

SIDA, droit pénal et médecine pénitentiaire

Autor(en): **Bertrand, Dominique**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie**

Band (Jahr): **15 (1989)**

Heft 1

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1046911>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

SIDA, DROIT PENAL ET MEDECINE PENITENTIAIRE

Dominique Bertrand

I. INTRODUCTION

Lorsque nous voulons prendre en considération l'importance et la complexité des pratiques thérapeutiques en relation avec la toxicomanie au sens large, et plus particulièrement dans le domaine des stupéfiants, force est de constater que l'approche en est aujourd'hui modifiée par l'émergence de données nouvelles que nous allons développer dans cet article. En effet, notre étude sera centrée sur l'un des sujets qui représente actuellement un défi majeur tant pour le juge que pour le médecin et qui illustre les difficultés de coexistence du soin et de la sanction dans la politique criminelle: l'impact de l'infection par le virus HIV, responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), sur la population toxicomane en milieu carcéral, et les problèmes complexes que cette maladie d'apparition récente soulève sur le plan juridique et médical.

II. PREMIERE PARTIE

1. Caractéristiques cliniques de l'infection par le virus HIV

Par souci de clarté, nous nous référons au schéma présenté par le Dr. T.W. HARDING au Conseil de l'Europe en juin 1987 (11, 12), bien qu'une nouvelle classification des stades cliniques associés à l'infection par le virus HIV, plus complexe et émanant d'un groupe d'experts du Center for Disease Control (CDC) d'Atlanta, soit actuellement préférée; ce schéma n'en conserve pas moins sa valeur didactique.

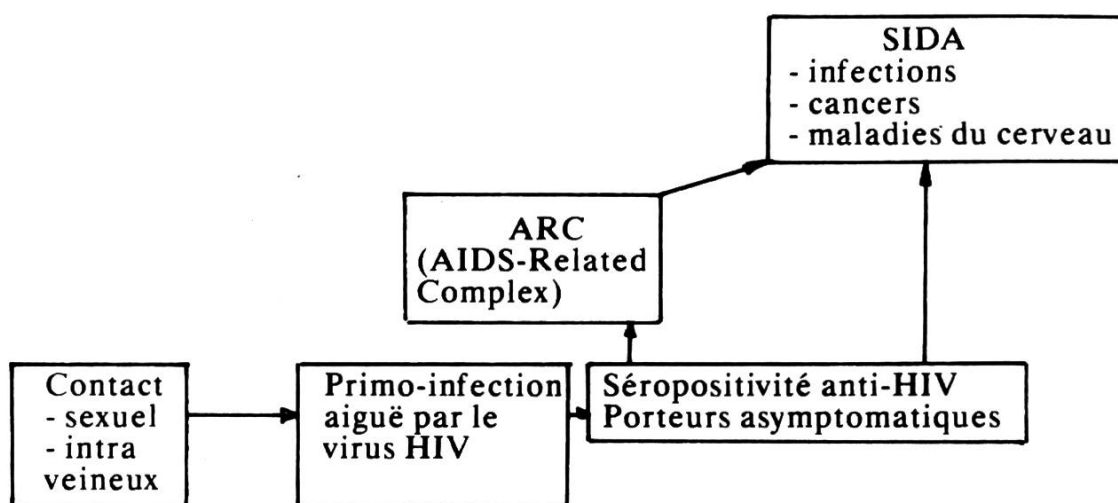


Tableau 1: Stades cliniques de l'infection par le virus HIV (Human Immunodeficiency Virus).

Comme le montre le Tableau 1, l'infection par le virus HIV se manifeste par plusieurs états cliniques différents:

a) Primo-infection aiguë

De 20 à 50 % d'individus contaminés développent une maladie fébrile aiguë dans un délai de 2 semaines à 3 mois à compter de la date de pénétration du virus dans l'organisme. La maladie guérit d'elle-même, et aucun traitement ne modifie son évolution. Vers la fin, le système immunitaire de l'individu infecté fabrique des anticorps anti-HIV détectables dans le sang: le sujet est devenu séropositif.

b) Séropositivité anti-HIV (porteurs asymptomatiques, ou porteurs dits sains de virus)

Pendant les cinq années qui suivent la primo-infection aiguë, près de 50 % des sujets ne présentent aucun symptôme ou signe clinique de la maladie. Pourtant, le virus est toujours présent dans l'organisme de la plupart d'entre eux (certaines études indiquent que des particules virales ont été décelées dans près de 80 % des cas de séropositivité). Ces sujets doivent être considérés comme des porteurs asymptomatiques, c'est-à-dire comme une source potentielle d'infection; ils sont en outre susceptibles d'être atteints du SIDA

ultérieurement. Leur séropositivité peut être détectée par des analyses de sang visant à déceler la présence d'anticorps anti-HIV.

c) AIDS-related complex (ARC)

30 % environ des personnes infectées par le virus HIV développent un syndrome de malaise chronique (perte de poids, diarrhées, fièvre), sans toutefois présenter les infections opportunistes graves ou les cancers qui sont caractéristiques du SIDA. Chez certains patients, ce mauvais état général dure plusieurs années; certains développeront ultérieurement un SIDA déclaré.

d) SIDA

Caractérisé par l'apparition d'infections opportunistes sévères et/ou de cancers, le SIDA affecte aussi le système nerveux central. Le virus HIV peut vivre et se multiplier dans les cellules du cerveau. Certains sujets présentent des symptômes de dégénérescence cérébrale en l'absence de toute infection opportuniste ou cancer. L'issue en est également fatale. Cette forme de maladie revêt une importance particulière, car un comportement étrange, antisocial peut être le premier signe révélateur du SIDA. Certaines personnes atteintes du SIDA peuvent donc être arrêtées et incarcérées à cause de leurs symptômes comportementaux. L'atteinte cérébrale dégénérative secondaire au SIDA risque de poser un problème important qui interpelle également le jugé: celui de la capacité délictuelle du sujet atteint d'une telle maladie, c'est-à-dire, d'une manière générale, de son aptitude à la faute, de l'appréciation de sa responsabilité délictuelle, tant sur le plan pénal que civil. De plus en plus d'observations médicales soulignent l'importance des manifestations neuropsychiatriques liées à l'infection par le virus HIV (15). Des protocoles de recherche médicale concernant l'évaluation de ce problème à travers des paramètres objectifs (examen clinique, électroencéphalogramme, etc.), sont actuellement en cours ou en projet tant aux Etats-Unis qu'en Europe: il est vraisemblable que la conclusion de telles recherches aura des conséquences directes sur le plan juridique. Confronté à l'appréciation de la responsabilité pénale (art. 10 et 11 CPS) ou civile (art. 16 et 18 CC, art. 41 CO) d'un individu souffrant de SIDA cérébral dont le comportement délictuel examiné "in concreto" suggérera une altération de la capacité de discernement, le juge devra s'interroger sur l'opportunité d'une expertise médicale (art. 13 CPS).

2. Caractéristiques de la population toxicomane incarcérée à la Prison de Champ-Dollon

Les données que nous reproduisons ici sont extraites de l'étude publiée en 1986 par M. von Allmen concernant les caractéristiques de la population des prévenus incarcérés à la Prison de Champ-Dollon en 1983-1984 (1), et permettent de dégager les éléments suivants:

- Consommateurs de drogues (toutes drogues confondues, au sens de l'art. 1 LF Stup.): représentent 40 % de la population carcérale.
- Consommateurs d'opiacés par vois intraveineuse, usant pour une part également d'autre stupéfiants (cocaïne, amphétamines, etc.): représentent 23 % de la population carcérale.

