

RISCU STĂRII DE SĂNĂTATE PRIVIND PERSOANELE AFLATE IN STARE DE PRIVAȚIUNE DE LIBERTATE (ÎN REGIMUL DE ÎNCARCERARE)

Author: Ladislau HECSER*

Author: Vasile COSTEA**

***Abstract:** The considerable increase of actions rated as offences was the support for passing court decisions of punishing the people who committed such actions.*

***Keywords:** Freedom, Detention, Court Decisions, Punishment.*

***JEL Classification:** K14*

Creșterea considerabilă a incidenței faptelor considerate de infracțiuni, a motivat luarea unor hotărâri, decizii judecătorești de pedepsire, care privesc persoanele care au săvârșit aceste acte. Art. 52, alin. 1 Cod penal precizează că “Pedepsa este o măsură de constrângere și un mijloc de reeducare a condamnatului. Scopul pedepsei este prevenirea săvârșirii de noi infracțiuni”. În alin. 2 al acestui articol se stipulează că “Prin executarea pedepsei se urmărește formarea unei atitudini corecte față de muncă, față de ordinea de drept, față de regulile de conviețuire socială. Executarea pedepsei nu trebuie să cauzeze suferințe și nici să înjosească persoana condamnatului”¹.

Incidența executării pedepsei într-o închisoare este o trăsătură comună și tuturor țărilor occidentale: numărul persoanelor încarcerate în închisorile din Comunitatea Europeană este, astăzi, estimat la 350.000 persoane². Franța, de pildă, a fost una din țările europene care a cunoscut cea mai mare inflație a încarcerării, care, însă, a avut o relativă dezinflație în toți acești ani, tendință care pare să se fi oprit în cursul anului 2001. La o evaluare efectuată la 1 iulie 2003, s-a stabilit că cele 185 instituții penitenciare franceze dețineau aproape 60.000 de condamnați. Analiza factorilor care au dus la creșterea acestor condamnări este complexă, din care sunt două elemente cu rol, posibil, determinant, care se referă la (1) evoluția socială și economică a societăților occidentale, care a plasat o

* Dr., Associate Professor, University of Medicine and Pharmacology of Târgu-Mureș, Romania.

** Chief-prosecutor, Prosecution in Court House Târgu-Mureș, Romania.

¹ A se vedea C. Crișu, *Codul penal. Codul de procedură penală. 64 legi speciale*, Editura Argessis Juris, Curtea de Argeș, 2001.

² A se vedea, E. Durand, *La réduction des risques en milieu carcéral*, “La Presse Medicale”, nr. 38/2003, pp. 1783-1789.

parte importantă a populației în situația de precaritate socială și sociologică, iar pe de altă parte (2) înăsprirea pedepselor aplicate de jurisdicții. Problema reducerii riscurilor nu trebuie concepută mai ales în funcție de specialitățile naționale, ci mai degrabă într-o perspectivă cel puțin europeană, dacă nu mondială³.

Conceptul de reducere al riscurilor

În acest sens sunt două domenii care sunt abordate și care se referă la toxicomania și infecțiile virale. Recurgerea frecventă la conceptul de reducere a riscurilor în dezbaterile despre toxicomanie și infecțiile virale, i-a făcut pe mulți dintre cei care au intervenit în temă, să nu se refere la originea și sensul adevărat. Principiul său se bazează pe constatarea eșecului politicii de prevenire tradițională, care se baza pe oprirea circuitului drogurilor ilicite, prevenirea unei prime recurgeri la droguri, abținerea și sevrăjul.

Termenul de reducere a prejudiciilor s-a instituit adesea aceluia de reducere a riscurilor, recunoscând că administratorul de sănătate are ca prim obiectiv atenuarea consecințelor anumitor practici. Concret, obiectivul reducerii riscurilor nu este de a priva un consumator de droguri, ci a recunoaște practicile sale și de a face astfel încât să fie modificate pentru a reduce mortalitatea și morbiditatea și de a permite reinsertia socială. Reducerea riscurilor trece deci prin recunoașterea acestor practici și constituie un element cu totul aparte de o politică de prevenire mai globală, care tinde să reducă oferta și cererea. Reducerea riscurilor poate fi deci definită ca totalitatea măsurilor pragmatice destinate să atenueze efectele medicale și sociale dăunătoare legate de anumite practici. Astfel, aceasta se referă la practicile care, deși indispensabile, nu vor avea un impact imediat asupra stării de sănătate a deținuților cu practici de risc. Reducerea riscurilor s-ar putea califica drept “prevenție de urgență” sau de etapă inițială. Aceasta este frânată în mediul penitenciar de recunoașterea practicilor direct și formal ilicite (consumarea de droguri) sau nepermise de regulamentul interior al instituției (de exemplu, relații sexuale sau tatuaje), recunoașterea care constituie, totuși, însăși baza abordării. O politică eficientă de reducere a riscurilor necesită deci o mare claritate și nu poate fi diluată, într-o prevenție “clasică” care, având un obiectiv mai larg, îi poate slăbi considerabil eficacitatea.

Despre recunoașterea grupelor de populație și a practicilor de risc

Dacă câteva persoane de teren au denunțat foarte devreme existența practicilor de risc în închisorile franceze, analiza aprofundată a situației epidemiologice a fost tardivă, totuși puternic afectată de epidemia SIDA; prima publicație franceză referențială a apărut în 1987, elaborată de Espinoza și colaboratorii⁴ identificarea și confirmarea epidemiei.

Prevalența infecțiilor HIV și a hepatitelor virale este mai crescută în penitenciare

Prevalența infecțiilor HIV și a hepatitelor virale este mai crescută la persoanele deținute în penitenciare decât la populația generală. Principala explicație ar fi că incidența consumatorilor de droguri la cei condamnați în țările occidentale este mai mare, care variază, în funcție de instituții și perioade, între 1,5% și 40% pentru infecțiile HIV⁵.

³ *Idem.*

⁴ A se vedea P. Espinoza, J. Bouchard J, C. Buffet și colab, *Forte prevalence dl'infection par le virus de l'hepatite B et le VIH chez les toxicomanes française incarceres*, în. “Clinical Biologie” nr. 11/1987, pp. 288-292.

