

NOTE-EXPRESS

ANNEXE 7

NON PROTEGE⁽¹⁾

DIFFUSION RESTREINTE⁽¹⁾

CONFIDENTIEL DEFENSE⁽¹⁾

ORIGINE : DIRECTION-GENERALE DE LA GENDARMERIE
NATIONALE

DESTINATAIRE(S) : DIFFUSION GENERALE
(pour action)

COPIES INTERIEURES : BUREAU REGLEMENTATION-EMPLOI

NR 2000 - 23 JAN. 92
DEF/GEND/OE/PJ

CLASS :

REP . :

O B J E T : Examen médical des personnes gardées à vue.

REFERENCES : - Code de procédure pénale.
- Code de la santé publique.
- Décret du 20 mai 1903 sur le service de la
gendarmerie.
- Circulaire n°38200 MA/GEND.T.T du 4 octobre 1967
(class : 44.09).
- Circulaire n°09600 DN/GEND/EMP/SERV du 4 mars 1971
(class : 44.04).
- Feuille de renseignements n° 51200 DEF/GEND/EMP/SERV
du 8 novembre 1977 (class : 44.09).

Les récentes visites dans les services de police et les unités de gendarmerie d'un comité du Conseil de l'Europe ont mis en évidence quelques insuffisances juridiques ou matérielles concernant les conditions de garde à vue.

Afin de pallier certaines de ces insuffisances, et dans l'attente du rapport exhaustif que le comité doit adresser aux autorités françaises sur l'exécution des mesures de garde à vue, la présente note reprend et explicite les modalités relatives à la surveillance médicale des personnes gardées à vue dans les cas suivants :

- rétention limitée à 24 heures.
- prolongation,
- dépôt en chambre de sûreté.

* * *

I - L'EXAMEN MEDICAL DANS LE CAS D'UNE RETENTION D'UNE DUREE DE VINGT-QUATRE HEURES.

11. Principe

Quels que soient les motifs de la garde à vue et le type de l'enquête diligentée, le magistrat en charge de l'affaire (1) peut, à tout moment de la rétention et s'il l'estime nécessaire, désigner un médecin qui examinera la personne retenue.

.../...

(1) Procureur de la République ou juge d'instruction

Le magistrat agit :

- d'office (2),
- à la requête d'un membre de la famille, voire sur la suggestion de tout intéressé,
- sur la demande de l'O.P.J. et pour sa garantie si par exemple :
 - * la personne gardée à vue se plaint, paraît souffrante, se prétend malade ou si certaines informations ou constatations laissent supposer qu'elle puisse l'être,
 - * préalablement à tout interrogatoire, elle présente des troubles, des traces ou des blessures qu'il importe de constater ou de soigner,
 - * un incident dont les conséquences affectent la santé de la personne retenue survient au cours de la garde à vue (3).

Les éléments relatifs à la santé de la personne retenue sont notamment recueillis, confirmés ou infirmés lors de tout contact établi par l'O.P.J. (4) avec un membre de sa famille ou un tiers la connaissant (prise régulière de médicaments, médecin traitant susceptible de renseigner le praticien désigné par le magistrat, ...).

Dès lors qu'un doute subsiste sur la santé de l'individu gardé à vue, et quasi systématiquement dans le cas où celui-ci est sous l'empire d'un état alcoolique manifeste, l'O.P.J. provoque la désignation d'un médecin par le magistrat.

12. Cas particulier : infraction à la législation sur les stupéfiants

Dans ce cas d'espèce, le procureur de la République ou le juge d'instruction doit, dès le début de la garde à vue (5), désigner un médecin expert qui examinera ensuite toutes les vingt-quatre heures la personne gardée à vue.

L'individu retenu doit être avisé par l'O.P.J. de la possibilité de demander d'autres examens médicaux : ces examens, s'ils sont sollicités, sont de droit.

.../...

-
- 2) Par exemple, avant de statuer sur la prolongation du délai de garde à vue.
 - 3) Sous le signe de l'urgence, l'appel au médecin est effectué avant l'information du magistrat concerné.
 - 4) Tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une personne mineure.
 - 5) Le magistrat doit en conséquence être prévenu de la rétention dès son commencement.

13. Conditions de réalisation de l'examen médical

131. En règle générale, et sauf instructions contraires du magistrat ou nécessité médicale, il est procédé à l'examen dans les locaux de la brigade.

132. Dans l'attente de l'arrivée du médecin, l'O.P.J. peut poursuivre l'audition de la personne retenue à moins que son état ne le permette pas.

133. L'O.P.J. prend les mesures utiles pour assurer la surveillance de la personne gardée à vue au cours de la visite médicale.

134. Règles de procédure :

1341. Si le médecin estime que la personne examinée n'est pas en état de supporter plus longtemps la garde à vue, l'O.P.J. informe le magistrat et se conforme à ses instructions.

1342. Mention de l'examen médical doit être portée au procès-verbal, auquel sera annexé le certificat délivré par le praticien.

1343. Lorsque la mesure de garde à vue a été décidée dans le cadre d'une enquête consécutive à une infraction à la législation sur les stupéfiants, l'avis donné par l'O.P.J. et relatif au droit de la personne retenue de demander d'autres examens médicaux (cf. § 12) doit apparaître dans le procès-verbal.

II - LE CONTROLE MEDICAL LORS DE LA PROLONGATION DE LA GARDE A VUE

21. Principe

Après vingt-quatre heures, l'examen médical de la personne retenue est de droit si elle le demande.

Les prescriptions de l'alinéa 11 restant applicables, l'attention des O.P.J. est attirée sur l'intérêt présenté par la réalisation effective de la visite médicale, notamment dès qu'un doute apparaît quant à l'état de santé de la personne gardée à vue.

22. Règles de procédure

Dès que l'autorisation de prolongation est accordée, l'O.P.J. avertit aussitôt la personne retenue qu'elle a le droit de se faire examiner par un médecin désigné par le magistrat.

Cet avis et la réponse faite doivent figurer au procès-verbal ainsi que, le cas échéant, la mention de l'examen médical. Le certificat délivré par le praticien est joint à la procédure.

.../...

III - LA SURVEILLANCE D'UNE PERSONNE DEPOSEE EN CHAMBRE DE SURETE

Une personne retenue pour indices graves et concordants de nature à motiver son inculpation peut être déposée dans une chambre de sûreté pendant les périodes de repos de la garde à vue.

Elle continue en ce lieu à faire l'objet d'une vigilance adaptée à son état de santé ainsi qu'aux conditions de sécurité qu'offre le local.

A cet effet, des rondes de surveillance sont organisées à intervalle régulier dans le double but de :

- prévenir toute tentative d'évasion,
- veiller à ce que la santé de la personne retenue ne se détériore pas, en particulier :
 - * empêcher la commission d'un acte auto-agressif (état dépressif ou d'excitation) ;
 - * être attentif à son état général physique et psychique afin de provoquer, en tant que de besoin et comme indiqué à l'alinéa 11 supra, l'intervention d'un médecin (tout particulièrement dans le cas d'une personne appréhendée en état d'ivresse manifeste ou -et- lorsque les conditions de la rétention paraissent rigoureuses eu égard à la température de la chambre de sûreté).

* * *

*

Les présentes dispositions visent à améliorer les conditions de déroulement de la garde à vue et à garantir la responsabilité des officiers de police judiciaire dont l'action doit toujours se caractériser par le sens de l'humain et le respect de la dignité.

Les OPJ sont donc invités à user largement de la possibilité de recourir à l'examen médical, dès lors qu'un doute existe concernant l'état de santé de la personne retenue.

Pour le Ministre de la Défense et par délégation
Le Directeur Général de la Gendarmerie Nationale

Signé : Jean-Pierre DINTILHAC

**LES SERVICES DU CENTRE DANS LEQUEL VOUS VENEZ D'ARRIVER
VOUS INFORMENT**

**Vous venez d'arriver dans un centre d'hébergement
dans l'attente de votre départ du territoire français.**

I. VOTRE SITUATION JURIDIQUE.

Vous avez fait l'objet d'une décision préfectorale de maintien dans des locaux ne relevant pas de l'administration pénitentiaire, en vertu de l'article 35 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945.

La durée de votre séjour dans le centre dépend de votre situation juridique et de la date prévue pour votre départ. En tout état de cause, elle ne peut pas être supérieure à 7 jours.

Pendant votre séjour au centre, vous pouvez demander à tout moment l'assistance :

- . d'un interprète,
- . d'un conseil ;
- . d'un médecin.

Vous pouvez dans les mêmes conditions communiquer :

- . avec votre consulat
- . avec une personne de votre choix

II. VOTRE VIE AU CENTRE.

1. L'arrivée.

- * les formalités d'enregistrement.
- * vos valeurs et effets personnels :

- si vous avez sur vous moins de 300 francs, cette somme sera conservée par vous ; pour les sommes excédant 300 francs, vous avez la possibilité de les déposer au coffre du service de garde à votre arrivée.

- vous pouvez aussi y déposer vos objets de valeur ;

- les sommes et objets ainsi déposés vous seront restitués à votre départ ou, en cas de besoin pendant le séjour, à votre demande. Un reçu vous sera remis lors du dépôt.

- les objets coupants que vous possédez le cas échéant, seront conservés par le service de garde.

- * Vos documents officiels.

- vos documents d'identité ou de voyage sont conservés par le service de garde contre un reçu. Ils vous seront remis à votre arrivée dans le pays où vous allez être reconduit par le commandement de bord.

- vos documents personnels (livret de famille, permis de conduire obtenu en France, etc...) vous seront remis à votre départ du centre ou, en cas de besoin, pendant votre séjour.

.../...

- pour les documents relatifs à la procédure d'éloignement (arrêté préfectoral de reconduite à la frontière et sa notification, arrêté ministériel d'expulsion, interdiction du territoire français, décision de maintien en rétention, ordonnance de prorogation du maintien, etc.), vous pouvez conserver avec vous l'exemplaire en votre possession si vous le souhaitez ; vous pouvez également le déposer au service de garde, qui vous le remettra lors de votre départ ou en cas de besoin pendant votre séjour.

2. Votre chambre.

Vous partagez une chambre avec une ou plusieurs personnes.

. vous y trouverez à votre arrivée :

- une paire de draps, un oreiller et des couvertures ;
- un nécessaire de toilette individuel.

. une désinfection régulière de la literie est assurée.

. une douche est à votre disposition entre heures et
heures

. pour l'harmonie de la vie commune, nous vous demandons de maintenir propres et en bon état les parties de la chambre que vous utilisez ;

. par ailleurs, pour des raisons de sécurité, nous vous prions de vous abstenir de fumer dans la chambre.

3. La circulation dans le centre.

1er cas : la circulation est libre à l'intérieur de

(l'enceinte du centre
(la partie du centre où séjournent les personnes retenues)

2ème cas : la circulation à l'intérieur du centre est libre pendant
heure (s) à l'occasion de chacun des deux principaux repas.