Si nous procédons ensuite à une différenciation entre groupes de détenus comme le propose l'auteur de l'enquête, nous pouvons ressortir les caractéristiques suivantes concernant les détenus dont la toxicomanie est le problème dominant (soit 25.5 % de la population carcérale):

- Position sociale: la majorité n'a pas de formation professionnelle (81.1 %), leur plus haut diplôme obtenu étant celui de fin de scolarité obligatoire (73.6 %).
- Age: 83 % des détenus de ce groupe sont âgés de moins de 30 ans.
- Justice et prison:
 - nombre moyen de séjours en prison: 3.2
 - ont fait un/des séjours antérieurs à la Prison de Champ-Dollon: 78.8 %
 - ont déjà été incarcérés dans l'année écoulée: 37.7%
 - motif actuel d'incarcération:
 - infractions contre le patrimoine 64.1 %
 - infractions contre la LF Stup.: 26.4 %

- infractions contre la vie, l'intégrité corporelle, la liberté et les mœurs: 1.9 %
- infractions diverses: 7.6 %

Santé:

- au moins un internement psychiatrique déclaré: 18.9 %
- déclarant consommer des tranquillisants en liberté: 48 %
- déclarant consommer des somnifères en liberté: 64.7 %
- consommation journalière déclarée d'alcool: 11.5 %

- pourcentage de détenus séropositifs HIV et de cas de SIDA déclaré: 11 % à fin 1986 (analyse effectuée dans cinq établissements pénitentiaires suisses pour adultes). Ce chiffre est comparable à ceux enregistrés à l'occasion d'une enquête réalisée auprès des Etats membres du Conseil de l'Europe et publiée en 1987 (11, 12): le taux moyen de séropositivité HIV dans les prisons européennes est estimé à 12 %, soit environ un détenu sur huit. Il faut toutefois bien distinguer dans les différentes enquêtes pratiquées en milieu carcéral, celles dont les résultats concernent des dépistages systématiques (comme en Belgique ou au Luxembourg) et celles où les prélèvements n'ont été réalisés que chez les seuls toxicomanes par voie intraveineuse, les pourcentages de séropositivité HIV étant alors nettement plus élevés (61 % à Fresnes sur 118 cas, 54 % à Gradignan chez 242 sujets).

En conclusion, l'examen de la population toxicomane incarcérée à la Prison de Champ-Dollon met en évidence plusieurs caractéristiques intéressant notre étude, à savoir:

- un nombre élevé de toxicomanes intraveineux incarcérés (près de 25 % de la population carcérale);
- un fort pourcentage de détenus séropositifs HIV et de cas de SIDA (un dixième de la population carcérale, et environ 60 % des toxicomanes intraveineux incarcérés); nous détaillerons les implications médicales de cette situation dans la seconde partie de l'étude;

- l'origine sociale modeste des toxicomanes incarcérés, élément non négligeable lorsque l'on envisage l'information et l'éducation sanitaire des détenus.

III. DEUXIEME PARTIE

A. Approche juridique du problème de l'infection par le virus HIV dans la population toxicomane en milieu carcéral

1. Interventions dépenalisées

L'apparition de cas de SIDA déclaré (cf. Tableau 1) chez des toxicomanes incarcérés pose la question du recours à des interventions dépenalisées, en particulier par l'application de l'art. 40. al. 1 CPS. Pendant l'année 1987, deux patients toxicomanes atteints de SIDA, dont un bilan médical pratiqué au Quartier Cellulaire de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève confirma la gravité de la maladie, ont bénéficié d'une interruption de l'exécution de leur peine privative de liberté, au sens de l'art. 40. al. 1 CPS. Cette attitude est conforme à la pratique actuelle du Procureur Général de la République et Canton de Genève, qu'il a eu l'occasion de préciser récemment dans ses observations accompagnant un recours de droit administratif devant le Tribunal Fédéral (janvier 1988):

"Dans sa pratique, le Procureur Général a admis d'interrompre des peines:

- lorsqu'il est médicalement établi que le détenu va décéder à brève échéance, notamment en raison du SIDA;
- lorsqu'il est médicalement établi qu'une personne a besoin impérieusement, pendant une longue durée, d'un traitement qui est incompatible avec la détention;
- lorsque le détenu souffre, de manière permanente, d'un handicap tellement grave que son maintien en détention est pratiquement impossible et conduit à une situation humainement intolérable".

Cette pratique actuelle du Procureur Général du Canton de Genève est à mettre en parallèle avec l'interprétation que le Tribunal Fédéral fait de la notion de "motif grave" au sens de l'art. 40 al. 1 CPS et qui est résumée dans un ATF non publié du 26 janvier 1988 au considérant 3 b:

"Selon l'art. 40 al. 1 CP, l'exécution d'une peine privative de liberté ne doit être interrompue que pour un motif grave. (...) Une inaptitude à subir la peine survenue en cours d'exécution n'impose pas absolument l'interruption de celle-ci. Une exécution ininterrompue doit être la règle. Celui qui, en cours de détention, doit, pour des motifs de santé, être transféré dans un hôpital ou dans un hospice, est habituellement réputé incapable de subir sa peine durant cette période, soit de la subir dans les conditions usuelles de la détention. Le fait que la durée du séjour hospitalier est déduite de la peine montre toutefois que le traitement et la guérison d'un détenu malade ne constituent qu'une forme particulière de l'exécution de la peine. (...) Une exception à la règle et partant la libération du condamné ne peuvent être envisagées que lorsque l'état de santé du détenu est tel qu'il apparaît totalement incapable de subir une peine pour une période indéterminée, du moins pour longtemps, de telle sorte que la nécessité des soins et de la guérison doit passer avant celle d'exécuter la peine. Lorsqu'un traitement médical approprié reste compatible avec l'exécution de la peine et le but de celle-ci, il n'y a pas lieu d'en interrompre l'exécution (ATF 106 IV 324, 103 Ib 186)".

Ces interventions dépenalisées, situées "en aval" de la procédure judiciaire et visant à privilégier le soin sur la sanction, pourront-elles se maintenir à l'avenir? Ne se heurteront-elles pas aux mesures légales prises "en amont" ayant pour but de renforcer le contrôle des individus séropositifs HIV et d'éviter la dis-sémination de la maladie? Le maintien en milieu carcéral de détenus atteints de SIDA déclaré ne pourrait-il pas apparaître - à tort - comme une protection efficace de la collectivité? Le jugement rendu en septembre 1988 par la Cour suprême du Canton de Zurich et condamnant à la prison ferme une toxicomane séropositive HIV pour avoir entretenu des relations sexuelles sans préservatif, est illustrateur à cet égard.