⁵ A se vedea M. N. Balas, F. Facy, P. Espinoza, *HIV seropositivity factor and prevalence of risk factors of prison entrants: a multi-center study*, în “International Confirmation of AIDS”, nr. Jun 6-11/1993; T. Chavel, A. Demain A, I. Rousseau, P. Thomas, *Seroprevalence de l'infection a HIV dans la maison d'arret de Loos-Lez-Lille*, în “Annales de Dermatologie et Venerologie”, nr. 118/1991, pp. 223-225; M. Rotily, A. Galinier-Pujol, Y. Obadia, și

În studiul de anchetă din 1997, efectuat în Franța de Direcția cercetării, studiilor, a evaluării și a statisticilor (DRESS) se consemnează prevalența medie de 1.6%, 2.3% și 4.4% respectiv pentru infecțiile HIV și hepatitele virale B (VHB) și hepatitele C (VHC), dar se face precizarea că, estimările privind hepatitele virale sunt, totuși, nesigure⁶.

În instituțiile din nordul și sudul Franței, prevalența VHC la consumatorii de droguri pe cale parenterală (intravenoasă, UDI) a fost estimată la 80-90%⁷. Anchetele realizate în acest sens, începând din 1988, arată o scădere semnificativă a incidenței deținuților infectați cu HIV care figurează în evidența serviciilor medicale. Rămâne însă în discuție valabilitatea acestei concluzii în condițiile actualizării datelor de anchetă⁸.

Consumatori de droguri

Incidența consumatorilor de droguri în mediul de încarcerare este bine cunoscută, mai ales din cauza diferitelor realități statistice în care figurează categoria de „droguri” și „toxicomani”. Și aici situația pare să difere considerabil de la o instituție sau de la o regiune la alta. În 1986, un studiu de anchetă efectuată la nivelul unui ansamblu de instituții franceze a estimat prevalența toxicomanilor la 10.7%⁹.

Statisticile administrației penitenciare au estimat la 21% incidența deținuților interpelați în 1996 pentru infracțiune la legislația de stupefiante, dintre care doar 11% pentru consum ilicit și 66% pentru trafic de droguri¹⁰.

Pe plan național francez, studiul efectuat de DREES realizat în 1997 a raportat că 6.2% dintre deținuți au declarat un consum de droguri pe cale intravenoasă (UDI) pe parcursul ultimelor 12 luni. Această incidență devine dublă, adică în jur de 13% atunci când existența unei astfel de practici este raportată la toată perioada de viață a deținuților, și nu pe termen limitat¹¹. Incidența de UDI este mult mai mare în anumite instituții, putând atinge aproape 1/3 din deținuți¹². Pentru a sublinia legătura dintre consumul de droguri și încercarea de consum, trebuie să se rețină incidența crescută a UDI pe toată perioada vieții a deținuților, și nu pe termen limitat, care a fost de 40-45%¹³.

colab, *HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons*, “AIDS”, nr. 8/1994, pp. 1341-1344.

⁶ A se vedea M. Moquet, M. Dumont, M. Bonevie, *La santé en prison: un cumul de facteurs de risque*, în “DRESS- Etudes et Resultats”, nr. 4/1999, pp. 1-10.

⁷ A se vedea V. Hedouin, D. Gosset, *Hépatite chronique C en milieu carcéral: une étude prospective dans la maison d'arrêt de Loos-Lez-Lille*, în “Gastroenterologie Clinique et Biologie”, nr. 22/1998, pp. 55-58; M. Rotily, C. Vernay-Vaisse, M. Bourliere, și colab, *HCV and HIV prevalence in the prison of Marseille, France*, în. “Clinical Microbiology and Infections”, nr. 5/1999, pp. 733-739.

⁸ A se vedea E. Durand, *op.cit.*, p. 2.

⁹ A se vedea A. Kensey, L. Cirba, *Les toxicomanes incarcérés*. Ministère de la Justice – Direction de l'Administration Pénitentiaire – Service des études et de l'organisation, Paris, 1989, p. 178; Statisticile administrației penitenciare au estimat la 21% incidența deținuților interpelați în 1996 pentru infracțiune la legislația de stupefiante, dintre care doar 11% pentru consum ilicit și 66% pentru trafic de droguri

¹⁰ A se vedea M. Guilloneau, A. Kensey, *La sante en milieu carcéral. Elements d'analyse démographique*, în “Revue Française des Affections Sociologiques” nr. 51/1997, pp. 41-59.

¹¹ A se vedea M. Moquet, *op. cit.*

¹² A se vedea M. Rotily, C. Weilandt, *Risk behaviour and HIV infection in European Prisons. In: AIDS in Europe: New challenges for the Social Sciences*, J. P. Moatti, A. Prieur, T. Sandfordt, P. Aggleton.(eds). Ed. Routledge-Taylor & Francis Group, London, 2001, pp. 149-164.

¹³ A se vedea F. Facy, *Toxicomanes incarcérés vus par les antennes en 1994*, în: Indicateur et Tendances 1996. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris, 1996.

În Germania, aproape 2/3 dintre consumatorii de droguri au fost încarcerati cel puțin o dată în cursul ultimelor 12 luni¹⁴.

Apariția practicilor de risc

Consumul de droguri

Din cauza situației epidemiologice, apariția unor practici de risc în perioada detenției face să existe rezerve privind episoadele de contaminare virală¹⁵. Din nefericire, cunoștințele cu privire la frecvența practicilor de risc din perioada detenției în închisorile franceze sunt extrem de fragmentate. În afara unor analize de ordin sociologic și antropologic¹⁶ singurele studii epidemiologice realizate până în prezent se referă la un număr foarte redus de instituții. O anchetă pilot realizată în centrul penitenciar din Marseille a pus în evidență, că 14% dintre deținuții UDI care au decurs la calea venoasă pentru a-și injecta droguri timp de 3 luni, luni care au precedat încarcerarea acestora, au declarat că și-au injectat droguri și în primele luni ale încarcerării actuale¹⁷.