1er et 2ème cas

Vous pouvez vous promener librement en plein air à l'intérieur
de l'enceinte du centre de heures à heures

ou : vous pouvez vous promener en plein air à l'intérieur de l'enceinte du
centre de heures à heures sur demande.

3ème cas : La disposition des locaux ne permet pas de circuler
librement à l'intérieur du centre.

.../...

4ème cas : Idem, plus : par contre, vous pouvez vous promener en plein air..(choix entre les deux hypothèses ci-dessus du "1er et 2ème cas").

3ème et 4ème cas : Vous pouvez vous rendre dans la chambre d'un autre retenu ou dans les parties collectives du centre en le demandant à un membre du service de garde.

Des restrictions provisoires peuvent être apportées aux règles de circulation, soit en cas de trouble à l'ordre public soit pour des raisons de sécurité.

4. Les repas.

- Organisation.

Les repas sont pris de heures à heures dans la salle à manger (exceptionnellement dans les chambres).

Le petit déjeuner est pris de heures à heures dans la salle à manger (exceptionnellement dans les chambres).

- Menus.

Si pour des raisons de santé ou de religion, vous souhaitez une adaptation des repas, vous êtes invité à le faire savoir aux responsables du centre qui s'efforceront de vous donner satisfaction.

- En dehors des heures des repas, vous pouvez faire chauffer de l'eau dans le local prévu à cet effet.

5. Les activités possibles.

* une salle d'activités collectives est à votre disposition de heures à heures. On y trouve une télévision et des jeux. Dans les centres qui ne disposent pas d'une salle d'activités collectives, vous pouvez regarder la télévision qui est installée dans

* Vous pouvez acheter ou faire acheter un certain nombre de produits, notamment d'alimentation, d'hygiène et de lecture. Pour cela quand le centre n'assure pas lui-même la vente de ces articles, vous pouvez en passer commande au gestionnaire, ou, si vous préférez, au représentant de la CIMADE présent dans le centre.

6. Votre santé.

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander au responsable du centre l'assistance d'un médecin.

.../...

En cas de besoin, les soins nécessaires vous seront dispensés dans les meilleurs délais.

Les médicaments qui vous sont prescrits sont à votre charge. Toutefois, si vous pouvez justifier ne pas disposer de l'argent nécessaire, ils pourront être pris en charge.

7. Le téléphone et les visites.

- Vous pouvez prendre à tout moment contact avec :
 - . votre avocat
 - . un représentant de votre consulat
 - . un interprète,
 - . un médecin
 - . ou toute autre personne de votre choix.

Dans ce but, un téléphone est à votre disposition dans

Les frais de téléphone sont normalement à votre charge.

- Vous pouvez recevoir la visite de ces personnes, et notamment de votre famille.

Les visites sont possibles de heures à heures. Toutefois, l'avocat ou l'interprète qui le cas échéant vous assistent peuvent vous visiter à tout moment pendant les heures ouvrables du centre, c'est à dire de heures à heures.

Le médecin peut naturellement intervenir également à tout moment en cas de nécessité.

- Un local spécifique est à votre disposition pour les visites.

8. L'assistance de la CIMADE.

La CIMADE, association indépendante à but non lucratif, est présente dans le centre au titre de l'accompagnement social, en vertu d'une convention passée entre elle et l'Etat.

Elle a pour rôle :

- de visiter les étrangers retenus et de leur donner toutes informations et aides utiles dans le domaine social pour que leur départ se déroule le mieux possible ;
- d'assurer les liens avec les personnes que les étrangers retenus désignent et particulièrement avec leur famille.

A ce titre, elle peut notamment vous aider à régler des questions diverses, matérielles, juridiques, familiales ou personnelles, avant votre départ.

.../...

Une permanence de la CIMADE est à votre disposition dans un bureau du centre de heures à heures. En dehors de ces heures, vous pouvez joindre par téléphone la permanence nationale de la CIMADE de heures à heures.

9. La discipline dans le centre.

Dans le cas où votre comportement ne permettrait pas votre maintien en collectivité, une mesure d'isolement pourra être prise à votre égard par le responsable du centre.

III. VOTRE DEPART.

1) La date du départ.

Vous serez informé dès que possible de l'heure à laquelle votre départ de France est prévu, de l'heure fixée en conséquence pour le départ du centre, et des modalités pratiques du départ.

2) La préparation du départ.

* Pour préparer votre départ, il pourra être nécessaire d'accomplir des formalités pour l'établissement des documents transfrontières nécessaires. Dans certains cas, cela nécessitera de vous conduire auprès des autorités consulaires de votre pays d'origine, ce qui sera fait sous escorte sauf si celles-ci demandent votre audition au centre de rétention.

* Si vous n'êtes pas arrivé au centre avec vos bagages, vous devrez indiquer dès votre arrivée au centre si vous avez des bagages à récupérer avant votre départ. Une escorte peut être organisée dans un rayon de 10 km pour les récupérer.

Votre famille, des personnes de votre choix ou la CIMADE, peuvent vous les apporter, à votre demande, au centre même.

* Si vous souhaitez retirer de l'argent d'un établissement financier, la CIMADE peut le faire à votre place si vous lui signez une procuration sur laquelle les autorités du centre authentifieront les signatures. La CIMADE vérifiera auprès de la banque si celle-ci accepte la procédure. Vous devrez le lui demander le plus tôt possible après votre arrivée pour lui faciliter les démarches.

* La CIMADE peut vous aider pour les autres dispositions que vous souhaitez prendre avant votre départ.

3) Le départ.

Vous serez conduit sous escorte au mode de transport prévu pour votre départ.

Entre l'Etat, représenté par le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité et le Comité Inter-Mouvement Auprès des Evacués, Service oecuménique d'entraide, dénommé ci-après sous le sigle CIMADE, association de la loi 1901, représentée par son président.

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1

L'Etat confie à la CIMADE, qui l'accepte, une mission spécifique visant à ce que les étrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire et retenus dans les lieux ne dépendant pas de l'administration pénitentiaire, conformément à l'article 35 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée, pendant le temps nécessaire à l'organisation de leur voyage de retour par les autorités, le soient dans des conditions qui respectent leur dignité.

ARTICLE 2

La mission confiée à la CIMADE a pour objectif :

- de visiter les étrangers retenus et de leur donner toute information juridique et assistance sociale ;
- d'assurer les liens avec l'extérieur, particulièrement avec la famille
- de rendre compte au ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité de l'accomplissement de cette mission, et de formuler des propositions tendant à son amélioration. Le ministre fera connaître à la CIMADE les suites qu'il entend donner à ces propositions.

ARTICLE 3

Pour mettre en oeuvre ce projet, l'association constituera une équipe composée de salariés et de bénévoles.

Ces personnels seront habilités par les autorités compétentes à intervenir dans l'ensemble des centres de reconduite aux frontières, dans les locaux de police et dans les locaux pénitentiaires.

Leur action comportera notamment :

- des visites régulières des lieux de rétention ;
- la réponse aux urgences par la mobilisation immédiate d'une personne de l'association ;

.../...

- des permanences téléphoniques ;
- la constitution d'un matériel d'information dont le contenu sera étudié conjointement avec le ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité. Cette documentation pourra être diffusée sous réserve de sa validation par les autorités ministérielles compétentes.

ARTICLE 4

Pour lui permettre de mener à bien ces actions, l'association reçoit une contribution financière de l'Etat.

L'ordonnateur est le ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité.

Le comptable assignataire est le payeur général du Trésor.

Cette contribution est évaluée annuellement sur la base des résultats financiers et d'un budget prévisionnel, imputable sur les crédits ouverts au budget du ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité et fait l'objet d'un versement au compte de l'association ouvert au crédit du Nord 180, rue de Grenelle - 75007 PARIS - Code Banque 30076 - Code Guichet 02027 - Numéro de compte 10816300300 Clé RIB 48.

ARTICLE 5

La CIMADE doit remettre un rapport annuel d'activité ainsi qu'un compte d'emploi des crédits publics affectés à sa mission.

ARTICLE 6

La présente convention se substitue à celle du 30 novembre 1984, et prend effet à compter du .

Elle est établie pour une durée de trois ans reconductible chaque année par avenant.

Fait à Paris, le 15 MAI 1991

Le Ministre des Affaires Sociales
et de la Solidarité

Le Directeur de la Population

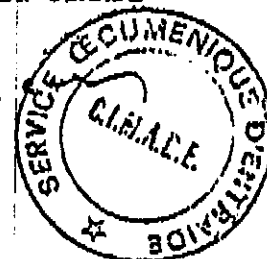
et des Missions

Gérard MOREAU

Le Président de la CIMADE

1341
Le Contrôleur Financier

P. PAOLINI



**DÉCRET DU 8 JUILLET 1992
PORTANT CLÔTURE DE LA SESSION EXTRAORDINAIRE DU PARLEMENT**

NOR : HAUX9210232D

Le Président de la République,
Sur le rapport du Premier ministre,
Vu les articles 29 et 30 de la Constitution ;
Vu le décret du 30 juin 1992 portant convocation du Parlement en session extraordinaire,

Décète :

Art. 1^{er}. - La session extraordinaire du Parlement est close.

Art. 2. - Le Premier ministre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Munich, le 8 juillet 1992.

FRANÇOIS MITTERRAND

Par le Président de la République :
Le Premier ministre,
PIERRE BÉRÉGOVOY

LOIS

LOI n° 92-625 du 6 juillet 1992 sur la zone d'attente des ports et des aéroports et portant modification de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France (1)

NOR : INTX9200050L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. - Il est inséré dans l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France un article 35 *quater* ainsi rédigé :

« Art. 35 *quater*. - I. - L'étranger qui arrive en France par la voie maritime ou aérienne et qui soit n'est pas autorisé à entrer sur le territoire français, soit demande son admission au titre de l'asile, peut être maintenu dans la zone d'attente du port ou de l'aéroport pendant le temps strictement nécessaire à son départ et, s'il est demandeur d'asile, à un examen tendant à déterminer si sa demande n'est pas manifestement infondée.

« Il est immédiatement informé de ses droits et de ses devoirs, s'il y a lieu par l'intermédiaire d'un interprète. Mention en est faite sur le registre mentionné ci-dessous, qui est émarginé par l'intéressé.

« La zone d'attente est délimitée par le représentant de l'Etat dans le département. Elle s'étend des points d'embarquement et de débarquement à ceux où sont effectués les contrôles des personnes. Elle peut inclure, sur l'emprise du port ou de l'aéroport, un ou plusieurs lieux d'hébergement assurant aux étrangers concernés des prestations de type hôtelier.