2. Instruments juridiques concernant le SIDA et l'infection par le virus HIV: brève revue de droit comparé et situation actuelle en Suisse

Si nous faisons un rapide survol des mesures légales et policières actuellement prises par différents Etats à l'égard du SIDA et de l'infection par le virus HIV (droit comparé), force est de constater la multiplication des moyens de contrôle vis-à-vis non seulement des malades atteints du SIDA, mais aussi des porteurs HIV séropositifs asymptomatiques. Voici quelques exemples signifi-catifs (25):

- **BAVIERE**: Interdiction pour les personnes séropositives HIV de se livrer à la prostitution, Obligation de soumettre à des épreuves de dépistage les personnes présumées infectées et les personnes détenues ou incarcérées, à leur entrée et à leur sortie.
La transmission coupable du virus HIV (intentionnelle ou par négligence) est un délit relevant du Code pénal. L'office de la Santé peut ordonner l'isolement des personnes infectées par le virus HIV dont la conduite met en danger d'autres personnes.
- **AUTRICHE**: Interdiction aux personnes infectées de se livrer à la prostitution. Dépistage sérologique régulier pour le virus HIV chez les prostituées.
- **ETATS-UNIS**: **COLORADO**: les directeurs des départements de santé peuvent requérir une injonction à l'encontre d'activités spécifiques de la part d'une personne ou un ordre de détention d'une durée maximale de 72 heures si ladite personne constitue un danger imminent pour la santé publique.
MINNESOTA: Toute personne atteinte de SIDA et constituant une menace pour la santé d'autrui peut être contrainte, par une directive sanitaire ou en vertu d'un ordre du tribunal, de recevoir une éducation, de subir des épreuves de détection, de co-opérer avec les autorités sanitaires dans la lutte contre les malades transmissibles et de suivre un traitement prescrit sur décision judiciaire, de même que de vivre sous supervision, de cesser d'avoir une conduite constituant une menace pour autrui ou de se conformer à toute autre condition stipulée par le tribunal.

- **HONGRIE:** Les personnes séropositives ainsi que les partenaires sexuels de malades atteints de SIDA et de personnes séropositives doivent être placées sous surveillance épidémiologique.
- **URSS:** Les ressortissants étrangers et les citoyens soviétiques peuvent être tenus de subir une épreuve de détection HIV s'il existe des raisons de présumer qu'ils en sont atteints. Quiconque expose sciemment une autre personne à un risque d'infection par le SIDA ou, se sachant atteint du SIDA, transmet cette maladie à une autre personne, est passible d'emprisonnement.

Comme nous le constatons, les Etats, malgré les différences de système politique qui les caractérisent, semblent adopter dans ce domaine des attitudes similaires. Quelle est la situation juridique actuelle en Suisse relative au SIDA et à l'infection épidémique par le virus HIV?

Il nous faut tout d'abord nous référer à la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 18 décembre 1970 fondée sur les art. 69 et 64bis de la Cst. Féd. Cette loi fédérale contient plusieurs dispositions (art. 1, 2, 15, 16, 17, 19, 27, 28 et 35 en particulier) établissant un contrôle épidémiologique strict des maladies transmissibles, rejoignant sous la plupart de leurs aspects les instruments juridiques adoptés par d'autres Etats concernant le SIDA et l'infection par le virus HIV (cf. les exemples mentionnés précédemment). Cependant, étant donné que l'art 2 de la loi fédérale du 18 décembre 1970 ne donne qu'une définition large de la notion de maladies transmissibles, nous devons examiner l'ordonnance du Conseil Fédéral concernant la déclaration des maladies transmissibles de l'homme du 21 septembre 1987 qui précise le champ d'application de la loi fédérale du 18 décembre 1970 en fonction des connaissances médicales actuelles et détermine les modalités d'exécution de cette loi. A teneur des art. 1, 2 lettre b, 3 al. 4, 7, 8 sal. 4, 9 al. 3, 13, 14, 19 et 24 à 26, la mise en évidence d'un test sérologique positif pour le virus HIV impose une déclaration obligatoire anonyme à l'autorité compétente, tant pour le médecin que pour le laboratoire d'analyses biologiques. Cette législation fédérale est complétée, sur le plan du droit cantonal genevois, par la loi d'application de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 14 décembre 1978 (K/1/4) et le

règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 28 février 1979 (K/1/5). En conséquence, comme le réserve expressément le chiffre 3 de l'art. 321 CPS, ces différentes dispositions de la législation fédérale et cantonale statuant une obligation de renseigner une autorité, introduisent un fait justificatif légal (art. 32 CPS) contraignant le médecin à violer le secret médical. Cependant, le caractère anonyme de la déclaration obligatoire des tests séropositifs HIV, protège la sphère privée des détenus et limite la portée de la violation du secret professionnel. Cet élément revêt une importance essentielle dans le contexte carcéral: en effet, bien que la détention place l'individu dans un rapport de droit public "special" à l'égard de l'Etat (rapport spécial de dépendance), "aucune indication permettant d'établir l'identité des personnes concernées" (art. 3 al. 4 de l'ordonnance du Conseil Fédéral concernant la déclaration des maladies transmissibles de l'homme du 21 septembre 1987) ne doit être communiqué à l'autorité compétente. Le respect de cet aspect du secret médical trouve une signification accrue en milieu pénitentiaire, au même titre que le caractère volontaire du dépistage sérologique HIV, comme nous le soulignerons plus loin.

Si l'anonymat de la déclaration obligatoire des tests séropositifs HIV protège aujourd'hui le détenu comme toute autre personne, qu'en est-il des mesures (tatouage des individus infectés par le virus HIV, exclusion de certaines activités professionnelles, etc.) qui sont de plus en plus fréquemment évoquées? Prenons par exemple un extrait de l'article de J. LOB, docteur en droit, paru dans la "Revue Suisse de Jurisprudence" (16), concernant l'art. 231 CPS:

"Si le fléau qu'est le SIDA continue à se propager, il y a tout au lieu de penser que tôt ou tard on en viendra à proposer une révision du Code pénal et plus précisément une modification de l'art. 231 CP en ce sens que l'on ne se contentera plus de punir la propagation intentionnelle ou par négligence d'une maladie de l'homme lorsqu'un résultat dommageable peut être prouvé, mais que l'on sanctionnera aussi peut-être plus sévèrement celui qui, intentionnellement ou par négligence, aura, dans le domaine des maladies de l'homme, mis en danger la vie ou la santé d'autrui. Ce qui (en effet,) diminue considérablement la portée (actuelle) de l'art. 231 et des art. 111 ss CP et 122 ss CP réprimant les

infractions contre la vie et l'intégrité corporelle, c'est que ce ne sont pas des délits de mise en danger. L'infraction n'est consommée que pour autant qu'un résultat se soit produit. Il y a résultat dès qu, par le comportement de l'auteur, la maladie à été transmise à une seule autre personne. Cette preuve sera le plus souvent impossible à administrer, tant il est vrai que les victimes du SIDA indéterminé de partenaires ou des partenaires qu'ils n'arrivent plus à identifier ou à localiser. La loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme est, du point de vue juridique, un moyen de lutter contre le SIDA et contre certaines pratiques de nature à le propager, mais il serait faux d'en surestimer la portée. Les infractions à cette loi sont punissables seulement des arrêts ou de l'amende et, si l'on prend en considération le risque de maladie grave et de mort que comportent certaines pratiques, cette sanction apparaît bien légère."

