PARLIAMENTARY ASSEMBLY
OF THE
COUNCIL OF EUROPE

10 May 1988 **Doc. 5897**

REPORT

on a co-ordinated European health policy to prevent the spread of AIDS in prisons[1]

(Rapporteur : Mr MARTINO)

I. Draft recommendation

presented by the Social and Health Affairs Committee[2]

The Assembly,

1. Recalling its Resolution 812 (1983) on the acquired immune deficiency syndrome (AIDS);

2. Deeply concerned by the rapid and continuing spread both in Europe and world-wide of the human immunodeficiency virus (HIV) which may cause AIDS and a variety of other diseases;

3. Realising that, whereas initially only particular risk-groups were thought to be affected by HIV, it is now understood that the virus may strike anyone;

4. Aware that despite considerable progress in medical research it has not yet been possible to develop an effective treatment of, or a vaccine against, HIV-related illnesses;

5. Noting that, according to all currently available medical evidence, HIV can only be trans-

1. See Doc. 5695 and Reference No. 1558 of 27 March 1987.

2. *a.* Adopted by the committee on 5 May 1988 by 16 votes in favour, 0 against and 3 abstentions.

Members of the committee: MM. *Foschi (Chairman), Pini, Worrell (Vice-Chairmen),* Adriaensens, Bollmann, Mrs Bourdara, MM. Bowden, *Büchner,* Bühler *(Alternate: Niegel), Burger, Cem, Demiralp,* Dhaille, Dreyer, Fiandrotti *(Alternate: Martino),* Frangos, *Gil, Hassler,* Mrs Hâvik, Mrs Helgadottir, MM. *Hochmair,* Huber *(Alternate: A. Müller),* Mrs Hubinek, MM. *De Jong,* Koehl, Lacerda De Queiroz *(Alternate: Conceição),* Joaquim Marques, Mechtersheimer, *Molloy,* Morris *(Alternate: Rathbone), Palacios,* Pasquino, Psaila Savona, *Ramberg,* Mrs *Ruddock,* Mr Souvet *(Alternate:* Mr *Bohl),* Mrs *Staels-Dompas,* Mr Tarschys *(Alternate:* Mrs *Hammarbacken).*

N.B. The names of those who were present are printed in italics.

b. See Recommendation 1080 (Standing Committee, 30 June 1988).

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE
DU
CONSEIL DE L'EUROPE

10 mai 1988 **Doc. 5897**

RAPPORT

sur une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons[1]

(Rapporteur : M. MARTINO)

I. Projet de recommandation

présenté par la commission des questions sociales et de la santé[2]

L'Assemblée,

1. Rappelant sa Résolution 812 (1983) relative au syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA);

2. Profondément préoccupée par la propagation rapide et persistante, tant en Europe qu'ailleurs dans le monde, du virus d'immunodéficience humaine (VIH) qui peut provoquer le SIDA et diverses autres maladies;

3. Consciente qu'alors que l'on croyait à l'origine que seuls quelques groupes à risque étaient menacés on sait à présent que toutes les catégories de la population peuvent être frappées;

4. Sachant qu'en dépit des immenses progrès de la recherche médicale il n'a pas encore été découvert de traitement efficace ni de vaccin contre les maladies liées au VIH;

5. Notant que, d'après toutes les observations médicales disponibles à ce jour, le VIH ne

1. Voir Doc. 5695 et Renvoi nº 1558 du 27 mars 1987.

2. *a.* Adopté par la commission le 5 mai 1988 par 16 voix contre 0 et 3 abstentions.