« II. - Le maintien en zone d'attente est prononcé pour une durée qui ne peut excéder quarante-huit heures par une décision écrite et motivée du chef du service de

contrôle aux frontières ou d'un fonctionnaire désigné par lui, titulaire au moins du grade d'inspecteur. Cette décision est inscrite sur un registre mentionnant l'état civil de l'intéressé et la date et l'heure auxquelles la décision de maintien lui a été notifiée. Elle est portée sans délai à la connaissance du procureur de la République. Elle peut être renouvelée dans les mêmes conditions et pour la même durée.

« L'étranger est libre de quitter à tout moment la zone d'attente pour toute destination située hors de France. Il peut demander l'assistance d'un interprète et d'un médecin et communiquer avec un conseil ou toute personne de son choix.

« III. - Le maintien en zone d'attente au-delà de quatre jours à compter de la décision initiale peut être autorisé, par le président du tribunal de grande instance ou un magistrat du siège délégué par lui, pour une durée qui ne peut être supérieure à huit jours. L'autorité administrative expose dans sa saisine les raisons pour lesquelles l'étranger n'a pu être rapatrié ou, s'il a demandé l'asile, admis, et le délai nécessaire pour assurer son départ de la zone d'attente. Le président du tribunal ou son délégué statue par ordonnance, après audition de l'intéressé, en présence de son conseil s'il en a un, ou celui-ci dûment averti. L'étranger peut demander au président ou à son délégué qu'il lui soit désigné un conseil d'office. Il peut également demander au président ou à son délégué le concours d'un interprète et la communication de son dossier. Le président ou son délégué statue au siège du tribunal de grande instance, sauf dans les ressorts définis par décret en Conseil d'Etat. Dans un tel cas, sous réserve de l'application de l'article 435 du nouveau code de procédure civile, il statue publiquement dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise portuaire ou aéroportuaire.

« L'ordonnance est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Celui-ci est saisi sans forme et doit statuer dans les quarante-

huit heures de sa saisine. Le droit d'appel appartient à l'intéressé, au ministère public et au représentant de l'Etat dans le département. L'appel n'est pas suspensif.

« IV. - A titre exceptionnel, le maintien en zone d'attente au-delà de douze jours peut être renouvelé, dans les conditions prévues par le III, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, pour une durée qu'il détermine et qui ne peut être supérieure à huit jours.

« V. - Pendant toute la durée du maintien en zone d'attente, l'étranger dispose des droits qui lui sont reconnus au deuxième alinéa du II. Le procureur de la République ainsi que, à l'issue des quatre premiers jours, le président du tribunal de grande instance ou son délégué peuvent se rendre sur place pour vérifier les conditions de ce maintien et se faire communiquer le registre mentionné au II.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'accès du délégué du haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés ou de ses représentants ainsi que des associations humanitaires à la zone d'attente.

« VI. - Si le maintien en zone d'attente n'est pas prolongé au terme du délai fixé par la dernière décision de maintien, l'étranger est autorisé à entrer sur le territoire français sous le couvert d'un visa de régularisation de huit jours. Il devra avoir quitté ce territoire à l'expiration de ce délai, sauf s'il obtient une autorisation provisoire de séjour ou un récépissé de demande de carte de séjour.

« VII. - Les dispositions du présent article s'appliquent également à l'étranger qui se trouve en transit dans un port ou un aéroport si l'entreprise de transport qui devait l'acheminer dans le pays de destination ultérieure refuse de l'embarquer ou si les autorités du pays de destination lui ont refusé l'entrée et l'ont renvoyé en France. »

Art. 2. - I. - Sont abrogés dans l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 précitée :

1° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article 5 ;

2° Le deuxième alinéa (1°) et le cinquième alinéa de l'article 35 bis.

II. - Le quatorzième alinéa de l'article 35 bis précité est ainsi rédigé :

« Les ordonnances mentionnées au huitième alinéa sont susceptibles d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué, qui est saisi sans forme et doit statuer dans les quarante-huit heures, le délai courant à compter de sa saisine ; le droit d'appel appartient à l'intéressé, au ministère public et au représentant de l'Etat dans le département ; ce recours n'est pas suspensif. »

Art. 3. - I. - Sont à la charge de l'Etat et sans recours contre l'étranger, dans les conditions prévues pour les frais de justice criminelle, correctionnelle ou de police, les honoraires et indemnités des interprètes désignés pour l'assister au cours de la procédure juridictionnelle de maintien en zone d'attente prévue par les III et IV de l'article 35 quater de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 précitée.

II. - Au quatrième alinéa de l'article 3 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, les mots : « et 35 bis » sont remplacés par les mots : « , 35 bis et 35 quater ».

Art. 4. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 6 juillet 1992.

FRANÇOIS MITTERRAND

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre d'Etat, ministre des affaires étrangères,

ROLAND DUMAS

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

MICHEL VAUZELLE

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique,

PAUL QUILÈS

Le ministre du budget,

MICHEL CHARASSE

Le ministre de l'équipement, du logement

et des transports,

JEAN-LOUIS BIANCO

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

RENÉ TEULADE

(1) Travaux préparatoires : loi n° 92-625.

Sénat :

Projet de loi n° 386 (1991-1992) ;

Rapport de M. Paul Masson, au nom de la commission des lois, n° 410 (1991-1992) ;

Discussion et adoption, après déclaration d'urgence, le 17 juin 1992.

Assemblée nationale :

Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 2801 ;

Rapport de M. Michel Pezet, au nom de la commission des lois, n° 2811 ;

Discussion et adoption, après déclaration d'urgence, le 24 juin 1992.

décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA CULTURE

Arrêté du 19 juin 1992 fixant le nombre maximum de places offertes en 1992 au concours spécial ouvrant accès aux grandes écoles d'ingénieurs

NOR : MENZ9202641A

Par arrêté du ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, du ministre de la défense, du ministre de l'équipement, du logement et des transports, du ministre de l'industrie et du com-

merce extérieur et du ministre des postes et télécommunications en date du 19 juin 1992, le nombre maximum de places offertes en 1992 au concours spécial T' ouvrant accès aux grandes écoles d'ingénieurs est fixé, pour chacun des établissements ci-après énumérés, comme suit :

Ecole centrale des arts et manufactures	5
Ecole centrale de Lyon	20
Ecole nationale supérieure de chimie de Paris	2

LE GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE, LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, LE MINISTRE DES ARMÉES, LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION,

à Messieurs les *Préfets* (métropole).

Les opérations de conduite et de garde des détenus extraits des établissements pénitentiaires aux fins de consultation dans un hôpital ou au cabinet d'un médecin spécialiste et la surveillance des femmes détenues hospitalisées soulèvent actuellement de sérieuses difficultés pour les services qui en sont chargés.

C'est pourquoi il a été décidé de prendre les mesures suivantes qui sont de nature à pallier, au moins partiellement, ces difficultés.

I. — Consultation dans un service hospitalier ou au cabinet d'un médecin spécialiste.

En ce qui concerne les consultations dans les services hospitaliers ou dans les cabinets de médecins spécialistes, le code de procédure pénale ne contient pas de règles déterminant expressément les services auxquels incombent la conduite et la garde des détenus extraits.

En l'absence de dispositions particulières, il apparaît donc que les agents de l'Administration pénitentiaire doivent, en principe, accomplir ces missions.

Toutefois, il peut être fait appel aux forces de police ou de gendarmerie dans des cas exceptionnels :

- d'une part, à titre provisoire, lorsqu'il s'agit de maisons d'arrêt peu importantes qui ne possèdent pas de moyens suffisants;
- d'autre part, pour prêter main-forte à l'escorte fournie par l'Administration pénitentiaire lorsque la personnalité des individus extraits ou les circonstances locales font apparaître des risques sérieux de troubles pour l'ordre public.

**

Quel que soit le personnel appelé à assurer la conduite et la garde des détenus aux fins de consultation, les sujétions imposées sont d'autant plus lourdes que le nombre d'extractions est plus grand et que leur durée est plus longue.

Ces sujétions pourraient donc être considérablement réduites :

- d'une part, par une meilleure répartition, à l'égard des détenus, des lieux et des heures de consultation ou de soins afin de permettre la conduite de ces détenus en groupe et de diminuer la fréquence des extractions;

22-4-1963
A. P. 39

Direction
de l'Administration pénitentiaire

Sous-Direction
de l'application des peines

Bureau de la Détenion

**Surveillance des détenus hospitalisés
ou envoyés en consultation
dans les hôpitaux**

LE GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE,
à Messieurs les Directeurs régionaux des services pénitentiaires.

Je vous prie de bien vouloir trouver sous ce pli une circulaire inter-ministérielle en date du 8 avril 1963, relative à la surveillance des détenus conduits à une consultation dans un service hospitalier et des femmes détenues hospitalisées.

Ces instructions ont été adressées à MM. les Préfets par la circulaire n° 198 du ministère de l'Intérieur.

Pour le Garde des Sceaux,
ministre de la Justice :
Par déléation.
Le Directeur
de l'Administration pénitentiaire,
R. SCHMELCK.

Destinataires :
Pour exécution :

MM. les Directeurs régionaux des services pénitentiaires;
les Directeurs de maisons centrales et établissements assimilés;
les Surveillants-Chefs des maisons d'arrêt et de correction.

Pour information :
MM. les Juges de l'application des peines;
les Médecins des établissements pénitentiaires.

scion un horaire fixé à l'avance en accord entre les services hospitaliers et pénitentiaires et strictement respecté, afin de permettre d'éviter de longues attentes dans des locaux généralement ouverts aux malades libres et de supprimer l'immobilisation du personnel d'escorte.

L'attention des directeurs des établissements hospitaliers de votre département doit être particulièrement appelée sur ces deux points, et je vous prie de bien vouloir veiller très attentivement à ce que soient prises toutes les décisions qui apparaîtraient nécessaires.

II. — Hospitalisation des femmes détenues.

La garde des femmes détenues hospitalisées pose des problèmes particuliers, du fait qu'elle ne peut être assurée sans inconvénient par des fonctionnaires masculins et que, bien souvent, il ne sera pas possible de réserver pour les seules intéressées une chambre de sûreté spéciale.

Il a été décidé, dans ces conditions, que la surveillance des femmes placées en traitement dans un hôpital ou envoyées dans une maternité ne continuerait à être assurée qu'à l'égard des malades reconnues dangereuses ou pour lesquelles des mesures de précautions particulières s'imposeraient en raison de la gravité ou de la nature des faits ayant motivé leur incarcération.

Il appartiendra ainsi au chef de l'établissement pénitentiaire de vous signaler celles des détenues à hospitaliser qui lui paraîtraient ou qui lui auraient été signalées par le magistrat instructeur comme devant faire l'objet d'une surveillance effective lorsqu'il vous adressera l'avis prévu au second alinéa de l'article D. 386 du code de procédure pénale ou, le cas échéant, au cours même de l'hospitalisation si un élément nouveau impliquait la mise en place d'un service de garde.