Într-o altă anchetă realizată în patru instituții penitenciare franceze, se consemnează că aproape o treime dintre deținuții UDI au declarat că a-și fi injectat droguri pe cale venoasă în timpul perioadei de detenție, 5% au început să-și injecteze droguri în timpul unui epizod de detenție, 21% și-au distribuit materialul lor de injectare în cursul ultimei injecții făcute în detenție. De altfel, toate anchetele realizate în închisorile europene au arătat existența injectărilor de droguri printre consumatori (13-85%) și de partaj al materialului de injectare în detenție (50-100%)¹⁸.

Contaminări

Alte studii au pus în evidență că prevalența infecției cu HIV a fost corelată cu numărul de încarcerări și/sau cu timpul petrecut în detenție¹⁹.

¹⁴ A se vedea J. Jacob, H. Stover, *Drug use, drug control and drug services in German prisons: contradictions, insufficiencies and innovative approaches*, în *Drug use and prisons*. D. Shewan, J. Davies (eds.) Ed. Harwood Academic Publishers, Amsteldjik, 2000, pp. 57-88.

¹⁵ A se vedea M. Rotily, C. Weilandt, *Risk behaviour and HIV infection in European Prisons*. In: *AIDS in Europe: New challenges for the Social Sciences*, J. P. Moatti, A. Prieur, T. Sandfordt, P. Aggleton (eds.) Ed. Routledge-Taylor & Francis Group, London, 2001, pp. 149-164; J. Emmanuelli, *Usage des drogues, sexualite, transmission du virus VIH, hepatites B et C et reduction des risques en prison a travers le monde*. Institute de la Veille Sanitaire, Paris, 1999, p. 28.

¹⁶ A se vedea P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touze, *L'amplification des risques chez les usagers de drogues precarises: prison, polyconsommation, substitution – Les annes Cachets – Synthese*, Ed. RESSCOM, Paris, 1999, p. 527; D. Welzer-Lang, L. Matthieu, M. Faure, *Sexualités et violences en prison*, Ed. Aleas, Paris, 1996.

¹⁷ A se vedea M. Rotily, C. Delorme, A. Galinier, și colab, *Pratiques à risque de transmission du VIH en milieu carcéral et facteurs associés a la réincarcération des usagers de drogues par voie intraveineuse*, în "Presse Medicale", nr. 29/2000, pp. 1549-1556.

¹⁸ A se vedea M. A. Bellis, A. R. Weild, N. J. Beeching, și colab, *Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison*, în "British Medical Journal", nr. 315/1997, pp. 30-31; A. G. Bird, S. M. Gore, S. Cameron, și colab, *Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barlinnie*. "AIDS", nr. 9/1995, pp. 801-808; A. G. Bird, S. M. Gore, S. J. Hutchinson, și colab, *Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey*. *The European Commission Network on HIV infection and Hepatitis in Prison*, în "British Medical Journal", nr. 315/1997, pp. 21-24; A. G. Bird, S. M. Gore, D. W. Jolliffe, S. M. Burns, *Anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh*, în "AIDS", nr. 6/1992, pp. 725-733; M. Malliori, V. Sypsa, M. Psychogiou, și colab, *A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons*, în "Addiction", nr. 93/1998, pp. 243-251.

¹⁹ A se vedea M. Rotily, A. Galinier-Pujol, Y. Obadia, și colab, *HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons*, "AIDS", nr. 8/1994, pp. 1341-1344; G. E. Bath, A. G.

O dovadă a realității contaminărilor survenite în detenție a fost adusă de epidemia declanșată în închisoarea din Gleanochil din Scoția și identificată de o echipă de cercetători nu numai pe argumente epidemiologice, dar și pe baza analizelor genomice ale virusului²⁰.

La aceste riscuri survenite în timpul detenției, ar trebui menționate și procentajele crescute de mortalitate prin supradozări în cursul săptămânilor după eliberare²¹ și să se semnaleze că nu sunt disponibile date despre administrarea drogurilor pe cale nazală (cocaina) practică în timpul unui schimb de pai – care permite administrarea drogului -, poate fi la originea transmiterii VHC²².

Tatuaje și piercing-uri

Alte practici de contaminare virală în detenție, mai puțin studiate decât altele, sunt cele ale tatuajelor și ale piercing-ului (piercing-ul constituie străpungeri cutanate cu montarea de diverse piese în diferite regiuni ale corpului, inclusiv penisul). Există însă date franceze, care pun în evidență că practica tatuajului în detenție ar putea privi 10-20% dintre deținuți, mai ales UDI (15-40%). Dar trebuie reținut, că acesta este un factor recunoscut de risc al transmiterii HVC²³.

Practici sexuale

Datele cu privire la practicile sexuale în detenție, atât homosexuale cât și heterosexuale, sunt foarte rare, în majoritatea țărilor. Discuțiile cu deținuții, conduse de către supraveghetori și medici, sunt concordante cu faptul că, raporturi heterosexuale pot să aibă loc în cursul unor episoade de încarcerare, mai ales cu ocazia întâlnirilor în vorbitor²⁴.

Au fost raportate relații homosexuale cu penetrare peniană anală în detenție de către autori scoțieni și englezi²⁵.

Davies, N. J. Dominy, și colab, *Imprisonment and HIV Prevalence*, în "The Lancet" nr. 342/1993, p. 1368; A. Granados, M. I. Miranda, I. Martin, *HIV seropositivity in Spanish prisons*, în "International Confirmation of AIDS", nr. Jun 20-23/1990, Florence; D. Kleiber, A. Pant, *HIV-Needle Sharing-Sex*, Ed. Nomos: Baden-Baden, 1996; T. F. Brewer, D. Vlahov, E. Taylor, și colab, *Transmission of HIV-1 within a statewide prison system*, în "AIDS", nr. 2/1988, pp. 263-267; N. Crofts, T. Stewart, P. Heam, și colab, *Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants*, în "British Medical Journal", nr. 310/1995, pp. 285-288.

²⁰ A se vedea A. Taylor, D. Goldberg, J. Emslie, și colab, *Outbreak of HIV Infection in a Scottish prison*, în "British Medical Journal", nr. 310/1995, pp. 289-292; D. I. Yirell, P. Robertson, D. J. Goldberg, și colab, *Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison*, în "British Medical Journal", nr. 314/1997, pp. 1446-1450.