Membres de la commission : MM. *Foschi (Président), Pini, Worrell (Vice-Présidents),* Adriaensens, Bollmann, Mme Bourdara, MM. Bowden, *Büchner,* Bühler *(Remplaçant: Niegel), Burger, Cem, Demiralp,* Dhaille, Dreyer, Fiandrotti *(Remplaçant: Martino),* Frangos, *Gil, Hassler,* Mmes Hâvik, Helgadottir, MM. *Hochmair,* Huber *(Remplaçant: A. Müller),* Mme Hubinek, MM. *De Jong,* Koehl, Lacerda De Queiroz *(Remplaçant: Conceição),* Joaquim Marques, Mechtersheimer, *Molloy,* Morris *(Remplaçant: Rathbone), Palacios,* Pasquino, Psaila Savona, *Ramberg,* Mme *Ruddock,* M. Souvet *(Remplaçant:* M. *Bohl),* Mme *Staels-Dompas,* M. Tarschys *(Remplaçant:* Mme *Hammarbacken).*

N.B. Les noms des membres qui étaient présents sont indiqués en italique.

b. Voir Recommandation 1080 (Commission Permanente, 30 juin 1988).

mitted through sexual intercourse, blood, or during pregnancy and the perinatal period;

6. Convinced that effective measures to contain the spread of HIV infection should be introduced immediately and that existing measures, such as the screening of blood and blood products, should continue to be applied with great care;

7. Firmly believing that in order to be effective such measures should not be compulsory, but should be based upon the voluntary co-operation of the population;

8. Paying tribute to and supporting the invaluable efforts carried out by the World Health Organisation (WHO) through its special programme on AIDS;

9. Welcoming Recommendation No. R (87) 25 concerning a common European public health policy to fight the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), adopted by the Committee of Ministers on 26 November 1987, and expressing its full support for the guidelines contained therein;

10. Considering that particular attention should be paid to the prison population which has a worryingly high incidence of HIV infection;

11. Considering that the occurrence of homosexual activities and intravenous drug abuse in prisons, both of which entail a considerable risk of spreading HIV infection, amongst the prison population and eventually outside prison, must at the moment be accepted as realities;

12. Convinced that under these circumstances avoiding the spread of HIV infection should be the overriding concern of prison authorities;

13. Considering that, as in the general population, compulsory measures are likely to be ineffective, discriminatory and invidious,

14. Recommends that the Committee of Ministers:

A. invite the governments of member states:

i. to provide regular information to all prison staff about HIV infection and its consequences;

ii. to provide written information to prisoners, properly translated when necessary, about the modes and consequences of HIV infection, and in particular about the dangers of homosexual contacts and intravenous drug abuse in prisons;

peut se transmettre que par les rapports sexuels, le sang ou au cours de la grossesse et de la période périnatale;

6. Convaincue de la nécessité d'instaurer immédiatement des mesures efficaces pour endiguer la propagation de l'infection VIH et de continuer à appliquer avec grand soin les mesures existantes, telles que le contrôle du sang et des produits sanguins;

7. Croyant fermement que, pour être efficaces, ces mesures ne devraient pas être obligatoires, mais reposer sur la coopération volontaire de la population;

8. Sachant et appuyant les efforts inappréciables déployés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par son programme spécial sur le SIDA;

9. Se félicitant de la Recommandation n° R (87) 25 concernant une politique européenne commune de santé publique de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), adoptée le 26 novembre 1987 par le Comité des Ministres, et exprimant son plein appui aux directives qu'elle contient;

10. Considérant qu'il conviendrait d'accorder une attention particulière à la population carcérale, où le nombre élevé de cas d'infection VIH est préoccupant;

11. Considérant que l'existence de l'homosexualité et celle de la toxicomanie par voie intraveineuse dans les prisons, qui toutes deux entraînent un risque considérable de propagation de l'infection VIH, parmi la population carcérale et ultérieurement en dehors de la prison, doivent être pour l'instant admises comme étant des réalités;

12. Convaincue que, dans cette situation, la prévention de la propagation de l'infection VIH doit être le premier souci des autorités pénitentiaires;

13. Considérant que, comme pour la population en général, des mesures obligatoires seront probablement inefficaces, discriminatoires et vexatoires,