Dans les autres cas, il suffira que les chefs des établissements hospitaliers avertissent immédiatement, c'est-à-dire téléphoniquement, le chef de l'établissement pénitentiaire et les services de police locaux de tout incident grave concernant une détenue hospitalisée.

Vous voudrez bien donner les directives nécessaires à cet effet aux directeurs des services hospitaliers.

**

Les présentes dispositions ne s'appliquent pas aux détenus incarcérés pour des faits en relation avec les événements d'Algérie ou en raison de leur participation à des entreprises de subversion dirigées contre les lois ou les autorités de la République, dont l'hospitalisation et la conduite à une consultation dans un service hospitalier continueront, jusqu'à nouvel ordre, à être réglementées par la circulaire interministérielle du 6 octobre 1961.

Le Garde des Sceaux,
ministre de la Justice,

J. FOYER.

Le ministre de la Santé publique,
et de la Population,

R. MARCELLIN.

Le ministre de l'Intérieur,

R. FREY.

Le ministre des Armées,

P. MESSMER.

Ministère de la Justice

Paris, le 12 Juillet 1991

Direction de l'administration pénitentiaire

Sous-direction de l'Exécution des Décisions Judiciaires

Bureau de l'Individualisation

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice

à

Messieurs les Directeurs Régionaux
des Services Pénitentiaires

Circulaire n° : AP.91.05.GA1.12.07.91.

Références : F 42 - IG/AS
NOR.JUS.E.91.40047.C.

Objet : Le placement à l'isolement.

Les conditions dans lesquelles les détenus sont placés à l'isolement et la durée parfois très longue de ces mesures sont régulièrement sources de difficultés tant sur le plan réglementaire que sur le plan humain.

Si, la Commission européenne des droits de l'homme ne considère pas l'isolement comme un traitement inhumain et dégradant en soi, au sens de l'article 3 de la convention de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales, elle précise toutefois que cette mesure doit s'apprécier au cas d'espèce, au regard de sa rigueur, de sa durée, de l'objectif poursuivi et des effets, physiques ou psychologiques, qu'elle peut avoir sur la personne concernée.

D'une manière très générale, elle a indiqué que l'isolement cellulaire prolongé n'est guère souhaitable, surtout lorsque la personne est en détention provisoire.

J'appelle en conséquence votre attention sur la nécessité de vous conformer aux prescriptions suivantes lors de la mise à l'isolement d'un détenu et de la prolongation éventuelle de cette mesure.

.../...

1. - *Règlementation : les diverses mesures d'isolement*

Les mesures d'isolement sont prescrites en application des dispositions des articles 116, D 55, D 56, D 89, D 170, D 171 du code de procédure pénale.

1.1 - *Elles peuvent intervenir sur ordre des autorités judiciaires (art 116, D 55, D 56 du C.P.P.)*

1.1.1. - *Les autorités judiciaires peuvent prescrire, à l'égard des détenus prévenus, une interdiction de communiquer prévue par l'article 116 du C.P.P. Cette mesure est enserrée par des délais très stricts : elle ne peut excéder une durée de 10 jours, renouvelable une fois.*

Isolé en application de ces dispositions, le prévenu ne peut recevoir aucune visite si ce n'est celles de son avocat. Il n'a d'autre contact qu'avec les personnes relevant de l'administration pénitentiaire.

1.1.2. - *Les autorités judiciaires peuvent ensuite ordonner des mesures de séparation lorsque les nécessités de l'instruction, ou du jugement imposent qu'un prévenu soit séparé d'autres détenus.*

Toutefois, ces mesures n'impliquent pas nécessairement le placement du prévenu sous le régime de l'isolement administratif prévu aux articles D 170 et D 171 du code de procédure pénale. Dans cette hypothèse, le chef d'établissement dispose en effet du pouvoir d'apprécier si le placement sous le régime de l'isolement est ou non nécessaire pour que la mesure de séparation demandée soit effective.

Lorsque la mise à l'isolement administratif apparaît comme la seule solution pour que soient respectées les instructions des autorités judiciaires, il est indispensable que les dispositions des articles D 170 et D 171 du code de procédure pénale reçoivent application.

1.2. - *Les mesures d'isolement peuvent également intervenir sur décision du chef d'établissement, soit à la demande du détenu, soit par mesure d'ordre ou de sécurité, soit enfin sur prescription médicale (art. D 170, D 171 du C.P.P.)*

1.2.1. - *Les mesures prises par mesure d'ordre et de sécurité trouvent leur fondement dans la nécessité de maintenir le bon fonctionnement et la discipline générale des établissements. En conséquence, la gravité des faits pour lesquels l'intéressé est détenu et la nature des infractions qui lui sont reprochées ne peuvent justifier en elles-mêmes un placement à l'isolement.*

.../...

Ces mesures ne doivent être prises que lorsque des raisons sérieuses et des éléments objectifs concordants permettent de redouter des risques d'incidents graves de la part de certains détenus déterminés.

1.2.2. - Ces mesures donnent lieu dans les plus brefs délais, à un compte rendu, au directeur régional et au juge de l'application des peines ainsi qu'à un rapport présenté par le chef d'établissement lors de la prochaine commission d'application des peines.

Cette mesure reste de la seule compétence du chef d'établissement lorsque sa durée n'excède pas trois mois ; au-delà, sa prolongation ressortit à la compétence du directeur régional après avis du médecin et nouveau rapport devant la commission d'application des peines.

Ces délais sont indépendants de tous changements d'établissement ; une nouvelle affectation ne fait pas courir un nouveau délai ; la mesure initialement prononcée continue à recevoir exécution, sauf décision contraire de l'autorité territorialement compétente.

Le motif de la décision de mise à l'isolement doit être notifié au détenu et les explications de ce dernier recueillies.

Cette mesure de caractère administratif pouvant faire l'objet d'un recours gracieux ou contentieux, il est impératif que la notification au détenu de la décision du chef d'établissement ou du directeur régional ne soit jamais omise.

A cet égard, il convient de rappeler que les chefs d'établissement doivent motiver les demandes de prolongation qu'ils adressent aux directeurs régionaux, et que le conseil du détenu peut, aux différents stades de la procédure, adresser toute observation utile au juge de l'application des peines et avoir connaissance de l'avis émis par la commission d'application des peines ainsi que les motifs de la décision prise.

2. - L'exécution des mesures d'isolement

2.1. - Les modalités pratiques et le régime applicable

2.1.1. - L'effet principal de la mesure étant de mettre temporairement un détenu à l'écart du reste de la population pénale, il doit être en pratique placé dans un quartier destiné à cet usage.

La mise à l'isolement ne constituant en aucun cas une sanction disciplinaire, le détenu qui en fait l'objet ne peut en conséquence être placé au quartier disciplinaire.

.../...

Dans l'hypothèse exceptionnelle où l'exiguïté des bâtiments ne permettrait pas l'aménagement de locaux distincts ou l'utilisation de cellule individuelle à cette fin et où un détenu ne pourrait être placé à l'isolement qu'au quartier disciplinaire, la cellule qui lui serait attribuée devrait alors recevoir l'ameublement d'une cellule ordinaire.

2.1.2. - Par ailleurs, le détenu placé sous le régime de l'isolement est soumis au régime ordinaire de détention ; il doit bénéficier de toutes les facilités que ce régime lui offre sous réserve que ce dernier n'implique pas de contact avec l'ensemble de la population pénale. Ainsi, ne peut-il être privé de cantine, de radio ou de télévision. De même, les relations que ce détenu est autorisé à avoir avec les autorités judiciaires ou administratives ou avec l'extérieur doivent être identiques à celles des autres détenus, sauf application de l'article 116 du C.P.P. ou interdiction spéciale des autorités judiciaires en application des dispositions de l'article D 56 du C.P.P.

Sous cette réserve, le placement à l'isolement n'implique pas nécessairement l'absence de contact avec tout autre détenu et n'est pas exclusif de toutes réunions ou activités en commun avec un ou plusieurs détenus : il appartient au chef d'établissement d'en apprécier l'opportunité et d'appliquer une individualisation de la mesure tenant compte de la raison du placement et de l'objectif poursuivi ainsi que de la personnalité et du comportement du ou des détenus concernés.

2.1.3. - Enfin, il est impératif de respecter les dispositions de l'article D 375 du C.P.P. , en vertu desquelles le médecin doit visiter au moins deux fois par semaine les détenus placés à l'isolement et émettre, chaque fois qu'il l'estime utile, un avis sur la prolongation de cette mesure ou sur l'opportunité d'y mettre fin.

2.2. - La durée des mesures d'isolement

2.2.1. Si elle ne constitue pas une sanction disciplinaire, la mesure d'isolement ne saurait pas davantage s'assimiler à un mode normal d'exécution de peine.

En conséquence la durée des mesures d'isolement , y compris quand elles sont prises à la demande du détenu, doit faire l'objet d'un examen attentif et périodique. Ce souci de contrôle des décisions d'isolement et de la limitation de leur durée doit être le fait de chaque niveau d'intervention : chef d'établissement pendant le délai de trois mois, directeur régional au moment du renouvellement des mesures.

Il convient en outre que les directeurs régionaux procèdent périodiquement à un examen attentif des conditions dans lesquelles la mise à l'isolement des détenus est assurée dans chacune des maisons d'arrêt et établissements pour peines de leur région.

.../...

2.2.2. Dans le même esprit, et pour que l'Administration Centrale puisse jouer son rôle de contrôle général, il conviendra à l'avenir que lorsqu'une mesure d'isolement sera en voie d'excéder une durée d'un an, à partir de la décision initiale et quels que soient les changements d'établissements intervenus pendant cette période, les Directeurs Régionaux saisissent, en temps utile et avant toute décision, l'Administration Centrale pour recevoir ses instructions.

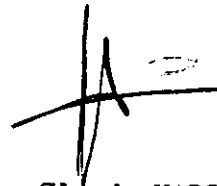
A cette fin, il y aura lieu qu'ils transmettent à l'Administration Centrale, au plus tard avant l'expiration du onzième mois d'isolement subi et après instruction complète des dossiers, les propositions de renouvellement qui auraient pour conséquence de porter à plus d'un an la durée totale de ladite mesure.

Par ailleurs, les Directeurs Régionaux feront parvenir à l'Administration Centrale pour le 1er Octobre 1991 la liste nominative de tous les détenus placés sous le régime de l'isolement depuis plus d'un an quelle que soit l'autorité décisionnelle, accompagnée des situations pénales, des motifs circonstanciés qui ont justifié la prolongation de l'isolement et de la date de l'expiration de cette mesure.

Vous voudrez bien porter les présentes instructions qui abrogent expressément la note K 117 du 5 Mai 1980 à la connaissance des responsables relevant de votre autorité et veiller à leur stricte application.

La présente circulaire est communicable en application de la loi n° 78-753 du 17 Juillet 1978 relative aux diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public.