Bien que l'aspect de prévention générale de la norme pénale soit certainement, dans l'esprit de l'auteur de cet article, l'élément dominant qui justifie une éventuelle modification de l'art. 231 CPS, une telle proposition - de même que celles visant une identification définitive des individus séropositifs HIV ou l'imposition de tests de dépistage obligatoires aux groupes à risques par exemple - pose la question du but visé par de telles mesures. Plus spécifiquement en ce qui concerne la norme pénale, intervient le problème du respect du principe de l'économie du droit pénal: la disposition pénale est-elle objectivement apte à atteindre le but visé dans le contexte de l'infection épidémique par le virus HIV, qui est celui de la protection de la collectivité dans son ensemble tout en respectant la liberté personnelle des individus, droit constitutionnel non écrit garanti expressément par la CEDH? Examinons à ce propos les commentaires du Dr. J. MARTIN, médecin cantonal vaudois (19):

"L'effet négatif pratiquement le plus grave de (mesures légales contraignantes telle) l'imposition du test à des groupes définis serait le passage à la clandestinité de ceux qui, à tort ou à raison, se sentiraient visés, ce qui irait à l'encontre des efforts faits en matière de prévention du SIDA. Ces personnes ne se hasarderaient plus à venir demander les prestations (examen médical, test volontaire, information, conseil, encadrement) dont elles ont besoin. Au delà de la question du test obligatoire, (est soulevé le problème) d'isoler du reste de la société les

séropositifs et les malades. D'abord il faut redire que cela n'est pas médicalement nécessaire pour protéger le public, puisque le SIDA ne s'attrape pas par les actes de la vie quotidienne (à la différence par exemple de la tuberculose, où le fait de vivre dans le même ménage qu'un tuberculeux évolutif représente un risque élevé d'infection). Ensuite, là aussi, il s'agit de mesures inimaginables actuellement, notamment sur le plan pratique. Qu'on considère par exemple le fait que 25'000 à 30'000 suisses probablement sont séropositifs à fin 1987...Où entendrait-on les mettre? Dans quelles conditions? S'esquisserait alors le spectre d'une société où des milliers de personnes seront occupées à être les "gardiens de prisons" (ou de camps) d'autres dizaines de milliers? Et ceci pour une durée indéterminée puisque on doit admettre à ce stade que, ayant été infecté, on reste potentiellement infectant à long terme".

Ces arguments scientifiques objectifs rejoignent le contenu de la "Déclaration de Londres" des 26-28 janvier 1988 adoptée à l'occasion du Sommet mondial des Ministres de la Santé sur la pré-vention du SIDA, où nous lisons en son point 6:

"Nous insistons sur la nécessité de protéger les droits de l'homme et la dignité humaine dans le cadre des programmes de prévention du SIDA. Toute stigmatisation, toute discrimination contre les porteurs d'une infection à HIV, les malades du SIDA et certains groupes nuisent à la santé publique et doivent être rejetées".

3. Une révision législative de la LF Stup. pourrait-elle être envisagée dans l'optique de l'impact de l'infection épidémique par le virus HIV chez les toxicomanes intraveineux?

A ce stade de notre étude, les enjeux de l'approche juridique concernant le problème de l'infection par le virus HIV dans la population toxicomane, ont été mieux précisés: comme le relève le Dr. J. MARTIN (19), des attitudes irrationnelles résultant d'analogies infondées avec des situations du passé (isolement des lépreux, des pestiférés ou de tuberculeux par exemple) et tendant à élever des barrières à l'égard de certains groupes à risques (toxicomanes, homosexuels, prostituées, etc.) dans l'idée de les "empêcher de

nuire", s'affrontent avec des propositions objectives dictées par les caractéristiques épidémiologiques actuellement documentées de l'infection par le virus HIV.

Dans ce contexte, étant donné que LF Stup. se veut aussi une loi de santé publique au terme de la revision législative de 1975, ne pourrait-elle pas être modifiée suite à l'apparition du SIDA chez les toxicomanes intraveineux (groupe à risques), afin d'accentuer la dimension soin de la LF Stup.? Une telle attitude répondrait aux propositions de l'OMS qui ont été élaborées à Genève les 16-18 novembre 1987 dans le cadre d'un programme spécial concernant le SIDA (27) où nous lisons, entre autres:

"Governments may also wish to review their penal admission policies, particularly where drug abusers are concerned, in the light of the AIDS epidemic and its impact on prisons."

S'inspirant des recommandations de l'OMS, la révision législative de la LF Stup. pourrait revêtir un double aspect:

- d'une part, privilégier les mesures extra-pénales de prévention, qui pourraient compléter les art. 15 a, b et c LF Stup., en insistant sur le caractère volontaire des prestations mises à disposition des toxicomanes (promotion de la santé, encourager la consultation volontaire de centres médicaux pratiquant des tests sérologiques anonymes de dépistage HIV, etc.);
- d'autre part, modifier les dispositions pénales des art. 19 ss LF Stup. en tenant compte des problèmes sanitaires que pose la présence d'une forte concentration de toxicomanes intraveineux en milieu carcéral, dont un pourcentage élevé est infecté par le virus HIV (cf. première partie de l'étude): l'existence de normes juridiques répressives à l'égard des toxicomanes, où la sanction l'emporte sur le soin, a en effet pour conséquence directe le re-groupement en milieu carcéral d'un grand nombre de sujets séro-positifs HIV ou atteints de SIDA déclaré - soit environ un détenu sur huit, - à l'origine de plusieurs difficultés et imposant des réajustements, tant pour le personnel pénitentiaire que médical, qui seront abordés plus loin.

Une revision législative de la LF Stup., réalisée selon les recommandations de l'OMS, aurait l'avantage d'harmoniser l'attitude adoptée par l'ensemble des autorités étatiques - législative, exécutive et judiciaire - vis-à-vis des toxicomanes, groupe à risques directement menacé par l'infection épidémique liée au virus HIV: elle marquerait ainsi la volonté de privilégier le soin - et la prévention - sur la sanction. Dès lors, le recours à des interventions dépenalisées comme nous l'avons précédemment évoqué (application de l'art. 40 al. 1 CPS), s'intégrerait dans une conception globale et cohérente de santé publique fondée sur des données médicales et épidémiologiques objectives et respectant les droits et la dignité de la personne humaine (restitution d'un cadre socio-familial et relationnel adéquat en fin de sa vie), conformément à l'esprit de la Déclaration de Londres de janvier 1988. Mais, afin de souligner que rien ne permet aujourd'hui en Suisse d'affirmer qu'une telle approche l'emportera à l'avenir, nous rappelons l'attitude actuellement retenue dans les établissements pénitentiaires américains, qui est caractérisée par l'ouverture d'unités hospitalières fermées regroupant l'ensemble des détenus séropositifs HIV nécessitant des soins médicaux soutenus. L' "Inmate AIDS Ward" de l'Hôpital St. Clare à New York, dont la capacité d'accueil a été étendue à 60 lits depuis fin 1987, en est un exemple. Selon un rapport conjoint du National Institute of Justice and the American Correctional Association, les prisons américaines renfermaient en 1986 766 cas de SIDA déclaré, dont plus de 70 % recensés dans la région du Mid-Atlantic regroupant les Etats de New York, New Jersey and Pennsylvanie: 322 d'entre eux sont décédés en prison...