²¹ A se vedea S. R. Seaman, R. P. Brett, S. M. Gore, *Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study*, în "British Medical Journal", nr. 316/1998, pp. 426-428; P. Verge, M. Rotily, J. Prudhomme, S. Bird, *High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison*, în "Journal of Forensic Science", nr. 48/2003.

²² A se vedea C. Conry-Cantilena, M. van Raden, J. Gibble, și colab, *Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection*, în "New England Journal of Medicine", nr. 334/1996, pp. 1691-1696.

²³ A se vedea D.S. Holsen, S. Harthung, H. Myrmet, *Prevalence of antibodies to hepatitis C virus and association with intravenous drug abuse and tattooing in national prison in Norway*, în „European Journal of Clinical Microbiology and Infection Diseases” nr. 12/1993, pp. 673-676; S.C. Thompson, F. Hernberger, E.Wale, N. Crofts, *Hepatitis C transmission through tattoo: a case report*, în „Australian and New Zealand Public Health”, nr. 20/1996, pp. 317-318.

²⁴ A se vedea D. Welzer-Lang, L. Mathieu, M. Faure, *op.cit.* p. 45.

²⁵ A se vedea A. L. M. Carvell, G. I. Hart, *Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison*, în "British Medical Journal", nr. 300/1990, pp. 1383-1384; S. M. Gore, A. G. Bird, S. Burns, și colab, *Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Perth (for men) and Canton Vale (for women) prisons in Scotland*, în "International Journal of AIDS", nr. 8/1997, pp. 166-175; S. M. Gore, A. G. Bird, S. J. Hutchinson, *Injection-inmates and anal sex with another man in prison*, în "International Journal of AIDS", nr. 9/1998, p. 781; K. G. Power, I.

Date echivalente au fost obținute și în patru instituții penitenciare franceze. Frecvența raporturilor sexuale pe cale anală în timpul încarcerării pare redusă la o incidență de 1-1.5%, dar nu se poate afirma lipsa acestora²⁶.

Frecvența raporturilor heterosexuale – cu penetrare peniană vaginală sau anală – în cursul perioadei de detenție, a fost estimată la 8% printre deținuții prezenți, într-o zi anume, în instituțiile franceze²⁷.

Modalitățile de reducere a riscurilor

În libertate

În condiții de libertate, politica de reducere a riscurilor a fost întreprinsă cu întârziere și într-un mod inechitabil. Seringile nu au fost pe deplin accesibile decât începând din 1987 și difuzarea *buprenorfinei* care a contribuit, după toate aparențele, la reducerea numărului de supradozaj, nu a început decât în 1996, deci la 15 ani după debutul epidemiei de SIDA.

Deși există încă, anumite insuficiențe și unele provocări, această strategie și-a dovedit eficacitatea pentru a stabili, chiar a reduce, epidemia de SIDA. Impactul ei asupra epidemiei hepatitei virale C începe să fie perceptibil²⁸.

În total, toate elementele reunite pe plan internațional confirmă deci, că în detenție apar practici de risc, justificând pe deplin strategia de reducere a riscurilor în mediul penitenciar.

Reducerea riscurilor legate de utilizarea drogurilor

Sunt prezente mai multe strategii complementare; ele merg de la accesul la materialul de injectare și la hipocloritul de sodiu, la tratamentele de distribuire a heroinei și la vaccinarea contra hepatitei virale B.

Informația

Difuzarea unei informații rămâne strategia cea mai frecvent aplicată în țările europene²⁹.

Numai 40% din instituțiile europene interogate în cadrul unei anchete realizate în 1998 de către Consiliul Europei, declarau de a fi pus la dispoziția deținuților material destinat să reducă riscurile și programe de tratament ale toxicomanilor, cel mai adesea fondate pe abținerea totală³⁰.

Tratamente de substituție

În această privință există unele referințe concrete în țările europene. Tratamentele de substituție în detenție sunt reglementar disponibile în Franța, Danemarca, Germania, Spania, Irlanda, Italia, Grecia, Austria și Portugalia. Conform anchetei Consiliului Europei, 25% dintre instituții au prescris tratamente de substituție. Adesea, deținuților li

Markova, A. Rowlands, și colab, *Sexual behaviour in Scottish prison*, în "British Medical Journal", nr. 302/1991, pp. 1507-1508.

²⁶ A se vedea M. Rotily, C. Weilandt, S. Gore și colab, *Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons: a multicentre pilot study*, în "European Journal of Public Health", nr. 11/2001, pp. 243-250.

²⁷ A se vedea M. Rotily, S. Gore, C. Weilandt, *Heterosexual intercourse in a French prison*, în "Sexual Transmission Diseases" nr. 25/1998, p. 217.

²⁸ A se vedea J. Emmanuelli, *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques – rapport SIAMOIS*, Institute de la Veille Sanitaire, Paris, 2000, p. 51.

²⁹ A se vedea M. Rotily, C. Weilandt, *op.cit.* p. 150.

³⁰ A se vedea P. Turnbull, T. McSweeney, *Drug treatments in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries. Drug misusing offenders in prison and after release*, European Council, Strasbourg, 2000.

se propunea să participe la un program de *metadonă* cu unica condiție ca în stare de libertate, să fi fost deja într-un astfel de program. În celelalte țări *metadona* nu este prescrisă în detenție, dar atunci sunt propuse programe de sevraj rapid, adică de abținere de droguri, urmând modalități foarte diferite.

În Franța s-a autorizat prescripția – alternativă de buprenorfină și de metadonă, începând cu 1996, apoi prescripția inițială - politica tratamentelor de substituție în detenție, de cele mai multe ori, nu a fost evaluată și nu este sigur, că astăzi, toți consumatorii de droguri încarcerați au un acces la un tratament de substituție identic cu cel oferit populației care trăiește în libertate³¹.

Într-un studiu efectuat în închisoarea Fleury-Mérogis din Franța, care are în deținere, în diferite perioade, 3.000-5.000 de condamnați, analiza prescrierilor de *buprenorfină în doze mari* (BDM) a arătat creșterea progresivă a cheltuielilor începând cu 1996 (în iunie 1996 în penitenciar au fost tratați 8 persoane). Din 1999, beneficiază în fiecare an în jur de 250 persoane condamnate de prescrierea BDM în această închisoare³². Un studiu național francez realizat în 1997 arată că 7% dintre cei care au fost încarcerați au declarat, că primesc un tratament de substituție (0.6% de metadonă și 6.3% de BDM)³³.