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice
Par délégation
Le Directeur de l'Administration Pénitentiaire



Jean-Claude KARSENTY

Copie pour information à :

Mme et Messieurs les Premiers Présidents de Cour d'Appel,
Mme et Messieurs les Procureurs Généraux,
Mme et Messieurs les Juges de l'Application des Peines,
Mme et Messieurs les Chefs d'Etablissements Pénitentiaires.



Etat Ministère des
Affaires Sociales et
le l'Intégration
Conseil National du Sida
1er déc 91 n° 91.19 Bis

ANNEXE 13

NOTE N° AP 91.283.GB3 DU 4 MARS 1991

relative au programme de lutte contre le SIDA.

Bilan 1989-1990 et perspectives 1991

NOR : JUSE9140026N

J'ai l'honneur de vous transmettre sous ce pli le bilan des actions de lutte contre l'infection par le V.I.H. réalisées au cours des années 1989 et 1990.

Vous aurez soin, en 1991, de poursuivre ces actions selon les axes suivants :

- information :
 - de la population suivie, sur le virus, ses effets et les moyens d'en prévenir sa diffusion,
 - des personnels, sur la maladie et sur l'évolution des moyens de prévention et de traitement ;
- incitation au test de dépistage gratuit et anonyme ;
- traitement et suivi des malades infectés par le virus.

1. Information et coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Outre les services de santé et l'établissement, plusieurs organismes extérieurs à l'Administration pénitentiaire peuvent, tant en milieu ouvert que fermé, apporter leur concours à l'élaboration et à la mise en œuvre d'actions d'information et de formation :

- Agence française de lutte contre le SIDA (A.F.L.S.), 2, rue A-Comte, 92170 Vanves - Correspondant/Justice : Mme Danièle Bitan 47 65 74 46 ;
- les services extérieurs du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité (D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S.) ;
- les collectivités locales ;
- les comités départementaux d'éducation pour la santé, partenaires désignés par la D.G.L.D.T. ;
- le secteur associatif spécialisé (cf. liste annexée au bilan).

2. Dépistage.

Il est utile de rappeler que ce dépistage ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé. La lecture des procès-verbaux de commissions de surveillance révèle que, sur ce point, des débats entre les membres de celles-ci ont parfois lieu. A cet égard, la position qui doit être affirmée est parfaitement claire et doit être constamment soutenue par les responsables des services.

En déduction, le dépistage relève de la responsabilité du service médical de l'établissement.

En milieu libre, il peut être assuré :

- « en ville » auprès de tout médecin — coût : 1^{er} test (Elisa : coté B 70) : 123,20 F — confirmation (Western Blot : coté B 180) : 316,80 F. Ce sérodiagnostic est remboursé à 65 % par la Sécurité sociale ;
- à l'hôpital : consultations payantes remboursées par la sécurité sociale dans les conditions habituelles avec possibilité de payer le seul ticket modérateur ;
- dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit existant dans chaque département. Tous renseignements sur leurs lieux d'implantation et leur fonction peuvent être obtenus auprès des *médecins inspecteurs des D.D.A.S.S.* ;
- dans les dispensaires antivénéériens (gratuit dans une vingtaine de départements).

3. Soins et accueil des malades.

Le ministère chargé de la Santé a développé, ces dernières années, un dispositif de soins et d'accueil dans le cadre duquel l'Administration pénitentiaire devrait devenir un partenaire habituel :

- 25 C.I.S.I.I. (Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine) dont 23 ont été créés entre 1987 et 1988. Leur rôle est triple : soins, surveillance et recherche, conseil, information et formation. L'Administration pénitentiaire a passé convention avec 12 d'entre eux (cf. bilan) ;
- 145 centres d'accueil et de prévention pour les toxicomanes et leurs familles et 6 unités hospitalières assurait le sevrage (se renseigner auprès des D.D.A.S.S.) ;
- des structures d'hébergement : centres sanitaires de moyen séjour, familles d'accueil, appartements thérapeutiques, C.H.R.S., etc. (se renseigner auprès des D.D.A.S.S.) ;
- 18 antennes de lutte contre les toxicomanes implantées en milieu carcéral au sein des S.M.P.R. (services médico-psychologiques régionaux).

La collaboration de tous les personnels pénitentiaires — qu'ils interviennent en milieu carcéral ou en milieu libre — avec les services

... et les antennes toxicomanie qui, dans certains
 ... particulièrement actifs, mériteraient d'être étendue et
 ... la lutte contre le SIDA dont la liste est annexée au bilan.

... également de faire appel aux structures spécialisées
 ... à un jour donné, que certains semblent
 ... à remplir, je vous précise qu'une de ses principales
 ... sans ces données, il est impossible d'évaluer
 ... à cette maladie et d'établir des prévisions
 ... pour l'année suivante.

Vous voudrez bien par ailleurs me faire part, le plus rapidement possible,
 de toutes les difficultés recensées sur votre région, dans tous les services,
 C.P.A.L., établissements du parc classique et du programme 13000,
 concernant la prévention et le traitement de cette maladie.

Le directeur de l'Administration pénitentiaire,

JEAN-CLAUDE KARSENTY.

ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE LUTTE CONTRE LE SIDA

BILAN DES ANNÉES 1989-1990 QUELQUES PERSPECTIVES POUR 1991

L'Administration pénitentiaire, ayant pour mission de prendre en charge, en milieu ouvert comme en milieu fermé, une population très marginalisée et de ce fait plus exposée à la toxicomanie et à la propagation du V.I.H., est devenue un partenaire particulièrement concerné et actif du programme de prévention et lutte contre le SIDA.

Son action développée en constante collaboration avec le ministère de la Santé, l'Agence française de lutte contre le SIDA, les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la Santé et tous les praticiens intervenant en milieu carcéral, est centrée sur cinq axes :

- information de la population suivie, sur le virus, ses effets, et les moyens d'en prévenir sa diffusion ;
- incitation au test de dépistage gratuit et anonyme ;
- traitement, à l'établissement ou en C.H.R. agréé, des malades présentant des formes mineures de la maladie ou atteints de SIDA avéré ;
- évaluation du nombre de détenus atteints d'une infection à V.I.H. ;
- information des personnels sur la maladie, l'évolution des méthodes de prévention et des moyens de traitement.

1. Information sur le virus, ses effets, et les moyens d'en prévenir sa diffusion.

Une information relative à la maladie est organisée par le personnel médical ou paramédical, en collaboration avec l'équipe socio-éducative de l'établissement.

Dès la fin 1988, des préservatifs étaient disponibles auprès du service médical pour les détenus qui en faisaient la demande. Par circulaire conjointe du 17 mai 1989, le garde des Sceaux et le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, rappellent la nécessité de remettre à chaque libéré ou permissionnaire, au moment de sa sortie, des préservatifs et les brochures officielles d'information éditées par le Comité français d'éducation pour la santé. Une note du directeur de l'Administration pénitentiaire en date du 13 juin 1989 précise qu'une trousse standardisée comprenant ce dispositif de prévention sera constituée et remise à tous les sortants.

En 1991, cette contractualisation sera étendue aux maisons d'arrêt du programme 130X0 :

C.H.G. Louis-Mourier - Colombes/M.A. Nanterre ;
C.I.S.I.H. Montpellier/M.A. Villeneuve-lès-Maguelonne.

Une et souvent deux consultations hebdomadaires spécialisées, dont le coût reste à la charge de l'hôpital, ont été mises en place par le C.I.S.I.H. de rattachement dans chacun des établissements pénitentiaires concernés.

La direction des Hôpitaux augmente en 1991 le nombre des consultations auprès de certains établissements :

C.P. + E.H.P.N.F. - Fresnes : + 3 (1 à la M.A.F., 1 à l'hôpital, + 1 au C.P.) ;

C.P. Fleury : + 1 (M.A.F.).

Toutes les dépenses afférentes aux soins des détenus infectés par le V.I.H. sont prises en charge par l'Administration pénitentiaire. En ce qui concerne les établissements à gestion mixte du programme « 130X0 », le coût de ces soins est compris dans le forfait négocié entre l'État et les groupements.

4. Résultats de l'enquête au jour J des détenus atteints d'une infection à V.I.H.

Depuis 1988, une enquête transversale annuelle, à un jour donné, permet d'évaluer le nombre des malades détenus porteurs du V.I.H., répartis en trois catégories correspondant au degré d'infection au V.I.H., présents à l'établissement ou hospitalisés :

- formes asymptomatiques : porteurs asymptomatiques (y compris séro-conversion et porteurs avec anomalies biologiques seules) ;
- formes mineures : malades présentant le syndrome lympho-dénopathique chronique ou les autres infections dues au V.I.H. ;
- SIDA avéré.

Au 8 juin 1988 (jour de l'enquête) sur 1 906 détenus recensés, 1 300 (dont 9 hospitalisés) présentaient des formes asymptomatiques de la maladie, 545 (dont 13 hospitalisés) révélaient des formes mineures et 61 (dont 58 hospitalisés) étaient sidéens avérés.

Au 31 mai 1989, le total des malades recensés s'élevait à 2 348 : 1 623 présentant des formes asymptomatiques de la maladie (dont 41 hospitalisés), 651 des formes mineures (dont 10 hospitalisés) et 74 atteints du SIDA avéré (dont 17 hospitalisés).

Au 6 juin 1990, le nombre des détenus atteints était de 2 794 :

- formes asymptomatiques : 1 774 (dont 24 hospitalisés) ;
- formes mineures : 883 dont 33 hospitalisés ;
- SIDA avéré : 137 dont 44 hospitalisés.

2. Incitation au test de dépistage gratuit et anonyme.

Le corps médical exerçant dans les établissements pénitentiaires est chargé d'informer la personne incarcérée, que ce soit à son arrivée ou en cours de détention, de la possibilité qui lui est donnée de bénéficier d'un dépistage gratuit et anonyme.

L'intéressé est prévenu qu'en cas de libération intervenant avant la connaissance du résultat, celui-ci sera adressé à son médecin traitant ou au dispensaire de son choix. S'il est encore détenu, les résultats du test lui seront remis et expliqués par le médecin de l'établissement.

Au titre des années 1989 et 1990, le coût des actes médicaux liés au dépistage (consultation médicale préalable et celle de remise des résultats) ainsi que le coût de l'acte biologique du dépistage proprement dit, ont été pris en charge sur les crédits de l'État dans les conditions analogues à l'article 5 du décret n° 88-61 du 18 janvier 1988, soit 30 % État/70 % Administration pénitentiaire ou opérateurs privés. Une note du 26 avril 1990 adressée par le directeur général de la Santé au directeur de l'Administration pénitentiaire en précise les modalités de prise en charge.

Cette politique budgétaire sera poursuivie en 1991.

3. Traitement des malades infectés par le V.I.H.

La circulaire conjointe du 19 avril 1989 du ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale redéfinit les dispositions particulières relatives à la prise en charge sanitaire des détenus infectés par le V.I.H.