B. Approche médicale du problème de l'infection par le virus HIV dans la population toxicomane en milieu carcéral

1. Situation générale actuelle de l'infection épidémique par le virus HIV dans les prisons

L'examen de la population toxicomane incarcérée à la Prison de Champ-Dollon que nous avons détaillé au début de l'étude, a montré d'une part la présence d'un nombre élevé de toxicomanes intra-veineux incarcérés (près de 25 % de la population carcérale), et d'autre part un taux moyen important de

séropositivité HIV parmi l'ensemble des détenus (11 %), comparable à celui relevé dans les prisons européennes, ce taux pouvant atteindre 60 % chez les seuls toxicomanes intraveineux incarcérés.

Ces chiffres suscitent d'emblée deux questions (5):

- ces sujets séropositifs HIV sont-ils des porteurs dits sains de virus ou des malades? (cf. Tableau 1).
- leur présence en nombre important en prison fait-elle courir un risque particulier de contagiosité aux personnels ou aux autres prisonniers?

En ce qui concerne la première interrogation, nous constatons que jusqu'en 1985-1986, les données épidémiologiques avaient conduit à minimiser le risque d'évolution vers un SIDA déclaré des toxico-manes HIV positifs (porteurs dits sains de virus). Mais cette situation est en train de changer assez rapidement: si nous nous référons aux chiffres fournis par les autorités sanitaires françaises concernant l'ensemble de la collectivité nationale (5), nous découvrons que les toxicomanes, qui ne représentaient que 3.5% des cas de SIDA déclaré au 30 juin 1986, ont pratiquement triplé ce pourcentage au 30 septembre 1987 (10.7 %), et une note récente de la Direction générale de la Santé en France indique que "le rythme de progression du SIDA chez les toxicomanes est un doublement du nombre de cas tous les 5 mois". Si une telle affirmation est valable d'une manière générale, elle concerne tout particulièrement le milieu carcéral vu le nombre élevé de toxico-manes intraveineux séropositifs HIV incarcérés, comme rappelé pré-cédemment.

Nous restons néanmoins étonnés dans ces conditions du faible nombre de SIDA déclaré en prison, lorsque l'on se réfère à l'enquête réalisée en 1986 auprès des Etats membres du Conseil de l'Europe et publiée en 1987 (11, 12): seuls 2 pays ont indiqué des chiffres, soit 10 cas pour l'Italie et 22 cas pour l'Espagne. A Genève, 4 détenus atteints de SIDA ont été hospitalisés au Quartier cellulaire de l'Hôpital cantonal universitaire en 1987. Aux Etats-Unis par contre, les premiers cas de SIDA ont été décrits en 1982 déjà dans les Centres de détention de l'Etat de New York: en 1986, les prisons américaines ont enregistré 766 cas de SIDA (cf. rapport du National Institute of Justice and the American Correctional Association cité ci-dessus). La conclusion qui s'impose dès lors est que les prisons européennes sont probablement "en

retard" par rapport à la situation américaine, et que nous risquons d'assister en milieu carcéral à une augmentation considérable des cas de SIDA déclaré dans les années à venir (5).

Abordons maintenant la deuxième question, qui s'inscrit dans le contexte général de la politique sanitaire pénitentiaire.

2. Les défis que lance au médecin l'infection épidémique par le virus HIV en milieu carcéral et les réajustements de politique sanitaire pénitentiaire qu'implique cette maladie d'apparition récente: présentation de la situation actuelle à la Prison de Champ-Dollon

Le médecin pénitentiaire est confronté à une double tâche face aux problèmes que pose l'infection épidémique par le virus HIV en milieu carcéral:

- d'une part, assurer une prise en charge médicale adéquate des détenus atteints de SIDA déclaré: celle-ci implique un réajustement de l'infrastructure médicale mise à disposition par l'autorité pénitentiaire et la faculté d'offrir à tout détenu des prestations médicales ambulatoires et hospitalières adaptées à la gravité de la maladie;
- d'autre part, développer toutes les mesures nécessaires au dépistage et à la prévention de l'infection par le virus HIV en milieu carcéral qui cumule un double risque - importante population toxicomane et rapports homosexuels - tout en respectant les principes d'éthique médicale.

Afin d'illustrer la double dimension de l'activité médicale pénitentiaire face à cette maladie d'apparition récente, nous présentons la situation actuelle à la Prison de Champ-Dollon, qui répond pleinement aux deux impératifs précédemment définis.

a) Infrastructure médicale de la Prison de Champ-Dollon

Conformément aux art. 1 à 5, 11 et 12 du règlement de l'Institut Universitaire de Médecine Légale (ci-après: IUML) du 18 juillet 1984

(K/1/20/, les soins médicaux aux personnes détenues sont assurés par la Divison de Médecine pénitentiaire de l'IUML, qui comprend:

1. une unité de soins hospitaliers chargée du service du quartier cellulaire de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève. Elle dispose d'une capacité d'accueil de 11 lits qui permet la prise en charge médico-chirurgicale des détenus 24 heures sur 24, ceux-ci bénéficient des mêmes prestations que les autres malades soignés à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève (consultations médicales spécialisées, investigations cliniques, etc)
2. une unité de soins extra-hospitaliers chargée du Service médical de la Prison de Champ-Dollon. Organisé en policlinique et dispensant des soins médico-chirurgicaux aux détenus pendant les jours ouvrables, le Service médical de Champ-Dollon offre, outre les prestations de Médecine Interne, des consultations spécialisées (dermatologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, gynécologie et médecine dentaire), et dispos de possibilités d'investigations paracliniques (radiologie, examens de laboratoire, etc.)
3. un secteur de soins psychiatriques pour les détenus, comprenant d'une part des consultations ambulatoires au Service médical de Champ-Dollon, et d'autre part une unité de soins psychiatriques de 7 lits (quartier carcéral psychiatrique).

b) Mesures concrètes adoptées à la Prison de Champ-Dollon dans le dépistage, la prévention et la lutte contre l'infection épidémique par le virus HIV en milieu carcéral

En l'état actuel des connaissances médicales et épidémiologiques concernant l'infection par le virus HIV, la tâche essentielle qui incombe au médecin pénitentiaire est celle de la prévention de cette maladie: en effet, tant qu'aucun traitement médical à visée curative ni aucun vaccin ne sont disponibles, seules les mesures préventives découlant des caractéristiques épidémiologiques actuellement documentés de l'infection par le virus HIV permettront - peut-être - de freiner la progression de cette maladie.

C'est en ce sens que des mesures concrètes ont été proposées à la huitième Conférence des Directeurs d'Administration pénitentiaire les 2-5 juin

1987 dans le cadre du Conseil de l'Europe et publiés le 30 novembre 1987 dans un document rédigé par le Dr. T.W. HARDING (11,12). Ces propositions rejoignent les recommandations du programme spécial de l'OMS concernant le SIDA élaborées à Genève les 16-18 novembre 1987 (27), et celles définies par la Conférence des chefs de départements cantonaux de justice et police, la Commission fédérale d'experts pour le SIDA et l'Office fédéral de la santé publique à Berne (24).

Comme le souligne le Dr. T.W. HARDING, "en dépit des problèmes et des caractéristiques propres à l'épidémie par le virus HIV en milieu carcéral (pourcentage élevé de détenus séropositifs HIV, soit 50 à 200 fois plus que dans la population générale, et existence de relations homosexuelles), le principe fondamental de la stratégie de lutte contre le SIDA doit être d'adopter en milieu carcéral des mesures équivalentes à celles prises dans l'ensemble de la collectivité". Une telle attitude est conforme à l'esprit et au contenu de la "Déclaration de Londres" des 26-28 janvier 1988.