14. Recommande au Comité des Ministres:

A. d'inviter les gouvernements des Etats membres:

i. à fournir régulièrement à l'ensemble du personnel pénitentiaire des informations sur l'infection VIH et sur ses conséquences;

ii. à fournir des informations écrites aux détenus, traduites de la manière appropriée le cas échéant, sur les modalités et les conséquences de l'infection VIH, et notamment sur les dangers des pratiques homosexuelles et de la toxicomanie par injection intraveineuse dans les prisons;

iii. to make HIV tests and counselling available to all prisoners, whilst ensuring that the results of these tests remain the secret of the authorities directly concerned with the health and management of prisoners;

iv. to ensure that, unless future scientific findings should indicate otherwise, HIV-infected prisoners are not isolated or segregated, provided they do not act irresponsibly;

v. to transfer all prisoners who have developed AIDS to specialised hospitals, and to permit final release of fatally ill prisoners on humanitarian grounds;

vi. to ensure that hygiene and food in prisons are of such a standard as not to increase the risk of developing AIDS in prisoners who are already HIV-infected;

vii. to make condoms available to prisoners, particularly prior to temporary and final release, whilst strongly promoting safer sexual behaviour;

viii. to take active steps to prevent the illicit introduction of drugs and injection equipment into prisons, to offer help to drug addicts and to allow, in the last resort, clean, one-way syringes and clean needles being made available to intravenous drug abusers in prison;

B. instruct the European Committee on Crime Problems (CDPC) to elaborate urgently standard minimum rules based on the above proposals for the treatment of HIV-infected persons in prison.

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

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

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

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

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

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

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

II. Explanatory memorandum
by Mr MARTINO

I. Introduction

1. Early in 1981, doctors in the United States reported an unusually high incidence of a rare form of cancer, Kaposi's sarcoma, in a number of young homosexual men. By July 1981, it had become clear that a new disease had arisen, which was called acquired immune deficiency syndrome (AIDS). The Social and Health Affairs Committee already dealt with AIDS in 1983, when the Assembly adopted Resolution 812 (1983) presented on the basis of the report submitted by Mr Wilquin. At the time, the information about AIDS was still very incomplete and the resolution there-

II. Exposé des motifs
par M. MARTINO

I. Introduction

1. Au début de 1981, des médecins américains constatèrent une incidence anormalement élevée d'une forme rare de cancer, le sarcome de Kaposi, chez les jeunes homosexuels de sexe masculin. Dès le mois de juillet 1981, il était devenu évident qu'une maladie nouvelle était née. Elle fut baptisée syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La commission des questions sociales et de la santé se préoccupait déjà du SIDA en 1983, année où la Résolution 812 (1983), appuyée sur un rapport soumis par M. Wilquin, fut adoptée par l'Assemblée. Cette résolution revêtait un caractère

fore was of a general nature, and mainly concerned with avoiding discrimination against homosexuals and with the promotion of research.

2. Meanwhile, AIDS has spread exponentially, both at global level and in Western Europe. Initially, only particular risk-groups were thought to be affected by the virus, but it is now understood that the virus may strike everyone. Accordingly, AIDS, and AIDS-related diseases, have become the major challenge to public health authorities around the world (see Appendices I to IV).

3. This was recognised most recently at the World Summit of Ministers of Health on Programmes for AIDS Prevention, held in London from 26 to 28 January 1988. This summit, which was attended by about 100 members and 149 national delegations, was concluded by the adoption of the London Declaration on AIDS Prevention, describing AIDS as a serious threat to humanity and supporting the co-ordinating role of the World Health Organisation (WHO) to fight the disease.

II. Nature of the epidemic

4. The AIDS epidemic is characterised by a series of highly particular factors which make its occurrence so serious. The disease has a high mortality rate and morbidity rates have constantly been increasing. The disease is caused by the human immunodeficiency virus (HIV) which can be transmitted in three ways: sexual contacts, in blood and from mother to unborn child. Initially, sexual contacts and the transfusion of infected blood or blood products were the main known modes of transmission. However, it now appears that an increasing number of intravenous drug abusers is becoming infected with the virus through the sharing of infected needles and syringes (See Appendix VI).