Les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (C.I.S.I.H.) ont été choisis comme hôpitaux de référence, en raison de leur compétence et des moyens financiers dont ils sont dotés. Au 31 décembre 1990, dix d'entre eux avaient passé convention avec une maison d'arrêt :

C.I.S.I.H. Paris-Sud - Antoine-Béclère/C.P. Fresnes	} Ile-de-France
C.I.S.I.H. Pitié - Salpêtrière/C.P. Fleury	
C.H.G. Mignot - Versailles/M.A. Bois-d'Arcy	
C.I.S.I.H. Cochin/M.A. La Santé	
C.I.S.I.H. A.P. Marseille/M.A. Marseille - Baumettes	} Province
C.I.S.I.H. Nice/M.A. Nice	
C.I.S.I.H. Toulouse/M.A. Toulouse + M.A. Toulouse + C.D. Muret	
C.I.S.I.H. Bordeaux/M.A. Bordeaux - Draguignan	
C.I.S.I.H. Lyon/M.A. Lyon	} C.D. Val-de-Rueil
C.I.S.I.H. Rouen M.A./Rouen + C.D. Val-de-Rueil	

5. Formation des personnels.

Depuis 1987, des actions d'information sur la prévention, l'évolution et les moyens de traiter la maladie sont organisées, au niveau régional ou local par les formateurs et les équipes médicales. Ces actions de sensibilisation, assurées par des médecins épidémiologistes, et des médecins de l'établissement ou du S.M.P.R. s'adressent plus particulièrement au personnel de surveillance nouvellement recruté. Au total, 664 journées-formation ont été dispensées en 1989.

En 1989 et 1990, les personnels de surveillance (gradés principalement, susceptibles d'être des relais de l'information) et socio-éducatifs, directement confrontés à la prise en charge de malades porteurs du V.I.H., ont eu la possibilité de suivre des formations mises en œuvre par des organismes spécialisés. Les thèmes proposés (santé et SIDA, SIDA et milieu carcéral, représentations sociales et individuelles face au SIDA, accueil et aide en milieu carcéral, toxicomanies et SIDA, séropositivité au quotidien, l'accompagnement du sidéen, SIDA, nouvelle dimension du travail social, SIDA, soi et les autres, etc.), ont servi de supports à une réflexion approfondie sur la problématique de cette maladie.

Le 28 mai 1990, un protocole d'accord, signé par le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, le garde des Sceaux, et le directeur de l'Agence française de lutte contre le SIDA (A.F.L.S.) prévoit un plan de formation sur deux ans, dont l'objectif visé est double :

- la poursuite de l'information des personnels et des justiciables sur la prévention du V.I.H. ;
- la mise en place d'une formation initiale et continue pour l'ensemble des personnels du ministère de la Justice, formation transversale, multiprofessionnelle, associant les secteurs public et privé et dispensée de préférence à l'échelon déconcentré (régional ou départemental).

Neuf départements sont désignés sites pilotes : Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Isère, Rhône, Nord, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Guadeloupe et Martinique.

Les champs d'intervention prioritaires retenus par l'Administration pénitentiaire sont les régions de Paris, Bordeaux, Lyon, Marseille, Toulouse.

Dès la signature de ce protocole, de mai à juillet 1990, une promotion entière d'élèves surveillants a bénéficié, à l'École nationale d'administration pénitentiaire (E.N.A.P.), d'une information, organisée conjointement avec l'A.F.L.S. et s'étant déroulée en deux temps : conférence de trois heures suivie assurée par le Dr Chieze du service du Pr Gentilini du C.I.S.I.H. de la Pitié-Salpêtrière, suivie d'une heure et demie de travail en atelier animé par l'équipe du Dr Emmanuel de Fleury.

L'évaluation très positive de cette action suivie par 1 200 surveillants et leurs formateurs incite l'E.N.A.P. à la reconduire auprès des promotions futures.

Par ailleurs, une session de formation de cinq jours réservée à la 15^e promotion de gradés « formateurs » (dont le double rôle sera de superviser la scolarité « sur le terrain » des élèves surveillants et surveillants stagiaires et de mettre en œuvre des actions de formation à destination des surveillants) a permis à ces nouveaux responsables d'affiner leur réflexion par des visites à l'Institut Pasteur et au C.H.U. de la Pitié-Salpêtrière.

A l'initiative des équipes médicales elles-mêmes (Fleury) ou des S.M.P.R. (Paris - La Santé, Fresnes) ou des directions régionales (Bordeaux, Toulouse) ou du secteur associatif (Marseille) des conventions signées avec l'A.F.L.S. se sont traduites par des plans de formation dont les actions ont dans certains lieux déjà commencé.

La première phase du programme prévu par la M.A. de La Santé a fait l'objet, en décembre 1990, d'une première évaluation mettant en évidence la complexité de la mission de soins en milieu carcéral et l'intérêt de ce type de formation-action envers tous les partenaires concernés.

Les médecins de la M.A. de Fleury ont collaboré très étroitement à l'élaboration et la réalisation d'actions menées à l'E.N.A.P. Le médecin coordonnateur de la maison d'arrêt concourt également à la conception d'une brochure spécifique à l'adresse des personnels pénitentiaires qui sera réalisée par l'E.N.A.P. Un projet global d'information et de formation concernant l'ensemble des personnels de la maison d'arrêt a reçu l'aval de l'A.F.L.S.

La plupart des directions régionales se sont montrées particulièrement actives et ont élaboré, pour certaines, avec le soutien technique de l'A.F.L.S., de véritables plans de formation.

Pour exemple, la direction régionale de Toulouse bénéficie également d'une convention signée entre l'A.F.L.S. et le Centre régional d'éducation pour la Santé (C.R.E.S. - Midi-Pyrénées) qui prévoit une formation s'adressant aux personnels pénitentiaires, alternant stages unilatéraux et regroupements de l'ensemble des stagiaires de septembre 1991.

La direction de Bordeaux a pour sa part, avec l'A.F.L.S. et le C.R.A.E.S.-Aquitaine arrêté un programme d'évaluation des actions d'information et de formation sur le SIDA et la toxicomanie réalisées dans la région Aquitaine pour le personnel pénitentiaire. Les objectifs intermédiaires sont de :

- mesurer l'état des connaissances sur la maladie ;
- évaluer les effets des formations en terme de comportement ;
- repérer et identifier les obstacles à l'évaluation des pratiques ;
- identifier les modules d'intervention les plus efficaces.

La méthodologie de ce programme prévoit deux phases : la première préparatoire avec l'élaboration d'outils d'enquête testés auprès de toutes

catégories professionnelles, la seconde de réalisation comprenant une approche quantitative et qualitative ainsi qu'une expérimentation pédagogique auprès de 2 groupes de 12 stagiaires.

Cette direction régionale a également organisé avec le S.M.P.R. de Bordeaux un colloque « SIDA et population pénale » qui aura lieu le 6 mars 1991 à l'intention des médecins, médecins-psychiatres, psychologues, pharmaciens et chirurgiens-dentistes intervenant, tant en milieu ouvert que fermé, dans les 3 régions Aquitaine/Poitou-Charentes/Limousin. Sont invités les chefs d'établissements, les directeurs de probation, les juges de l'application des peines, les D.R.A.S.S., les D.D.A.S.S. et le directeur de l'A.F.L.S. Cette journée d'information vise, au-delà de l'apport technique et de la confrontation des pratiques, à coordonner et renforcer l'action de tous les intervenants concourant, chacun dans son domaine de compétence, à restaurer l'état de santé des personnes suivies.



REPUBLIQUE FRANCAISE

PARIS, LE

26 SEP. 1985

**MINISTÈRE
DE LA JUSTICE**

DIRECTION
ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

BOULEVARD HONORÉ 75038 PARIS CEDEX 01
TÉL. : 261.80.22

SOUS-DIRECTION
L'EXÉCUTION DES PEINES
PRIVATIVES DE LIBERTÉ
ET DE LA RÉINSERTION

DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

SOUS-DIRECTION
ORGANISATION DES SOINS ET
PROGRAMMES MÉDICAUX

REF. - J.36 - DP/VM

P.J. - 1

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,

Le Secrétaire d'Etat
auprès du Ministre des Affaires Sociales
et de la Solidarité Nationale,
Porte Parole du Gouvernement,
Chargé de la Santé

à

Messieurs les Commissaires de la République de Région

Madame et Messieurs les Commissaires de la République

Mesdames et Messieurs les Directeurs Régionaux
des Affaires Sanitaires et Sociales

Mesdames et Messieurs les Directeurs Départementaux
des Affaires Sanitaires et Sociales

Messieurs les Directeurs Régionaux
des Services Pénitentiaires

Mesdames et Messieurs les Chefs
d'Etablissements Pénitentiaires

Mesdames et Messieurs les Médecins
des Etablissements Pénitentiaires

Vous voudrez bien trouver, ci-joint, sous ce pli, une fiche technique relative aux infections à virus LAV, élaborée conjointement par la Direction Générale de la Santé et le médecin coordonateur de l'hôpital pénitentiaire de FRESNES.

Ce document est destiné à fournir une information objective et à aider à dédramatiser les situations provoquées par la mauvaise connaissance de cette maladie virale.

Il convient d'insister sur l'intérêt que revêt une information de la population carcérale et des personnels aussitôt que des inquiétudes et des interrogations se manifestent à cet égard.

...1

Il y aura lieu, dans ce cas, pour le chef d'établissement de prendre l'attache de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales qui prêtera son concours aux réunions d'information qui seront organisées en liaison avec le médecin responsable de l'établissement afin de répondre à la demande d'information émanant des personnels et/ou des détenus.

Plus généralement, les chefs d'établissements pénitentiaires veilleront à une stricte application des règles d'hygiène qui constituent actuellement la prévention la plus efficace contre les maladies transmissibles.

Des brochures sur ces maladies, accessibles à tous ceux qui souhaitent obtenir une information plus complète, feront l'objet d'une prochaine diffusion dans les établissements pénitentiaires.

Le Ministre des Affaires Sociales
et de la Solidarité Nationale,

P/Le Directeur Général
de la Santé,

Le Sous-Directeur
de l'Organisation des Soins
et des Programmes Médicaux

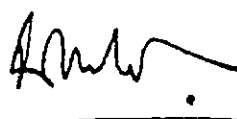


Marie-Thérèse PIERRE

P/Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice,

P/Le Directeur
de l'Administration Pénitentiaire,

Le Sous-Directeur
du Personnel
et des Affaires Administratives



Henri BOULANGER

copie pour information à :

- Mesdames et Messieurs
- les Premiers Présidents
- les Procureurs Généraux
- les Présidents
- les Procureurs
- les Juges de l'Application des Peines

FICHE TECHNIQUE CONCERNANT LES INFECTIONS à VIRUS L.A.V.