Quelles sont les mesures concrètes actuellement appliquées à la Prison de Champ-Dollon dans le dépistage, la prévention et la lutte contre l'infection épidémique par le virus HIV en milieu carcéral?

Elles sont centrées autour de deux axes principaux:

- premièrement, il faut informer l'ensemble du personnel pénitentiaire sur l'infection par le virus HIV et ses modes de transmission, et prévoir des mises à jour régulières de cette information, élément essentiel pour prévenir des craintes in-justifiées et des réactions inadaptées face à cette maladie. Les recommandations émanant de la Commission fédérale d'experts pour le SIDA et de l'Office fédéral de la santé publique à Berne, qui sont appliquées à la Prison de Champ-Dollon, participent à cet aspect de la prévention et de la lutte contre l'infection par le virus HIV en milieu carcéral (24).
- deuxièmement, il faut privilégier la responsabilité individuelle des détenus, en traitant chacun d'eux comme un individu autonome, personnellement responsable de sa santé et des conséquences de son comportement (11,12). Cette approche, soucieuse du respect des

principes d'éthique médicale (4), implique que les détenus soient informés des risques liés à l'infection par le virus HIV et qu'ils aient la possibilité de prendre des mesures prophylactiques. L'action préventive ne doit plus être axée uniquement sur les seuls individus séropositifs HIV: tous les détenus sont concernés, et les conseils qu'ils reçoivent par le service médical de la Prison de Champ-Dollon, doivent être valables non seulement pendant leur détention, mais aussi après leur libération.

Cet aspect de la lutte contre le SIDA revêt une importance significative à l'égard des toxicomanes incarcérés. Evoluant dans un milieu sociologiquement très fragile et instable (17), les toxicomanes se trouvent désemparés face à cette maladie et nous constatons que le SIDA accentue l'isolement social des toxicomanes et compromet leurs tentatives de réinsertion.

Dans ce contexte, le séjour du toxicomane en milieu carcéral peut permettre plusieurs réajustements:

- information du toxicomane séropositif HIV en privilégiant la responsabilité individuelle comme souligné ci-dessus; reconnaissance de la souffrance physique et/ou psychique du toxicomane séropositif HIV ou atteint de SIDA;
- lutte contre l'isolement et le rejet dont les toxicomanes séropositifs HIV ou souffrant de SIDA font l'objet en prison (information du personnel pénitentiaire, éducation sanitaire des détenus, etc.).

Si nous observons à nouveau que la dimension soin au sens large s'impose avec évidence, force est aussi de relever que l'émergence du SIDA dans la population toxicomane fait appel à la solidarité de la collectivité dans son ensemble, à sa capacité de tolérance et de compréhension: cette dimension acquiert un relief et une signification accrue face aux caractéristiques propres du monde pénitentiaire (multiples contraintes réglementaires, isolement socio-familial des détenus, etc.).

Détaillons maintenant les prestations offertes aux détenus par le Service médical de la Prison de Champ-Dollon et qui s'intègrent dans une politique

sanitaire pénitentiaire de prévention et de lutte contre l'infection épidémique par le virus HIV en milieu carcéral (24).

1. Distribution d'une information écrite concernant le SIDA et ses modes de transmission (avec des versions en langues étrangères) en soulignant notamment les risques que représentent les rapports homosexuels en prison et l'usage de drogues par voie intraveineuse. Ainsi que l'a relevé le Dr. T.W. HARDING (11, 12), les prisons présentent la caractéristique épidémiologique d'une "situation de pontage" où un nombre considérable de toxicomanes intraveineux (dont 60 % environ sont séropositifs HIV) ont, selon toute vraisemblance, des relations homosexuelles occasionnelles. "Ainsi, le comportement homosexuel induit par la prison constitue un "pont" entre un groupe susceptibles d'être ultérieurement une source d'infection par leurs rapports hétérosexuels. Ce phénomène de pontage peut jouer un rôle non négligeable dans la propagation de l'épidémie" (Dr. T.W. HARDING, 11).
2. Les détenus peuvent, sur demande, se procurer des préservatifs auprès du Service médical de Champ-Dollon. Bien que cette pratique soit comparable aux mesures préventives actuellement proposées à la collectivité dans son ensemble, elle n'est cependant pas adoptée dans toutes les prisons des Etats membres du Conseil de l'Europe.
3. des toxicomanes intraveineux sont informés, avant leur libération, des risques d'infection par le virus HIV - et par d'autres agents pathogènes: virus de l'hépatite B en particulier - due à l'utilisation de matériel d'injection souillé. Par contre, la mise à disposition de seringues stériles, telle qu'elle se pratique aujourd'hui au sein de la collectivité genevoise, n'est pas appliquée à la Prison de Champ-Dollon, les autorités pénitentiaires concentrant leurs efforts sur la lutte contre l'introduction et l'utilisation clandestine de drogues, seringues et aiguilles en prison. Cette pratique est conforme aux recommandations émanant de la Conférence des chefs des départements cantonaux de justice et police, de la Commission fédérale d'experts pour le SIDA et de l'Office fédéral de santé publique à Berne (24):

"Pour des motifs d'ordre préventif et épidémiologique il est recommandé sur le plan médical de donner aux toxicomanes la

possibilité de se procurer du matériel d'injection stérile. Certains cantons l'ont déjà fait dans une mesure variable et selon des modes différents pour les toxicomanes en liberté. Cependant, selon le régime juridique en vigueur dans les établissements d'exécution des peines et mesures, la consommation de drogue est réprimée par des mesures disciplinaires. Cette pratique se fonde notamment sur la loi sur les stupéfiants. Ce régime juridique interdit la distribution de matériel d'injection par la direction de l'établissement".

A propos de cet aspect important - mais controversé - de la prévention du SIDA par la mise à disposition de seringues stériles pour les toxicomanes, il est intéressant de mentionner l'avis de droit pénal du Prof. G. STRATENWERTH et de son collaborateur M.S. WEHRLE (26) face à une question qui divise le corps médical suisse:

"On pourrait penser que la remise de seringues stériles représente l'assistance prêtée à la commission d'un délit, ce qui au sens du droit pénal serait qualifié de complicité (art. 25 CP). Mais la réflexion ne tient pas. (...) Selon le droit en vigueur, la complicité n'est en principe punissable que si l'acte principal est un crime ou un délit, c'est-à-dire une infraction punie de réclusion ou d'emprisonnement, et non s'il s'agit d'une contravention passible d'arrêt ou d'amende, à moins que la loi n'en décide autrement dans certains cas expressément prévus (art. 104 al. 1 CP). La consommation sans droit de stupéfiants n'est qu'une contravention, passible des arrêts ou de l'amende (art. 19 a LF Stup.). La complicité n'est ici pas réalisée pénalement. Aucun doute ne subsiste donc: la remise de seringues stériles à des toxicomanes - à la différence de la remise de la drogue elle-même - ne constitue pas une participation punissable à un délit relevant de la LF Stup."