5. Infection by HIV may lead to a variety of clinical states. Acute HIV infection (which should not be confused with AIDS) leads to acute feverish illness in between 20 and 50% of all cases. These symptoms, which occur between two weeks and three months after the introduction of the virus into the body, usually last a few days. Recovery is generally spontaneous and, towards the end of the period, antibodies to HIV are found in the blood, and the person becomes seropositive.

6. About 50% of seropositive people remain totally free of signs of the illness during the five years following the acute infection. About 30% of HIV-infected persons develop a syndrome of chronic ill health, but without the serious opportunistic infections or cancers that characterise AIDS. This situation is known as AIDS-related

général — les informations sur le SIDA étaient encore très fragmentaires à l'époque — et insistait principalement sur la nécessité de lutter contre la discrimination à l'égard des homosexuels et de favoriser la recherche.

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

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

II. Nature de l'épidémie

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

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

6. Environ la moitié des sujets séropositifs ne présenteront aucun signe de maladie durant les cinq années suivant l'infection. Quelque 30 % d'entre eux vont développer un syndrome caractérisé par une mauvaise santé chronique, mais sans contracter les infections opportunistes graves ou les cancers qui caractérisent le SIDA. Cet état est

complex (ARC). Some remain in poor health for many years, some recover and others develop AIDS.

7. AIDS results from the destruction of the body's immune system by HIV. Its clinical symptoms are very variable but usually include opportunistic infections and cancers. The syndrome also attacks the nervous system, sometimes causing bizarre, antisocial behaviour. The disease has a very long incubation period and no certainty exists at present as to which percentage of HIV-infected persons will eventually develop AIDS, though it is estimated that 20 to 30% of those infected will develop the disease within five years of infection. In addition, infected people are probably infectious themselves for life.

8. Despite considerable progress in medical research, it has not yet been possible to develop an effective vaccine. Nor has an effective treatment of this illness been discovered so far. Additional complications are caused by the variability of the virus in relation to the development of a vaccine and by the appearance of new, related, viruses with the same modes of transmission and the possibility of double infection.

9. In April 1987, over 40 000 cases of AIDS had been reported to WHO from twenty-one countries. Moreover, in the United States alone, between 1 and 2 million people are almost certainly infected and in Central Africa the incidence is probably even higher. For further details on the epidemiological situation in Europe, the Rapporteur refers to the appendices which contain the most recent data made available by WHO. The various attached statistics provide an insight into the spread and distribution of the disease in various countries.

III. Public policy

10. The traditional response by public health authorities to epidemics is to focus on ill people and/or on those at risk. Infectious individuals are reported to health officials and registered; those capable of transmitting the disease are isolated. These compulsory measures are justified when they are clearly necessary to impede the spread of the epidemic and where the interference with the individual's rights is not disproportionate to the public health benefit sought to be achieved. This proportionality principle is, for instance, laid down in the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms.

11. However, this approach is not suited to the AIDS epidemic. The spread of HIV is not

connu sous le nom d'ARC *(AIDS-related complex).* Certains sujets ARC resteront en mauvaise santé physique pendant de nombreuses années, d'autres se rétabliront; d'autres encore évolueront vers le SIDA.

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

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

9. En avril 1987, l'OMS avait recensé plus de 40 000 cas de SIDA dans vingt et un pays. Les Etats-Unis à eux seuls comptent certainement 1 à 2 millions de porteurs et l'Afrique centrale un nombre plus élevé encore. Des précisions sur la situation épidémiologique en Europe sont fournies dans les annexes au présent rapport, qui contiennent les informations les plus récentes communiquées par l'OMS. Des données statistiques donnent également un aperçu de l'étendue et de la répartition de la maladie dans différents pays.