La découverte du virus L.A.V. considéré comme l'agent causal du S.I.D.A. puis la mise au point de tests sérologiques de dépistage des anticorps contre ce virus ont permis de mieux définir la pathologie induite par ce virus (3,5).

Le problème du dépistage systématique des anticorps anti L.A.V. dans les établissements pénitentiaires a été soulevé récemment, comme il l'a été dans d'autres institutions (centres de soins pour toxicomanes). Ce dépistage n'apparaît pas justifié.

En effet, en l'état actuel des connaissances, il n'entraîne pas d'action thérapeutique.

Les renseignements qu'il apporte sont très relatifs. Le test positif indique seulement qu'une personne a été en contact avec le virus. Il est d'ailleurs possible d'obtenir un résultat négatif chez une personne infectée, si l'examen a été réalisé peu de temps après l'infection. (l'apparition d'une séropositivité survient 3 à 6 semaines après l'infection).

Au surplus, on ne peut exclure une contamination qui surviendrait après la réalisation du test. Pour cette raison, les centres de transfusion testent chaque prélèvement de sang effectué. Un résultat négatif isolé qui n'a que la valeur d'un instantané ne constituerait qu'une fausse sécurité.

*

* *

.../...

Les infections à virus L.A.V. peuvent se présenter sous diverses formes :

- le SIDA est défini par un cancer de la peau (Sarcome de KAPOSI) et/ou la survenue d'infections à germes opportunistes.

- le para-sida ou ARC est un syndrome bénin qui précède parfois l'apparition du SIDA. Il est défini par différents signes cliniques, en particulier des polyadénopathies.

- les porteurs sains du virus peuvent présenter des déficits immunitaires transitoires, ou même aucun symptôme.

*

* *

Sur le plan pratique se pose le risque de contamination pour l'entourage : personnel et co-détenu. Les différentes publications, (1,2,4) en particulier celles du professeur MONPAGNIER de l'Institut Pasteur (3,5), concernant cette infection virale, permettent d'aboutir aux conclusions suivantes :

- le mode de contamination apparaît étroitement lié à la transmission de sang d'un individu à un autre, ce qui explique la survenue de cas chez les héroïnomanes par l'intermédiaire de seringues souillées, et aux rapports sexuels.

- à la différence de l'hépatite virale B, la contamination par la salive n'est pas démontrée(3). Elle ne justifie donc pas de précautions telles que les couverts à usage unique.

- dans les contacts de la vie quotidienne, le respect des règles d'hygiène suffit amplement à protéger d'une contamination par le virus du SIDA, beaucoup moins contagieux que celui de l'hépatite B.

Le personnel de surveillance peut être exposé à l'occasion d'auto-mutilations ou d'accidents, à des contacts avec du sang. Il importe alors d'appliquer dans tous ces cas les mesures d'hygiène générale suivantes : lavage des mains, désinfection immédiate des plaies ou des écorchures, nettoyage et désinfection des surfaces souillées à l'eau de Javel diluée au 1/10ème. Il est inutile d'utiliser une désinfection au formol. L'utilisation d'équipement du type masque, blouse jetable, gant de protection ne se justifie pas.

.../...

Les interprétations mythiques à l'égard de cette infection virale conduisent parfois les personnels non avertis à des réactions de rejet des personnes porteuses du virus, même dans les cas où à l'évidence elles ne sont pas malades. Il est donc nécessaire, afin de dédramatiser cette situation et d'adopter une attitude en rapport avec la réalité du risque, de procéder de la façon suivante :

- informer le personnel infirmier et le personnel de surveillance du mode de contamination. Il n'y a pas de risque de propagation de l'infection virale à ces personnels. Aucune séroconversion n'a été notée dans de récentes études américaines (1,2) portant sur plusieurs centaines de membres du personnel hospitalier ayant subi des accidents de travail au contact de patients atteints de SIDA (piqûres, projection de sécrétion etc...).

- informer les détenus sur les modes de transmission de l'infection virale. Cette information évitera peut-être qu'une personne infectée transmette la maladie en prison ou après sa sortie.

- l'isolement des malades ou des personnes séropositives dans la vie quotidienne n'est pas justifié, il n'est pas réalisé dans la vie normale. Les patients qui présentent une infection à virus L.A.V. peuvent poursuivre une vie professionnelle et mener une vie familiale normale, sous réserve des précautions précédemment décrites. En prison, il n'y a donc pas de raison d'isoler ces personnes lors des promenades, du travail, des parloirs. Dans certains cas sur proposition médicale, les personnes devront pouvoir être placées en cellule individuelle. La constatation des symptômes implique néanmoins une prise en charge médicale en milieu spécialisé, pour réaliser un bilan.

*

* *

Les recommandations suivantes sont conseillées au personnel soignant qui est conduit à pratiquer des prélèvements sanguins chez les sujets porteurs :

- prendre garde à ne pas se blesser avec des instruments pointus ou tranchants contaminés par des substances potentiellement infectieuses.

- porter des gants pour effectuer les prises de sang.

- se laver les mains soigneusement dès qu'elles sont contaminées par du sang.

.../...

- mettre une pastille rouge sur les échantillons sanguins et autres prélèvements, pour que les laborantines prennent des précautions lors des manipulations.

- placer les aiguilles dans un contenant ne pouvant être perforé et prévu uniquement à cet usage.

~~Les recommandations qui précèdent sont préconisées par prudence et concernent également le risque lié à l'hépatite virale B et aux autres hépatites.~~

*

* *

BIBLIOGRAPHIE :

1 - CDC ; Acquired immuno déficiency syndrome (AIDS) Precautions for health care workers and allied professionals. *MMR* 1983, 32, Pages 450. 451.

2 - CDC. Update : Prospective Evaluation of Health-Care Workers exposed via the Parenteral or Mucous-membrane Route to Blood or Body Fluids from Patients with Acquired Immunodéficiency syndrome - United States. *MMR* 1985, 34, 7 Pages 101, 103.

3 - Le SIDA et son virus par Luc MONTAGNIER, Jean-Baptiste BRUNET et David KLATZMANN - La recherche N° 167 juin 1985 pages 750-759.

4 - Mesures préventives par E. BOUVET, le Concours Médical 03-03.1984 , Pages 106-109.

5 - Revue Générale JAMA. Numéro 99, 15 avril 1985. Edition Française.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

ANNEXE 15

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,

Le Ministre délégué auprès du Ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, chargé de la santé et de la famille à

DIRECTION ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

13, place Vendôme
75042 PARIS Cedex 01
Tél. 261.80.22
Bureau G 2
H 2

Messieurs les Préfets, Commissaires de la République de région

Madame et Messieurs les Préfets, Commissaires de la République de département

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

Direction Générale de la Santé

Sous-Direction de la Prévention générale et de l'environnement

Mesdames et Messieurs les Directeurs Régionaux des Affaires Sanitaires et Sociales
Mesdames et Messieurs les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales
Mesdames et Messieurs les Médecins Inspecteurs départementaux

Bureau 1 C

Madame et Messieurs les Directeurs Régionaux des Services pénitentiaires
Mesdames et Messieurs les Chefs d'établissements pénitentiaires

Mesdames et Messieurs les Médecins des Etablissements pénitentiaires

Circulaire N°: AP.88.01.G2.01.02.88

NOR JUS E 88 40003 C

Références: JO - J2 - J23

Objet: participation de l'Administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le SIDA.

Le Ministère chargé de la Santé a engagé une action d'information afin de sensibiliser la population aux problèmes soulevés par la progression des maladies sexuellement transmissibles, notamment du virus VIH. Cette politique de prévention qui concerne toutes les collectivités, dont l'institution pénitentiaire, s'inscrit dans le cadre de la campagne nationale dont les modalités doivent être adaptées au contexte propre à chacun des secteurs concernés.

Situation actuelle et problèmes posés par le dépistage des anticorps anti-VIH.

Au 31 décembre 1987, 3073 cas de malades atteints du SIDA ont été enregistrés en France depuis la découverte de cette pathologie et le nombre de personnes contaminées par le virus VIH dites "séropositives" se situe entre 200 000 et 250 000.

En milieu pénitentiaire, plusieurs études ont montré que le taux de détenus séropositifs pouvait varier de 0,5 % (établissement du centre de la France) à 15 % (certains établissements de la région parisienne). Cette situation est liée au nombre élevé de toxicomanes dans la population des détenus. On sait que la moitié au moins des toxicomanes utilisant des drogues par voie intraveineuse sont porteurs de ce virus, à l'échelle nationale.

.....

Le problème du dépistage systématique de la contamination par le virus VIH sur les entrants dans les établissements pénitentiaires a été souvent posé.

La circulaire du 5 septembre 1985 indiquait que ce dépistage n'apparaissait pas justifié. Cette position est maintenue :

- l'observation d'un test positif ne permet toujours pas, en l'état, d'engager un protocole thérapeutique, à la différence du dépistage de la syphilis ou de la tuberculose ;
- l'isolement de personnes séropositives n'est pas justifié scientifiquement ;
- le délai d'apparition des anticorps décelés par le test et témoignant de l'infection est long et peut varier de trois semaines à plusieurs mois. Ce délai imposerait une répétition des examens, coûteuse et irréaliste : le séjour des toxicomanes dans les établissements pénitentiaires est en moyenne de courte durée (de l'ordre de trois mois). Cette durée de séjour rend difficile d'autre part la prise en charge médicale à long terme que nécessite la découverte de l'infection.

Cette position, qu'il s'agisse du dépistage ou de l'isolement des détenus séropositifs, est à tous égards conforme à celle adoptée par l'ensemble des pays membres du Conseil de l'Europe et vient d'être réaffirmée à l'occasion de la récente réunion des directeurs d'administration pénitentiaire qui s'est tenue à Strasbourg du 2 au 5 juin 1987.

Elle n'exclut pas pour autant la possibilité pour les détenus qui le réclament de faire pratiquer à leur égard les tests de nature à déceler s'ils sont ou non contaminés par le virus, étant entendu que ces examens devront être pratiqués dès que la demande en aura été faite et que les résultats devront également être communiqués le plus rapidement possible aux intéressés.

Données relatives à la propagation et aux risques de transmission du virus VIH.

Les modes de transmission de ce virus sont maintenant bien connus. Le virus VIH ne se transmet que par les contacts sexuels, homo ou hétérosexuels, par le passage de sang contaminé d'un individu à un autre (notamment par l'échange des seringues chez les toxicomanes).

Il importe de souligner qu'aucun risque n'existe dans les contacts sociaux ou familiaux.

Le surpeuplement actuel des établissements pénitentiaires ne constitue pas, en lui-même, un facteur de nature à amplifier cette transmission.