Poussant plus loin leur réflexion, les auteurs s'interrogent ensuite sur la légalité d'une saisie des utensiles appartenant aux toxicomanes:

"Ne sont visés par la confiscation que les objets qui "compromettent la sécurité des personnes, la morale ou l'ordre public" (art. 58 al. 1 lettre b CP). (...). Parler de "sécurité des personnes" revient évidemment à dire

qu'il s'agit de protection d'autrui et la consommation de stupéfiants ne peut en tant que telle "compromettre l'ordre public". (...). Dans sa version en vigueur jusqu'en 1975, la LF Stup. ne prévoyait la confiscation que des stupéfiants eux-mêmes; cette disposition fut supprimée parce que jugée superflue à côté de l'art. 58 CP; un élargissement des possibilités de confiscation n'a pas été envisagé (Bulletin sténographique, Conseil National 1974 II, 1460; Conseil des Etats 1974, 599). Quoiqu'il en soit, le simple fait que des objets soient généralement destinés ou se prêtent à une utilisation délictuelle ne suffit en aucun cas à en justifier la saisie; il faut pour cela "un rapport immédiat avec une infraction donnée (ATF 103, 1977, 79)".

Ce dernier point de l'avis de droit soulève la question des limites d'une approche strictement pénale de la consommation de stupéfiants, en particulier lorsque celle-ci implique l'injection de drogues par voie intraveineuse, comme le soulignent d'ailleurs MM. G. STRATENWERTH et M.S. WEHRLE en indiquant au début de leurs commentaires que "l'ensemble du problème relève de politique de santé avant que d'ordre juridique". En effet, lorsque nous replaçons ces considérations dans le contexte plus global d'une prévention de l'infection par le virus HIV compte tenu de ses modes de transmission (voie sexuelle et sanguine, cf. Tableau 1), il apparaît clairement que le point essentiel concernant l'utilisation de seringues par les toxicomanes se situe ailleurs, comme le rappellent les Drs. J. MARTIN et M.P. GLAUSER (18):

"Pour la prévention de la transmission du SIDA (et c'est à propos de SIDA essentiellement que la question des seringues a été soulevée), il n'y a pas besoin de mettre à disposition des seringues stériles: il suffit en effet qu'un toxicomane donné utilise toujours la même seringue, sans jamais l'échanger avec une autre personne, et sans jamais accepter la seringue d'un autre. S'il est vrai que les garanties offertes par des seringues neuves seraient certes optimales quant aux risques infectieux, il n'en reste pas moins que, pour la seule prévention de la transmission du SIDA, le non-échange de seringues est absolument suffisant".

Or, dans le milieu carcéral caractérisé - comme nous l'avons vu - par la présence d'un nombre élevé de toxicomanes intraveineux séropositifs HIV, la mise à disposition de seringues stériles ne peut être éventuellement efficace sur

le plan épidémiologique que si elle s'accompagne d'un effort pédagogique soutenu à l'égard des toxicomanes, seule garantie d'un non-échange des seringues. La question reste donc actuellement ouverte: l'expérience de la mise à disposition de seringues stériles pour les toxicomanes au sein de la collectivité et son impact réel sur la prévention de l'infection par le virus HIV, seront déterminants à cet égard.

4. Tous les détenus qui en font la demande, peuvent bénéficier d'un test sérologique de détection des anticorps anti-HIV cette possibilité est mentionnée dans l'information écrite qui est distribuée à chaque détenu lors de son admission à la Prison de Champ-Dollon). Le dépistage doit être précédé d'un entretien médical visant à préparer le détenu à accueillir les résultats de la prise de sang, dans le milieu carcéral où les soutiens sociaux normaux (famille, proches) font défaut (11). Il est essentiel de rappeler qu'aucun test de dépistage du SIDA n'est pratiqué sans le consentement du détenu, qui bénéficie à cet effet d'une information complète. Reprenant la jurisprudence du Tribunal Fédéral concernant le consentement du patient à l'acte médical, l'Office fédéral de la santé publique s'exprime en ces termes à propos du test de dépistage des anticorps anti-HIV (19): "Le médecin n'a le droit de faire une intervention portant atteinte à l'intégrité corporelle de son patient qu'avec le consentement de celui-ci. Le consentement n'a de valeur que s'il est l'expression de la volonté réelle et librement formée du patient. Cette volonté, le patient ne peut la former librement qu'après avoir été dûment informé, faute de quoi son consentement est inefficace (théorie de la "Einwilligung nach Information", "consentement éclairé", "informed consent"). Aussi, cette exigence du consentement a-t-elle pour corollaire le devoir pour le médecin d'informer le patient de manière complète et conforme à la vérité avant d'agir. L'objectif central de ce devoir d'informer incombant au médecin est la protection du droit personnel du patient à disposer de lui-même. Sans le consentement du patient, toute intervention médicale dans son intégrité corporelle est contraire au droit et lèse sa personnalité. Pareille intervention constitue, en sus, une violation corporelle punissable (ATF 99 IV 210. (En conséquence), à l'exception du cas extrêmement rare où l'on ne saurait mentionner une infection HIV à un patient incapable de discernement lors d'un examen visant à poser un diagnostic différentiel, il n'y a pas de situation dans

laquelle il faille abandonner impérativement le principe du "consentement éclairé" (informed consent) à propos du test de dépistage des anticorps anti-HIV".

Le devoir du médecin d'informer - prémisses nécessaires à l'expression d'un "consentement éclairé" de la part du patient - prend une dimension particulière en milieu carcéral pour les raisons suivantes:

- d'une part, "le consentement des patients en prison s'élabore dans des conditions défavorables: ils ne peuvent s'entretenir facilement avec leurs proches ou avec des conseillers de leur choix, (et) l'environnement carcéral entraîne chez de nombreux prisonniers un état de dépendance et de régression qui limite leur liberté de décision" (Prof. J. BERNHEIM, 4);
- d'autre part, étant donné l'existence d'un rapport de droit public "spécial" liant les détenus à l'Etat, le respect du caractère anonyme de la déclaration obligatoire des tests séro-positifs HIV revêt une importance essentielle, comme nous l'avons déjà mentionné dans les paragraphes précédents. Les recommandations de la Commission fédérale d'experts pour le SIDA et de l'Office fédéral de la santé publique concernant "le SIDA dans les prisons et autres établissements similaires" (24), sont très strictes à ce sujet:

"Le principe du secret médical doit être respecté. En pratique les possibilités d'application sont les suivantes:

- a) Le patient délève lui-même le médecin du secret médical et l'autorise à communiquer en tout ou partie le diagnostic à des personnes déterminées. Les "personnes habilitées à prendre connaissance" devront être désignées de manière précise sur un formulaire.
- b) L'autorité sanitaire compétente délève le médecin du secret: chaque médecin peut demander à l'autorité sanitaire de le déliver du secret médical, et ceci dans des conditions juridiquement irréprochables. Il est cependant libre de le demander et ne saurait y être contraint.

- c) Communication de la conclusion: si aucune des deux voies ci-dessus n'est possible ou si le médecin juge qu'elles ne sont pas justifiées, celui-ci peut se contenter de proposer la mesure à prendre. Dans ce cas le diagnostic n'est pas divulgué et il n'y est même pas fait allusion.
- d) Communication du diagnostic dans l'intérêt majeur du patient: même dans ce cas il est possible au médecin d'éviter de révéler le diagnostic en proposant une mesure à prendre".