Datele analizate de Direcția generală de Sănătate și de Direcția spitalelor din Franța consemnează că deținuții care beneficiau de un tratament de substituție reprezentau în jur de 5.4% din categoria condamnaților încarcerați, dintre care 4.6% beneficiau de BDM³⁴.

Recurgeri variabile

Declarația medicilor și a deținuților utilizatori de droguri par să indice că recurgerea la BDM în mediul de penitenciar este extrem de variabilă, în funcție de instituții, servicii și medici³⁵.

Aceste date sunt confirmate de alte date de anchetă națională franceză care arată că, în 2001 incidența deținuților care sunt consumatori de droguri, „substituiți”, a fost de 0-17.5% în funcție de instituție³⁶.

Dintre instituții doar zece, reprezentând 20% din categoria persoanelor deținute, au prescris 40% din tratamentul de substituție, dintre care doar o singură instituție de detenție a prescris în jur 10%; în 1999, deci cu doi ani în urmă, aceasta reprezenta 20%. Astfel, s-ar părea că practicile de substituție în Franța, tind să se extindă în instituțiile de importanță medie.

Insuficiență

Cunoștințele, atitudinile și practicile profesionale în materie de prescripția tratamentelor de substituție, sunt puțin cunoscute. Experiența de teren lasă de presupus că, probabil, acestea sunt, în mare parte, insuficiente. Astfel, pare că unii medici ar fi favorabili continuării, dar nefavorabili unei prim-prescripție, mai ales în cazul condamnărilor la pedepse de durată medie sau lungă. Unele servicii medicale nu ar continua tratamentul cu BDM decât la deținuți care dispuneau de rețeta lor în momentul

³¹ A se vedea E. Durand, *op.cit.* p. 6.

³² A se vedea E. Durand, *Evolution de la prescription par buprénorphine haut dosage de la Maison d'Arrêt de Leury-Mérogis depuis 1996*, “Annales de Médecine Interne”, nr. 152(suppl.7)/2001, pp. 2509-2514.

³³ A se vedea M. Moquet, M. Dumont, M. Bonevie, *op.cit.* p. 8.

³⁴ A se vedea H. Morfini, Y. Feuillerat, *Enquête sur les traitements des substitution en milieu pénitentiaire*. DGS/DHOS, Paris, 2002, p. 6.

³⁵ A se vedea P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touze, *op.cit.* p. 530.

³⁶ A se vedea H. Morfini, Y. Feuillerat, *op.cit.*, p. 20.

încarcerării. A fost avansat riscul de trafic, dar nu s-a realizat niciodată cuantificarea lui. Unele echipe evocă dificultatea distribuției tratamentelor de substituție în condiții bune. În fine, nu este disponibilă nici o dată cuantificabilă despre proporția persoanelor „substituite” în detenție și „înlocuite” după eliberarea lor.

Hipocloritul de sodiu

O altă strategie de reducere a riscurilor implementată în închisorile scoțiene din 1993 și în închisorile franceze din 1997, este punerea la dispoziție a hipocloritului de sodiu. În instituțiile scoțiene distribuția acestuia este însoțită de broșuri și de casete video care prezintă condițiile utilizării lui în condiții adecvate, mai ales pentru sterilizarea materialului injectabil.

În Franța însă, unde o relativă ambiguitate în comunicarea acestei strategii de către organele decizie nu a permis prezentarea clară a rolului său în reducerea riscurilor de transmisie virală și bacteriană prin injectarea de droguri sau prin tatuaje, nu este încă cazul³⁷.

Deși eficacitatea hipocloritului vis-à-vis de virusul hepatitei C a făcut obiectul unei evaluări riguroase, eficacitatea substanței este îndoielnică în condițiile precare de folosire întâlnite într-un mediu în care recurgerea la droguri este intens reprimată. Dat fiind, că astăzi una dintre prioritățile reducerii riscurilor în mediul de penitenciar este, foarte probabil, infecția cu virusul hepatitelor, această strategie riscă să nu aibă un impact considerabil.

Altele

Alte țări au încercat o serie de experiențe care, dacă nu au făcut dovada unei eficacități totale, s-au dovedit fezabile și pozitive peste tot. A fost experimentat un program unic de prescriere a heroinei. Acesta făcea parte dintr-un experiment național multi-centric randomizat, care a debutat în Elveția la începutul anilor '90 și avea drept scop de a evalua eficacitatea prescripției heroinei, a morfinei și a metadonei la UDI³⁸.

Evaluarea programului – pe un lot doar de 8 deținuți – nu a permis concluzionări privind eficacitatea, dar a arătat că acest tip de intervenție era fezabil și permitea asigurarea unui sprijin medico-social puternic acestor persoane aflate în detenție.

Unități „fără droguri”

O altă experiență realizată în mai multe țări, mai ales în Belgia, Olanda, Luxemburg³⁹, Austria, Scoția, Grecia, Suedia, Finlanda și Portugalia, este aceea a unităților de detenție „fără droguri”. Aceste unități propun să ajute sevrăjul (adică abținerea totală de droguri) și să realizeze inserția deținuților toxicomani la activități artistice, educative sau sportive, care constituie o preocupare activă, susținută. Abținerea totală față de droguri este o condiție necesară de acces la aceste programe; pot fi efectuate teste de urină pentru controlul privind respectarea acestei reguli. Ansamblul profesioniștilor implicați în aceste programe – inclusiv personalul de supraveghere din penitenciare – este special motivat și format pentru intervenția în toxicomanie. Evaluările

³⁷ A se vedea E. Durand, *op.cit.*, p. 2511.

³⁸ A se vedea J. Nelles, S. Bernasconi, A. Dobbler-Mikola, B. Kaufmann, *Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngren*, în “International Journal of Drugs and Policy”, nr. 8/1997, pp. 40-52.