III. Politique des pouvoirs publics

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

11. Cependant, cette approche n'est pas adaptée à l'épidémie du SIDA. La propagation du VIH

limited to any particular geographic area or population. Isolation of all carriers of the virus in Western Europe would already probably concern millions of people. In addition, since the virus is not incubated for a short period and cannot be treated, restrictive measures on carriers would potentially have to be applied for life. Moreover, the isolation of carriers or their exclusion from certain parts of society, for example from schools or from the civil service, would unnecessarily restrict the liberty of these people since HIV is not transmitted by normal social contacts.

12. Furthermore, compulsory measures to control the spread of HIV would have to identify all those capable of transmitting the disease, predict their future private and intimate behaviour and control that behaviour. Clearly, these objectives are unrealistic, and efforts in this direction could well have the opposite effect of discouraging voluntary co-operation with public health authorities. Studies in the United States on compulsory measures aimed at containing venereal diseases have found these measures to be ineffective, discriminatory and invidious.

13. The decisions necessary to control the spread of AIDS are essentially political. However, politicians need authorised information and advice from medical and other experts. Therefore, several countries have set up expert committees including representatives of the relevant governmental sectors to advise the national health administration. Control policies are limited, however, by budgetary constraints. The fight against AIDS requires substantial investment in, for instance, research, treatment facilities, the screening of blood and public health education. Furthermore, other pressures on policy-makers exist: public alarm and irrational fears which may lead to unjustified compulsory measures and discrimination against minorities as well as to inhuman treatment of AIDS patients.

IV. International response

14. WHO has set up a special programme on AIDS, headed by Dr Jonathan Mann. At the end of 1987, over 100 countries were participating in this programme. The programme is based on the principle that AIDS can be prevented and controlled without violating human rights. Discrimination against certain persons, according to WHO, risks reversing the gain of educational programmes and drives those suffering from AIDS underground, thus threatening public health.

n'est limitée à aucune zone géographique ou population particulière. L'isolement de tous les porteurs du virus, en Europe occidentale, viserait déjà probablement des millions d'individus. En outre, étant donné la longueur de la période d'incubation et l'impossibilité de traiter le virus, les mesures restrictives appliquées aux porteurs devraient peut-être l'être à vie. De plus, l'isolement des porteurs ou leur exclusion de certains secteurs de la société, notamment des écoles, des services publics, restreindraient inutilement leur liberté, le VIH n'étant pas transmis à travers les contacts sociaux normaux.

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

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

IV. Lutte sur le plan international

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

15. Recommendation No. R (87) 25 concerning a common European public health policy to fight AIDS, adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 26 November 1987, explicitly states that there should be no compulsory screening, nor restriction of movement or isolation of seropositive persons. Reference is made in this respect to the European Convention on Human Rights. The Rapporteur considers that this approach is to be welcomed and supported.

16. The guidelines contained in Recommendation No. R (87) 25 generally establish the parameters of a common European public health policy on AIDS. Apart from urging the setting up of multidisciplinary co-ordinating committees at the national, regional and local levels, the recommendation covers the following fields: prevention, public health regulatory measures, strengthening of health care services, training of staff, evaluation and research.

17. In the light of this recommendation, it does not seem advisable at present to try and adopt such a wide approach, since this would seriously entail risks of duplication and inconsistency. It would appear much more useful, also in view of the expressed wish of the committee, to act swiftly, to concentrate on a particular issue, already referred to in the Committee of Ministers' recommendation, which could be elaborated upon.

18. Consequently, the Rapporteur has decided to concentrate on the prison population, which appears to be particularly at risk with regard to AIDS and which could well contribute to spreading the disease among the general population. The reasons for this particular situation will be explained below.

