsables de la mort de Jason Swift, un garçon de 14 ans. Partout où Robert O. cherchait à s'établir, il était chassé par des voisins inquiets. Le 10 octobre, il est enfin arrivé dans la station balnéaire de Brighton, dans le sud de l'Angleterre. La police observa qu'il fréquentait une bibliothèque pour enfants et qu'il regardait pendant de

longues heures les enfants jouer sur la promenade du bord de mer. Après quoi, elle informa le public de sa présence en distribuant 25'000 feuilles volantes. Quelques parents effrayés prirent alors le droit en main: le chasseur devint gibier. Depuis lors, pour sa propre sécurité, Robert O. est dans une clinique psychiatrique.

Depuis l'automne dernier, les délinquants sexuels et en particulier les pédophiles et les violeurs doivent communiquer à la police leur lieu de séjour après leur sortie de prison. Dans des cas particuliers, la police peut informer les autorités locales, les écoles et le voisinage de la présence d'un délinquant sexuel sorti de prison. Au milieu de la semaine passée, cette pratique a reçu l'aval de l'instance judiciaire britannique suprême. Par peur des représailles, cependant, 12 pour cent des délinquants sexuels tenus de s'annoncer disparaissent dans la nature. Le gouvernement travailliste examine actuellement une modification du droit pénal applicable aux délinquants sexuels. L'utilisation de mini-émetteurs implantés dans le corps des délinquants et permettant à la police de localiser avec exactitude le porteur de la puce est aussi à l'étude.

*Source: Berner Zeitung du 24 mars 1998*



## **LE COMITE EUROPEEN POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE (CPT) DEPUIS PEU SUR INTERNET**

Depuis peu, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains ou dégradants est présent sur Internet. Sous la rubrique <http://www.cpt.coe.fr>, on trouvera désormais, outre des informations sur les tâches du CPT, les rapports officiels du CPT concernant ses visites dans les Etats ayant ratifié la convention et ses rapports annuels d'activité.

## **DIVISION SPÉCIALE DE 16 PLACES POUR DES DELINQUANTS SEXUELS AU PENITENCIER ZURICHOIS DE PÖSCHWIES**

**Dès cet automne, des délinquants sexuels incarcérés en régime ordinaire au pénitencier de Pöschwies doivent être transférés dans une division thérapeutique.**

Le concept du projet, qui doit durer cinq ans, prévoit que le directeur de la division spéciale, un psychiatre, décide quels délinquants sont admis dans la division. Entrent surtout en ligne de compte des délinquants sexuels et des délinquants violents condamnés à une peine assortie d'une mesure ambulatoire. Et, parmi ceux-ci, uniquement ceux dont on peut admettre qu'ils sont aptes à recevoir la thérapie intensive prévue. Les placements directs dans la division depuis l'extérieur du pénitencier ne sont pas prévus. En revanche, il est possible de placer dans la division spé-

ciale des détenus du pénitencier qui ne bénéficient pas d'une mesure ambulatoire.

Le traitement comprend trois phases: à un séjour de plusieurs années en milieu fermé succèdent un traitement intensif dans un cadre ouvert et, pour terminer, une post-cure ambulatoire. Pour la première phase, une division spéciale de 16 places est aménagée, et cela dans l'aile supplémentaire en deux parties récemment terminée. Il en résulte que le régime d'exécution ordinaire ne dispose plus que de 30 places au lieu des 60 nouvelles places qui étaient prévues. 14 places sont perdues pour la détention.

Les délinquants sont traités en fonction des infractions commises. Ils doivent être confrontés à ce qu'ils ont fait. Des discussions de groupe et des entretiens individuels, un travail corporel fondé sur la discussion de vidéos et un style de travail orienté sur l'équipe sont au programme. Cette approche s'inspire du modèle Langenfeld auquel le directeur actuel du service psychiatrique-psychologique de la Direction de la justice, Frank Urbaniok, a activement collaboré en Allemagne au début des années 90.

Les frais afférents au projet sont estimés à quelque six millions de francs. La Direction de la justice attend une subvention fédérale qui couvrirait 60 pour cent des frais, ce qui réduirait la dépense pour le canton de Zurich à 2,5 millions de francs. Six mois sont prévus pour la préparation détaillée du projet. Si l'arrêté du Conseil d'Etat ne fait pas l'objet

d'un référendum, le projet pourra débuter en automne.

Source: *Tages Anzeiger* du 28 avril 1998

**Remarque de la rédaction:**

L'Union démocratique du centre a demandé et obtenu le référendum contre l'arrêté du Conseil d'Etat; le corps électoral zurichois devra donc se prononcer sur la mise en oeuvre de ce projet pilote.

**ADRESSES SOUS CASE POSTALE POUR LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES – UNE RECOMMANDATION DU PREPOSE FEDERAL A LA PROTECTION DES DONNEES**

A l'occasion d'un cas concret, le préposé fédéral à la protection des données, s'est exprimé sur un aspect particulier de la protection de la personnalité dans le cadre de l'exécution des peines et nous a priés d'attirer l'attention des autorités compétentes en matière d'exécution des peines sur l'introduction des mesures suivantes. C'est la raison pour laquelle, nous reproduisons ci-après un extrait de la lettre qu'il a adressée le 15 juin 1998 à l'Office fédéral de la justice:

**Adresses sous case postale pour les établissements pénitentiaires**

Une société d'assurance nous a fait savoir que des assurés qui se trouvent incarcérés ne pouvaient être atteints qu'avec l'adresse postale de l'établissement pénitentiaire. Ce serait en particulier le cas lorsqu'il n'y pas d'adresse de contact à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire ou qu'elle ne peut être reconstituée. Pour des motifs touchant à la protection de la personnalité, il conviendrait par ailleurs de faire en sorte que le courrier des personnes intéressées puisse être adressé à la case postale des divers établissements, ce qui supprimerait la mention du lieu de séjour de ces personnes.

Du point de vue du droit de la protection des données, l'indication du nom en relation avec l'adresse d'un établissement pénitentiaire, en tant que données sensibles au sens de l'article 3, lettre c, chiffre 4 de la loi fédérale sur la protection des données, est passible de sanctions pénales. La proposition de prévoir des cases postales pour les établissements pénitentiaires nous paraît justifiée dans l'optique de la protection des personnes concernées.

Source: *lettre du 15 juin 1998 du préposé fédéral à la protection des données à l'Office fédéral de la justice*

**APPRENDRE + FÊTER / 50 ANS DE PATRONAGE ET 25 ANS D'ASSISTANCE CONTINUE – UNE MANIFESTATION DU SERVICE SOCIAL DE LA DIRECTION DE LA JUSTICE DU CANTON DE ZURICH**

Sous le titre précité, le service social de la Direction de la justice du canton de Zurich organise du 25 au 28 août 1998 à l'attention de ses collaborateurs et de ses partenaires un colloque groupant 14 séminaires et manifestations d'information ainsi qu'une fête de jubilé pour terminer. Les séminaires sont placés sous le thème „Droits de l'homme et travail efficace dans le cadre de la justice pénale“. Le directeur de la justice du canton de Zurich, le conseiller d'Etat Markus Notter, assure le patronage de la manifestation.

Le programme détaillé et d'autres renseignements peuvent être demandés au service social de la Direction de la justice du canton de Zurich, Andreas Leisi, Sumatrastrasse 10, 8090 Zurich  
(tél. 01 / 259 39 28 / fax 01 / 259 39 69).