³⁹ A se vedea A. N. G. van der Borek, *Drug free units in the Netherlands: what did we learn in twenty years. Drug misusing offenders in prison and after release*, European Council, Strasbourg, 2000.

acestor proiecte – când ele există – au arătat rezultate relativ convingătoare pe termen scurt și mediu⁴⁰.

Schimbări de seringi

Programe pilot

În închisorile europene s-au realizat câteva programe pilot de schimbare de seringi. Dacă s-au elaborat unele reflecții asupra acestei probleme, de pildă, nici un proiect nu este programat în prezent în Franța. Argumentând că numeroși deținuți sunt închiși pentru utilizarea de droguri și că acest uzaj este, de asemenea, interzis în detenție, administrațiile penitenciare tind, în general, să considere că astfel de programe nu corespund mediului de detenție. Pentru a fi adoptate, ele trebuie să fie mai întâi elaborate cu concursul echipelor administrative și medicale ale instituțiilor, apoi să facă obiectul unor evaluări precise. De curând, în Elveția a fost pus la punct primul proiect pilot, care și-a dovedit fezabilitatea și eficacitatea în închisorile de mărime mai mică⁴¹.

Rezultate

Experiența elvețiană pune în evidență că punerea la punct al unui program de schimbare a seringilor nu contribuie la creșterea consumului de droguri în închisori, la deturnarea utilizării seringilor (ca armă albă), la degradarea automatelor, la modificări evidente ale comportamentelor sexuale. Nu s-a relatat nici un acces în urma unei injectări în acest proiect pilot. Numărul de supradozări și de decese legate de utilizarea drogurilor nu a crescut. Influența acestor rezultate, mai ales favorabile dezvoltării acestui tip de program, trebuie să fie, totuși, nuanțată prin faptul că este vorba de închisoare de mărime redusă.

În Europa

Alte experiențe de schimbări de seringi au avut loc în instituții de talie mai mare (170-230 locuri de detenție) în Germania – Vechta, Lingen – și în Spania (Basauri). Aceste experiențe subliniază necesitatea analizei elementelor de motivație din partea personalului penitenciarelor. Punerea în aplicare a unui dispozitiv de schimbări de seringi în închisoare a fost percepută ca un mod de control posibil al seringilor în circulație. În timpul proiectelor nu s-a semnalat nici un incident. A accepta folosirea de droguri în închisori prin intermediul dispozitivului de schimbări a seringilor li s-a părut supraveghetorilor ca și o condiție care le permitea de a vorbi despre aceasta mai liber cu prizonierii și de putea rezolva anumite situații conflictuale⁴².

Reducerea riscurilor sexuale

În majoritatea închisorilor europene, informații par a fi propuse deținuților sub formă scrisă sau orală. Un program european de evaluare a reducerii riscurilor sexuale în detenție a arătat o mare variabilitate a strategiilor, atât la nivelul politicii cât și la nivelul practicilor și distanțe considerabile între politicile oficiale comunicate și practici. Politica de prevenire la nivelul unei instituții pare, cel mai adesea, să rezulte dintr-un compromis între ceea ce este autorizat prin reglementare și de opinia de punere în aplicare de către șeful instituției și echipa acestuia⁴³.

⁴⁰ A se vedea, E. Durand, *op.cit.*, p. 2514.

⁴¹ A se vedea J.Nalles, T.Harding, *Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism*, în "The Lancet", nr. 346/1995, pp. 1507-1508.

⁴² A se vedea, E. Durand, *op.cit.*, p. 7.

⁴³ A se vedea E. Durand, *op.cit.*, p. 2514.

Diferențe europene

În unele țări, ca de exemplu Olanda, Belgia, Luxemburg, deținuții au acces legal, liber, la prezervative, dar în unele instituții acesta a devenit extrem de dificil, chiar imposibil. În alte instituții, deținuții pot avea acces gratuit la prezervative în cadrul infirmeriei sau la farmacie, sau pot să cumpere în magazin, care există în cadrul instituției de detenție. Într-o instituție germană, în ciuda recomandărilor date de Ministerul Justiției de a pune la dispoziția deținuților prezervative, instanțele locale au dispus ca aceste cheltuieli să nu se includă în buget, și distribuirea a fost prevăzută în sarcina unei asociații de prevenire a SIDA sau să fie achitate de către deținuți. În Scoția, Italia și în Irlanda, relațiile sexuale în detenție sunt în mod deschis interzise și accesul la prezervative sau lubrifiante este inexistent.

În majoritatea țărilor membre ale Comunității Europene, în cadrul penitenciarelor, relațiile sexuale cu soți (soții) nu sunt permise, nici organizate. În câteva țări, ca Germania, Grecia și Portugalia, există doar câteva proiecte pilot în acest sens. În Suedia, Spania, Danemarca există spații de intimitate în cadrul instituțiilor de detenție, în care există posibilitatea realizării unor relații sexuale în condiții umane și igienice adecvate. Nici în cadrul acestor instituții nu există nici o evaluare disponibilă, dar echipele administrative care intervin în instituțiile echipate în acest sens, par să le accepte foarte bine.

În Franța, în 1988 Ministerul de Justiție a solicitat printr-o serie de adrese administrative din partea conducătorilor de instituții de detenție să elaboreze o politică de prevenție a riscurilor sexuale la deținuți. Această politică se articula în jurul depistării și punerea la dispoziția deținuților a prezervativelor în cadrul serviciilor medicale prin intermediul medicilor. Aceste măsuri nu aveau caracter imperativ, astfel doar în 1991 un raport al Administrației Penitenciarelor constată că mai mult de un sfert dintre instituțiile penitenciare păreau să nu recunoască sau să refuze această măsură de prevenție în condițiile de detenție. Cu ocazia reorganizării dispozitivului de îngrijiri în mediile de detenție în 1994, prevenția HIV a fost oficial integrată unei politici sanitare globale în privința deținuților. Prezervativul trebuie să fie legal accesibil pe durata detenției și pe perioada ieșirii deținuților cu permisiune sau eliberați. Dacă majoritatea instituțiilor declară că propun această disponibilitate, se pare că numai o minoritate de deținuți știu că la infirmerie sunt disponibile prezervative fără a fi nevoie să le ceară⁴⁴.