V. The situation in prisons

19. It is clear that the prison population has a rate of seropositivity in excess of any other community. The Council of Europe's Secretariat General last year requested information from member states on problems caused by AIDS in the prison system. Replies were received from twelve countries and are to be found in Appendix VII. It is to be noted that the data were not really comparable since they have been collected in different ways. Certain countries do not have centralised data (Austria, Federal Republic of Germany, France, Norway and Switzerland) and medical secrecy in some countries is another reason for the lack of data.

20. Small-scale studies, carried out in Switzerland and France, suggest that the rate of seroposi-

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

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

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

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

V. La situation dans les prisons

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

20. Des études à petite échelle menées en Suisse et en France ont permis d'établir que le taux

tivity amongst prisoners is between 50 and 200% higher than among the general population. Although only two countries have reported a significant number of prisoners actually suffering from AIDS, that is, 10 in Italy and 22 in Spain, extrapolation from the "incomplete results" on seropositivity warrants the expectation that the number of AIDS cases among prisoners will dramatically increase in the coming years.

21. The main reason for this situation appears to be the fact that in most European prisons, 20 to 30% of inmates have a history of regular intravenous drug abuse. Various studies show that between 50 and 80% of persons with a history of regular intravenous drug abuse are seropositive. Some drug abuse continues in prison and since material for injection is difficult to obtain, dirty syringes and needles are often shared, thereby causing new infections.

22. Furthermore, prisoners generally come from underprivileged social groups and their health is often poor upon entering prison. Their health is likely to deteriorate even further due to a considerable number of pathogenic factors within the prison environment, such as stress, overcrowding and poor sanitation, unhealthy life styles, in particular cigarette smoking. Sometimes prisoners intentionally harm their health, using it as a bargaining chip *vis-à-vis* the prison administration.

23. As in many closed communities, such as ships, hospitals, homes for the elderly etc., the prison environment promotes the propagation of communicable diseases. Also linked to intravenous drug abuse, hepatitis has become a serious health hazard in prisons.

24. The above factors, whilst generally hazardous for the health of all prisoners, are particularly detrimental to seropositive prisoners, who need to pay special attention to their general health with a varied diet, sport and regular sleep. It has been argued by experts that other viral infections may directly influence the development of AIDS.

25. Another main problem in prisons is the occurrence of homosexual contacts. Although the frequency and type of homosexual contacts in prisons are not known exactly, evidence suggests that homosexual activities even between prisoners who have a heterosexual orientation outside prison are rather frequent. A recent study of a New York prison indicated that as many as 30% of normally heterosexual men engaged in homosexual activity whilst in custody. This induced homosexual behaviour in prison therefore provides a "bridge" between two established high-risk groups, intravenous drug abusers and homosexual men, persons who may upon release become a source of infection through heterosexual contacts. This bridging

de séropositivité des détenus était de 50 à 200 % supérieur à celui de l'ensemble de la population. Deux pays seulement signalent un nombre élevé de cas de SIDA vrai chez des prisonniers (dix en Italie, vingt-deux en Espagne), mais on s'attend, en extrapolant à partir des «résultats incomplets» obtenus sur la séropositivité, à une augmentation spectaculaire de ce chiffre au cours des années à venir.

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

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

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

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

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

phenomenon may contribute significantly to the spread of AIDS among the general population.

26. The realisation that prisoners have a substantially higher risk of being seropositive than the general population has led to panic reactions and disorders in several European prisons. Questions posed by prison administrations included those concerning the mode of transmission of the disease, the necessity to screen all prisoners for HIV and the necessity to isolate seropositive prisoners.

VI. Measures taken by prison authorities

27. Information has been gathered in seventeen European countries in a study carried out by Dr T.W. Harding on actual measures that have been taken in prisons in response to the AIDS epidemic. An overview thereof is to be found in Appendix VIII. In twelve countries, prisoners belonging to risk-groups are offered testing on a voluntary basis. In other countries, prisoners not belonging to particular risk-groups are also able to request testing.