Il ne peut toutefois être totalement exclu qu'à l'occasion d'auto-mutilation ou d'accident les personnels de ces établissements soient exposés au contact de sang contenant le virus. Il importe dans ce cas d'appliquer les règles d'hygiène générale classiques : lavage des mains, désinfection immédiate des plaies ou des écorchures au Dakin, désinfection des surfaces souillées à l'eau de Javel diluée au 1/10ème. Il appartient à l'ensemble des personnels concernés d'appliquer scrupuleusement ces règles d'hygiène qui constituent une prévention générale non seulement à l'égard du virus VIH mais également de tout autre risque de contamination. Dans l'hypothèse où un membre du personnel aura été en contact avec du sang contenant le virus, il conviendra de pratiquer les tests de dépistage à son égard immédiatement après l'incident et également au terme des trois mois qui suivent.

Information - Prévention - Soins

La stratégie d'information au sein des établissements pénitentiaires passe par la constitution d'équipes relais régionales composées des adjoints en charge de ces problèmes dans les directions régionales des services pénitentiaires, des délégués régionaux à la formation, assistés de médecins et d'infirmiers exerçant par exemple leur fonction dans un S.M.P.R. et en toute hypothèse particulièrement informés dans ce domaine.

Chaque équipe relais est responsable de la diffusion générale de l'information et chargée de dresser un bilan des actions entreprises. Elle supervisera le suivi des actions à l'échelon local.

Dans chaque établissement, des actions d'information des personnels seront régulièrement organisées à l'initiative du chef d'établissement secondé par les formateurs à l'occasion des réunions de synthèse ou de tout autre regroupement. Leur animation sera confiée au corps médical de l'établissement qui pourra utilement faire appel au médecin inspecteur départemental ou à tout spécialiste hospitalier de cette pathologie.

Il appartiendra au médecin de l'établissement et au personnel infirmier, conformément aux dispositions du décret du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier de prendre les dispositions utiles, en fonction des spécificités de la population pénale de l'établissement, afin que les détenus puissent être informés et sensibilisés aux mesures de prévention à prendre. La diffusion des brochures et du matériel informatif élaboré par le Comité français d'éducation pour la Santé pourra utilement constituer le support d'une telle action.

.....

Lorsque les détenus sont atteints de l'une des formes majeures de la maladie, leur prise en charge médicale requiert un environnement hospitalier.

Les détenus présentant des formes mineures de la maladie peuvent être pris en charge en milieu pénitentiaire étant observé que certains examens utiles pourront, si nécessaire, être effectués en centre hospitalier.

Il importe de veiller à ce que des liaisons institutionnelles s'établissent ou s'intensifient, selon les cas, entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux afin de faciliter l'accès des détenus malades aux structures de soins hospitaliers, et l'organisation des consultations spécialisées au sein des établissements pénitentiaires.

Les médecins des établissements pénitentiaires prendront soin à cet égard, dans le respect des principes en vigueur depuis toujours dans ce domaine, de ne recourir à des hospitalisations que pour les détenus dont l'état de santé le justifie vraiment.

Albin Chalandon
Albin CHALANDON

Michèle Barzach
Michèle BARZACH

- Copie pour information à :
- MM. les Premiers Présidents
 - MM. les Procureurs Généraux
 - MM. les Conseillers de l'application des peines
 - MM. les Présidents des T.G.I.
 - MM. les Procureurs
 - MM. les Juges d'instruction
 - MM. les Juges de l'application des peines
 - MM. les Chefs de Service socio-éducatif
 - MM. et MMmes. les Infirmiers.

PARIS, LE 19 AVR. 1989

LE MINISTRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA
SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

A :

MESSIEURS LES PREFETS DE REGION
Direction Régionale des Affaires Sanitaires
et Sociales
(pour information)

MESSIEURS LES PREFETS DE DEPARTEMENT
Direction Départementale des Affaires
Sanitaires et Sociales
(pour attribution)

MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL DE
L'ADMINISTRATION GENERALE DE
L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS
(pour exécution)

MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL DE
L'ASSISTANCE PUBLIQUE A MARSEILLE
(pour exécution)

MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DES
CENTRES HOSPITALIERS REGIONAUX DE TOULOUSE,
NICE, BORDEAUX
(pour exécution)

MONSIEUR LE DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
GENERAL DE VERSAILLES
(pour exécution)

OBJET : Circulaire n° 295 relative à la prise en charge sanitaire des
détenus infectés par le VIH. Dispositions arrêtées pour l'année
1989.

REFER : Circulaire 6 B 132 du 30 décembre 1988

La présente instruction est centrée sur la prise en charge
sanitaire des détenus connus comme infectés par le VIH, dans le cadre du
plan national de lutte contre le SIDA mis en place en 1989.

.../...

Elle précise les dispositions particulières qu'il vous appartient de prendre pour organiser les relations techniques et financières entre sept établissements hospitaliers et sept maisons d'arrêt localisées à proximité. Le choix des établissements pénitentiaires concernés a été arrêté en fonction de leur importance et du nombre estimé de sujets infectés. Par ailleurs, au sein du système sanitaire, les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) ont été privilégiés à cause de leur compétence en matière infectieuse et en raison des moyens financiers dont ils ont été dotés. On trouvera en annexe, mises en correspondance l'une avec l'autre, la liste de chacune de ces unités. Les liaisons qui sont proposées ne font que ratifier l'état d'une pratique que cette circulaire entend amplifier, formaliser et évaluer.

Les mesures adoptées pour les établissements ci-dessus indiqués sont de trois types. Elles concernent :

- * la prise en charge des détenus infectés dans le cadre de la consultation et de l'hospitalisation ;

- * la contractualisation des relations entre l'hôpital et l'établissement pénitentiaire de son ressort ;

- * l'évaluation de la mise en application des deux précédentes dispositions.

1 - LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE

1.1 Les consultations

Les établissements hospitaliers faisant l'objet de la présente instruction sont invités à mettre en place, dans les meilleurs délais, une ou deux consultations hebdomadaires spécialisées à l'intérieur de chacun des centres pénitentiaires de leur zone d'intervention.

En fonction des besoins recensés, le volume des consultations est arrêté comme suit :

Marseille-Baumettes, Fresnes, Fleury Mérogis	: 2 consultations
Toulouse, Nice, Bois d'Arcy, Bordeaux-Gradignan	: 1 consultation

S'il s'avère que deux consultations excèdent la demande ou sont insuffisantes, les réajustements nécessaires seront apportés.

Le coût du personnel médical lié à la tenue de ces consultations -hors réalisation des prescriptions- est pris en compte par l'hôpital. Ce coût s'impute sur la dotation budgétaire qui a été accordée en 1989 au titre de la prise en charge des infections VIH. Ces dispositions financières ne s'appliquent pas aux prestations qu'assure le centre hospitalier régional de Pitié Salpêtrière pour Fleury Mérogis. Ces dernières sont déjà couvertes pour la présente année par une subvention de la Direction Générale de la Santé.

1.2 L'hospitalisation

En ce qui concerne l'hospitalisation des détenus malades, les procédures actuelles, applicables à l'ensemble des établissements hospitaliers, sont maintenues. Etant donné que les détenus ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, les dépenses relatives aux soins et aux traitements qui leur sont délivrés font l'objet d'une facturation adressée à l'administration pénitentiaire.

Pour assurer la conduite et le suivi de ces actions, il est souhaitable qu'un médecin intervenant sur les sites de détention soit choisi et désigné, en liaison avec le coordonnateur médical et le coordonnateur administratif du CISIH, comme correspondant privilégié et puisse répondre aux besoins internes de l'hôpital et des administrations.

2 - LA CONTRACTUALISATION DES RELATIONS ENTRE L'HOPITAL ET LA MAISON D'ARRET

Les responsables des établissements entrant dans le champ de la présente circulaire : le Directeur général de l'hôpital d'une part, le Directeur régional des services pénitentiaires et le Directeur de la maison d'arrêt d'autre part, sont invités à définir par convention l'ensemble des actes et procédures matérialisant les relations qu'il entendent établir en matière sanitaire. Le projet de cette convention sera soumis pour avis à la commission médicale de l'établissement. Quand elle sera signée, une copie sera adressée par chacun des co-contractants à ses autorités de tutelle.

3 - LE DISPOSITIF D'EVALUATION

Le dispositif d'évaluation comporte deux volets reliés entre eux : un volet quantitatif et un volet qualitatif et organisationnel.

3.1 L'activité hospitalière réalisée dans le cadre de ce rapprochement devra faire l'objet d'un suivi statistique simplifié mais fiable. Pour des raisons épidémiologiques et budgétaires, il est important que sur ces sites désignés, une évaluation soit réalisée concernant autant les flux des prestations assurées que leur évolution. On trouvera en annexe un tableau matérialisant cette collecte minimale mais homogène de l'information.

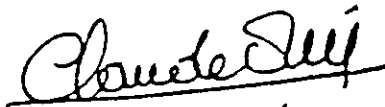
.../...

A la fin de la présente année, je vous demande de bien vouloir me transmettre, ainsi qu'à M. le Directeur de l'Administration pénitentiaire, ces informations accompagnées des commentaires que vous jugerez opportuns.

3.2 En outre, les médecins inspecteurs de la santé des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales qui ont sous tutelle les établissements hospitaliers et pénitentiaires concernés, devront à partir des éléments recueillis faire un bilan de cette opération, conformément au protocole qui sera établi avec eux à cet effet.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales, destinataire de toutes ces informations, présentera alors des propositions permettant de prendre position sur la définition d'une stratégie plus globale et plus ambitieuse à partir des résultats de cette opération limitée à l'année 1989 et à un nombre réduit de sites.

Vous voudrez bien me faire part de cas échéant des difficultés qu'entraîne l'application de cette instruction.



Claude EVIN

**LISTE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET PENITENTIAIRES CONCERNES PAR DES DISPOSITIONS
SPECIFIQUES EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE EN 1989**

REGIONS	CISIH ET CHG	MAISONS D'ARRET
ILE DE FRANCE	CISIH PARIS SUD : Antoine Béclère CISIH de Pitié Salpêtrière CHG Mignot - Versailles	FRESNES FLEURY MEROGIS BOIS D'ARCY
PROVINCE	CISIH DE L'AP à Marseille CISIH de Nice CISIH de Toulouse CISIH de Bordeaux	MARSEILLE-BAUMETTES NICE TOULOUSE BORDEAUX-GRADIGNAN

A renvoyer pour
le 15 décembre 1989

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS INFECTES PAR LE VIH
Dispositions 1989

CISIH de..... - MAISON D'ARRET DE

Consultations : dénombrement

	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
Porteurs sains										
Formes mineures										
SIDA										

Séjours d'hospitalisation : dénombrement

	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	TOTAL
Porteurs sains	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Formes mineures	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
SIDA	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Coût facturable	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	

Le DMI, généralisé à tous les CISIH concernés, permettra d'analyser le profil épidémiologique des détenus hospitalisés.
HJ : hôpital de jour - HC : hospitalisation complète