Le respect de ces différentes règles est le garant d'une activité médicale qui, tout en participant au dépistage, à la prévention et à la lutte contre l'infection épidémique par le virus HIV en milieu carcéral, protège les droits fondamentaux et la dignité de la personne humaine.

5. Si le résultat du test de dépistage des anticorps anti-HIV est positif, le détenu en est personnellement informé par un médecin et a la possibilité de s'entretenir des différents aspects de ce problème: précautions à prendre à l'avenir, bilan médical complémentaire éventuel, réactions émotionnelles, soutien psychologique, etc., sont autant d'éléments qui sont attentivement pris en considération par le Service médical de la Prison de Champ-Dollon.

L'ensemble de ces prestations offertes aux détenus, associées à des conditions générales d'hygiène et d'alimentation adéquates, s'inscrit donc dans une politique sanitaire pénitentiaire de pré-vention et de lutte contre le SIDA en milieu carcéral, fondée sur le principe que "la promotion de la santé dépend du comportement humain et du cadre de vie beaucoup plus que des soins médicaux" (11). En conséquence, l'isolement et la ségrégation des détenus séropositifs HIV - en particulier des toxicomanes intraveineux - ne se justifient pas, pouvant même aller à l'encontre du but visé qui est celui de privilégier la responsabilité individuelle de tous les prisonniers.

IV. CONCLUSION

Tant l'approche juridique que médicale du problème de l'infection épidémique par le virus HIV dans la population toxicomane en milieu carcéral,

fait ressortir les difficultés de coexistence du soin et de la sanction dans la politique criminelle de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants: les différents points développés dans notre étude montrent clairement que le SIDA introduit une donnée nouvelle dans la problématique de la toxicomanie et fait apparaître avec évidence l'importance et la priorité du soin - et de la prévention - sur la sanction.

Les années à venir seront déterminantes à cet égard: ainsi que le laissent entrevoir les caractéristiques épidémiologiques actuelle-ment documentées de l'infection par le virus HIV, nous risquons d'assister à une augmentation considérable des cas de SIDA en milieu carcéral dans un futur proche, en particulier chez les toxicomanes intraveineux dont un pourcentage élevé est aujourd'hui infecté par le virus HIV.

En conséquence, il s'agit de sortir le SIDA du groupe à risques - objet ces personnes des malades à part entière ayant droit aux soins et au soutien que nécessite la gravité de leur état: plus qu'un défi majeur pour le juge et le médecin, le SIDA représente avant tout une interrogation posée à la société sur sa capacité de compréhension, de tolérance et de solidarité humaine... "Une injustice faite à un seul est une menace faite à tous" (MONTESQUIEU).

BIBLIOGRAPHIE

1. - von ALLMEN M., Caractéristiques de la population des prévenus incarcérés à Champ-Dollon en 1983-84, Institut Universitaire de Médecine Légale, Genève, 1986.
2. - BAUMANN P. et al., Recht gegen AIDS, Collection Volk & Recht, Bern, 1987.
3. - BEECHAM L., "No HIV testing without consent, say lawyers", *British Medical Journal*, 1987, 295, pp. 936-937.
4. - BERNHEIM J., "Ethique en médecine pénitentiaire", *Bull. Schweiz. Akad. Med. Wissenschaften*, 1980, 36, pp. 411 ss.
5. - BEYLOT J. et al., "Les infections à HBV et à HIV en milieu carcéral", *Le Concours Médical*, 12 mars 1988, pp. 775-783.
6. - BRAHAMS D., "Medicine and the Law: HIV and the Law", *The Lancet*, July 25, 1987, pp. 227-228.
7. - CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation No. R(87) 25 of the Committee of Ministers to Member States Concerning a Common European Public Health Policy to Fight the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Strasbourg, 26 November 1987.
8. - GILLON R., "For Debate...Refusal to Treat AIDS and HIV Positive Patients", *British Medical Journal*, 1987, 294, pp. 1332-1333.
9. - GILLON R., "Medical Ethics: AIDS and Medical Confidentiality", *British Medical Journal*, 1987, 294, pp. 1675-77.
10. - HAMMETT T.M., AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options, National Institute of Justice, Washington, D.C., 1987.
11. - HARDING T.W., "Prison Medicine: AIDS in Prison", *The Lancet*, November 18, 1987, pp. 1260 ss.
12. - HARDING T.W., Le SIDA en milieu carcéral, et plus spécialement chez les toxicomanes, Conseil de l'Europe, Groupe de Coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (groupe Pompidou), Strasbourg, 30 novembre 1987.

13. - HARDING T.W., Health problems facing prison administrations (with special reference to communicable illness including AIDS, Conseil de l'Europe, Eighth Conference of Directors of Prison Administration, Strasbourg, 2-5 June 1987, modified version, November 1987.
14. - INGOLD F.R., INGOLD S., "Les toxicomanes incarcérés: Etude épidémiologique du passage des toxicomanes en prison - Résultats préliminaires", Revue internationale de criminologie et de police technique, 1987, 1, pp. 37 ss.
15. - JEANMONOD R., "Manifestations neuro-psychiatriques du SIDA", Colloque de psychiatrie légale de l'IUML du 18 novembre 1987, document écrit, Genève
16. - LOB J., "SIDA et droit pénal, extraits de la Revue Suisse de Jurisprudence", Hôpital Suisse, 1, 1988, pp. 34.
17. - LUCCHINI R., Drogues et Société, Ed. Universitaires, Fribourg, 1985.
18. - MARTIN J., GLAUSER M.-P., "A propos de la mise à disposition de seringues stériles pour les toxicomanes". Bulletin des Médecins Suisses, 1986, 67, 26, pp. 1207-1208.
19. - MARTIN J., "SIDA, santé publique et éthique: La problématique des barrières", Médecine sociale et préventive, 1987, 32, pp. 315-318.
20. - McNEIL A.L., "AIDS in Prison", Issues in Focus, Senate Research Service, 1987, 135, pp. 1-10.
21. - OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, "SIDA - Devoir du médecin d'informer", Bulletin des Médecins Suisses, 1987, 68, 44, pp. 2010-2011.
22. - PINCHING A.J., "AIDS and the AIDS Virus (HIV): Facts and Implications for Magistrates", The Magistrage, December 1986, pp. 192.
23. - PORTER L., ARIF A.E., CURRAN W.J., The Law and the treatment of drug- and alcohol-dependent persons, World Health Organization, Geneva, 1986.
24. - SIDA 1987, "Le SIDA dans les prisons et autres établissements similaires", Reccommendations de la Conférence des chefs des départements cantonaux de justice et police, de la Commission fédérale d'experts pour le SIDA et de l'Office fédéral de la santé publique (Berne), Médecine et Hygiène, 1er avril 1987, pp. 1054-1057.

- 25 - SIDA 1988, "SIDA: La panoplie extravagante de mesures légales et policières", Médecine et Hygiène, 10 février 1988, pp. 437-440.
26. - STRATENWERTH G., WEHRLE M.S., "Séringues stériles pour drogués? Prise de Position de droit pénal", Bulletin des Médecins Suisses, 1986, 67, 20, pp. 935-937.
27. - WORLD HEALTH ORGANIZATION, Statement from the Consultation on Prevention and Control of AIDS in Prisons, Special Programme on AIDS, Geneva, 16-18 November 1987.