Reducerea riscurilor sexuale

O politică pragmatică de reducere a riscurilor sexuale ar trece prin recunoașterea raporturilor sexuale în timpul detenției (celule, dușuri, vorbitor) și deci de largă punere la dispoziție a prezervativelor și a informațiilor cu privire la folosirea lor. Problema locurilor unde să se permită raporturi sexuale cu soții (soțiile) merită, de asemenea, să fie aprofundată pentru a ajunge la poziții acceptabile de către echipele instituțiilor de detenție. Dacă s-au putut găsi soluții în numeroase țări, este greu de înțeles și de acceptat că Franța nu le găsește, sau că tot aici, experiențele pilot nu sunt urmate de o generalizare a acestor practici la un maximum de instituții.

Strategii de reducere a riscurilor specifice

Tatuaje, piercing

⁴⁴ A se vedea, ORS-PACA, *op. cit.*, p. 202.

Anumite practici ca tatuajul și piercing-ul merită, de asemenea, să fie luate în seamă, mai ales în raport cu riscul de transmitere a virusurilor hepatitelor. Ele contravin regulamentului interior la persoanele prevenite, pentru că modificarea înfățișării este împotriva exigențelor regulamentare ale detenției provizorii. Existența unor ateliere care oferă condiții satisfăcătoare de igienă pentru aceste practici merită a fi discutată și ar putea face obiectul unor experiențe pilot în instituțiile care acceptă aceste experiențe. De asemenea, profesioniștii în tatuaje ar putea să intervină pentru definirea unor modalități care să permită o mai mare securitate sanitară.

Vaccinarea

Vaccinarea împotriva hepatitei virale B ar trebui larg promovată din cauza riscurilor mari de transmitere. S-au realizat puține studii despre numărul pacienților corect vaccinați. Totuși, cele realizate arată că acoperirea vaccinală nu este optimă, mai ales la UDI, care ar fi mai numeroși în refuzarea acestei vaccinări⁴⁵ în comparație cu alții. De asemenea, s-a pus în evidență că programe de vaccinare erau bine acceptate de deținuți și fezabile imediat după intrarea în mediul de detenție. De altfel, pare să existe o mare confuzie în privința cunoștințelor asupra infecției cu HIV și a hepatitelor virale, unii deținuți crezând, greșit a fi vaccinați, alții considerând că vaccinarea contra hepatitei B îi protejează împotriva HIV⁴⁶.

Cu toate acestea, în ce privește obiectul articolului prezent, și anume riscul stării de sănătate a persoanelor aflate în regim de deținere, raportat și la măsurile luate și programele care se derulează în unele din țările ue, sarcina noastră este relativ ușoară. Trebuie precizat că, conform art. 17 din legea 23/1969 – care reglementează în prezent executarea pedepselor (republicată în buletinul oficial, partea i, nr. 62 din 02.05.1973), condamnații ...”au dreptul la asistență medicală, medicamente ...” mai mult, conform o.u.g. nr. 150/31.10.2002 privind asigurările de sănătate (care a abrogat legea nr. 145/24.07.1997), s-a prevăzut la art. 6 al.1 și 2 lit. C că printre categoriile de persoane care beneficiază, fără plata contribuției sunt și cei ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv.

Ca atare, asistența medicală este garantată și faptic și din punct de vedere al actelor normative. În acest sens trebuie invocată și Ordonanța de urgență nr. 56 din 25.06.2003 care privește unele drepturi ale persoanelor aflate în executarea pedepselor privative de libertate. Acest act normativ a reglementat pentru prima dată în legislația postbelică o cale clară de a formula plângere la judecătoria în raza căreia se află penitenciarul unde deținutul execută pedepse privative de libertate (art. 3 din Ordonanța invocată) dacă consideră că drepturile prevăzute (dreptul la informație, dreptul de petiționare și dreptul la corespondență, dreptul la convorbiri telefonice, dreptul de a primit vizite, dreptul de a primi bunuri, *dreptul la asistență medicală*) au fost încălcate de către administrația penitenciarului prin măsurile luate.

⁴⁵ A se vedea M. Rotily, C. Vernay-Vaisse, M. Bourliere, și colab, *HBV and HIV screening and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France*, în “International Journal of STD AIDS”, nr. 8/1997, pp. 753-759.

⁴⁶ A se vedea C. Delorme, M. Rotily, N. Escaffre, și colab, *Connaissances et attitudes de prisonniers face au VIH: une enquete au centre pénitenciaire de Marseille*, în “Revue de Epidemiologie et de Santé Publique”, nr. 47/1989, pp. 229-238.

Apreciem că această ordonanță de urgență nr. 56 din 25.06.2003 a anticipat apariția Legii nr. 294/01.07.2004, privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal și care va intra în vigoare la data intrării în vigoare a noului Cod penal, adică peste un an. La acea dată se va abroga și Legea nr. 23/1969 privind executarea pedepselor. Spunem aceasta, întrucât la capitolul IV – Drepturile și obligațiile persoanelor aflate în executarea pedepselor privative de libertate, care sunt prevăzute de ordonanța nr. 56 din 2003 sunt reproduse fidel (cel puțin în ce privește dreptul la o asistență medicală și examenul medical).

Și Ordinul nr. 3352/C din 13.11.2003 emis de Ministerul Justiției privind obligațiile și interdicțiile persoanelor aflate în executarea pedepselor privative de libertate, precum și măsurile disciplinare aplicate în cazul săvârșirii de abateri disciplinare, se înscrie în aceleași coordonate, instituind la cap. 1 lit. a, art. 1 alin. 1 pct. f, obligația ca persoanele care execută pedepse privative de libertate să respecte regulile de igienă individuală și colectivă, precum și prescripțiile medicului, pe care trebuie să-l informeze despre toate bolile transmisibile de care a suferit.

Astfel, putem concluziona și în baza analizei legislației invocate că dreptul la asistență medicală a persoanelor aflate în executarea pedepselor privative de libertate este garantat asistența medicală în penitenciare se asigură gratuit, constând în tratament medical și medicamente.

Însă apreciem că asistența medicală trebuie să aibă un mai mare caracter preventiv cu consecința evitării riscului de îmbolnăvire. Dacă, în ce privește tratarea bolnavilor contaminați cu hiv și hepatitelor virale, constatăm că s-au făcut pași și există posibilitatea tratării acestora chiar în rețeaua sanitară a penitenciarelor (chiar cu costuri foarte mari), în ce privește riscul de a se îmbolnăvi, de asemenea cu virusuri, în perioada de detenție, există. Cei contaminați cu virusul hiv aflați în aceeași încăpere cu deținuți sănătoși, prezintă un risc în situația unor scăpări de sub control, respectiv amenințări, șantaje cu ace, seringi, chiar și la adresa personalului. Pe de altă parte, discriminările cu izolarea acestor persoane este în contradicție cu drepturile și libertățile garantate.

riscul există și ca urmare a unor relații sexuale, chiar prin constrângere.

În ce privește riscul contaminării cu hepatită, acesta apreciem că este mare în condițiile în care nici legislația și nici regulamentele interioare nu permit efectuarea de tatuaje sau piercing-uri sub supraveghere, cu ustensile sterilizate. Improvizatiile din ace, folosind și motorașe de mini-casetofoane și alte instrumente artizanale, fără posibilitatea dezinfectării, prezintă un risc crescut de transmitere atât a hepatitelor, cât și a altor boli (inclusiv a hiv).

fiind interzisă deținerea sau comercializarea de substanțe care ar putea fi consumate, deși ar trebui să fie folosite în postura de dezinfectant de către persoanele aflate în detenție (în acest sens a se vedea și ordinul 3352/c din 13.11.2003 cap. I b, art. 2 lit. D, emis de ministerul justiției), riscul îmbolnăvirilor va persista, fiind o certitudine.

În ce privește raporturile sexuale în penitenciare, care constituie o realitate în toate penitenciarele din lume, lipsa unor măsuri de protecție și interzicerea și deținerea de prezervative, cresc riscurile de contaminare.

la fel și în ce privește consumul de droguri, care în regimul penitenciarelor din România este complet interzis, iar în perioada de detenție, atât deținerea, comercializarea sau consumul (a se vedea ordinul nr. 3352/c/13.11.2003 emis de ministerul justiției, art. 2 lit. D) sunt sancționate și cu măsuri disciplinare.

Însă realitatea arată că au existat cazuri de deținere, comercializare sau consum chiar în penitenciare, fiind mediatizate unele din ele, fără a trage concluzia că există un fenomen. Însă existența unor asemenea cazuri pune în vedere și aduce în atenție și riscul de îmbolnăviri, mai ales în situația în care acestea s-ar administra pe cale intravenoasă.

Având în vedere și programele, studiile efectuate și reliefate în penitenciarele din unele țări ale Europei și situația din penitenciarele din România, apreciem că se impune a fi regândită atât legislația, intervenirea de *lege ferenda* a unor modificări la cea existentă și noi proiecte de lege la problematica riscurilor stării de sănătate la persoanele aflate în regim de deținere.

Astfel, în ce privește consumul de droguri, opinăm pentru interzicerea deținerii, comercializării și consumului, cu încurajarea continuării programelor și creării de centre de dezintoxicare nu numai în afara penitenciarelor, cât și în rețeaua medicală a penitenciarelor (centre inexistente din datele pe care le deținem) și administrarea de metadonă sau alți substituenți sub control strict medical și în scopul evitării riscurilor de contaminare și stabilirii stării de sănătate a celor care au devenit dependenți și ajung în penitenciare.

Sușținem, de asemenea, tot în vederea evitării riscurilor de sănătate, crearea în cadrul cabinetelor medicale din penitenciare, a unor încăperi unde, sub control și cu scopul dezinfectării ustensilelor, să se efectueze de către persoane specializate (verificate riguros), atât a practicii tatuajelor, cât și a piercing-urilor, care oricum se practică, însă necontrolat la momentul de față.

Și în ce privește evitarea contaminării prin raporturi sexuale homosexuale în penitenciare, propunem a se avea în vedere exemplul unor țări din Europa, respectiv Olanda, Belgia și Luxemburg și a se liberaliza accesul legal, liber al deținuților la prezervative ori din unele tonomete (existente și în alte țări), ori în cadrul cabinetelor medicale contra cost sau gratuit.

Și legea nr. 294/01.07.2004 privind executarea pedepselor, care va intra în vigoare odată cu nou cod penal (peste un an), aduce un element de noutate și anume la art. 65, după încheierea unei căsătorii în penitenciar, soții pot rămâne în penitenciar într-o cameră separată, timp de 48 de ore, situație în care reiese clar că mijloacele de prevenție, respectiv prezervative, ar trebuie să fie admise la cerere și chiar să aibă acces gratuit la acestea.

Apreciem că un mare rol îl are nu numai crearea cadrului legislativ, punerea în aplicare a măsurilor pe care le propunem, ci și a campaniei de popularizare și conștientizare a riscurilor de contaminare în rândul deținuților din penitenciare.

Reducerea riscurilor bolilor epidemice cauzate de virusuri HIV și ale hepatitei B în mediul de detenție, este o misiune de sănătate-justiție care justifică din plin o politică activă în acest domeniu⁴⁷. Lipsa de pragmatism și de curaj a celor care decid, dar a numeroșilor persoane implicate în acest domeniu, constituie o frână pentru politica de reducere a riscurilor. Confuzia dintre prevenție și măsurile de ordin general, pe de o parte, reducerea a riscurilor pe de altă parte, fac confuză conduita pusă la punct. Toate eforturile trebuie îndreptate pentru folosirea mijloacelor puse la dispoziție, mai ales tratamentele de substituție la opiacee, formarea și evaluarea periodică a practicilor clinice

⁴⁷ A se vedea *Rapport de la Mission Santé-Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Ministère de la Justice, Ministère Délégué a la Santé, Paris, 2000, p. 85.

și efectelor acestora. Doar o politică voluntaristă și clară, aliată cu o motivație a echipelor medicale ca și a întregului personal al administrației penitenciare, poate duce eficace la reducerea riscurilor. Este absolut necesar de a pune în aplicare și de a încerca programe inovatoare și de evalua susținut toate aspectele concepției de reducere ale riscurilor analizate. Concretizările sunt absolut necesare, pentru că și pedepsele de privațiune de libertate sunt absolut motivate.