28. In six countries (Austria, Denmark, France, Italy, Spain and Switzerland), seropositive prisoners are not subjected to any restriction. In Norway, the normal prison regime is also applied except that violent seropositive prisoners may be separated from other prisoners. However, in the Federal Republic of Germany and Belgium, seropositive prisoners are placed in single cells. Whilst no other restriction applies in Belgium, the Federal Republic limits access to certain workshops with a high risk of injury and to kitchens. Segregation of seropositive prisoners is also found in the United Kingdom. In the Federal Republic of Germany and in England and Wales, segregation of seropositive prisoners is not based entirely on medical considerations. The reasons given are the need to avoid hostility among fellow prisoners and the provocation of panic reactions amongst other prisoners of staff.

29. Several countries stress the need to inform prisoners on precautions, and written information to this effect is distributed upon entrance in Belgium, Cyprus, the Federal Republic of Germany and Switzerland. The prison staff is also informed.

30. For the treatment of prisoners with AIDS, six countries indicate that hospitals outside the prison system are used. In France, specialised services are available in the centralised prison hospital services at Fresnes. Two countries (Federal Republic of Germany, Norway) mention the possibility of early release of prisoners with AIDS. In

eux-mêmes une source de contamination au travers de leurs relations hétérosexuelles. Ce phénomène de passerelle peut contribuer notablement à la propagation du SIDA dans la population générale.

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

VI. Mesures prises par les administrations pénitentiaires

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

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

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

30. Pour le traitement des détenus atteints de SIDA, six pays font appel à des hôpitaux extérieurs au système pénitentiaire. En France, des services spécialisés existent à l'hôpital de la centrale de Fresnes. En République Fédérale d'Allemagne et en Norvège, les prisonniers malades du SIDA peuvent bénéficier d'une mise en liberté anticipée.

several countries, the need to inform seropositive patients of the test result and of the implications for their way of life is stressed. In Austria, all doctors have a duty to inform, as laid down in the Austrian AIDS Act.

31. In Spain, seropositive prisoners receive advice based on a WHO recommendation. The need to use condoms in all sexual relations is stressed but it is not clear whether condoms are also available in Spanish prisons. In Luxembourg, seropositive prisoners receive detailed information on their state and on modes of transmission. Emphasis is placed on the individual responsibility of the prisoner concerned. In Switzerland, information for seropositive prisoners is provided by prison medical services. Psychological counselling is available. In some prisons, for instance in the canton of Geneva, condoms are distributed on request without charge by the medical service.

VII. AIDS control in prisons

32. In general, two different approaches with regard to AIDS control can be adopted. The first one is the moralistic approach, appealing for a return to the values of chastity and sexual fidelity in marriage. Although these values have been proclaimed in many societies, it is doubtful whether they have ever been respected to a high degree in any human society. Yet it is reassuring that it is possible for individuals to reduce and eliminate risks of contracting AIDS by their own decisions concerning sexual relationships or drug abuse. Another approach is the pragmatic one, which accepts that casual sexual relationships are bound to occur and that information should be disseminated about reducing the risks, for example, by using condoms. The Rapporteur believes that what should however be avoided at all costs is that the anti-AIDS campaign becomes an ideological battleground.

33. As in society, two alternative approaches can be envisaged with regard to AIDS in prison. The first approach, which may be called paternalistic, is based on the principle that the prison administration has a direct responsibility to protect the prisoners and to prevent drug abuse and homosexual promiscuity. This approach would call for routine screening and the isolation of seropositive prisoners. However, such measures would lead to discrimination within prisons and would undoubtedly attach a further stigma to the prison population as such.

34. Moreover, Recommendation No. R (87) 25 of the Committee of Ministers specifically states that there should be no compulsory screening of the general population, nor of particular population groups. In addition, it recommends that the restriction of movement or the isolation of carriers

Plusieurs pays insistent sur la nécessité d'informer les sujets séropositifs du résultat du test et de ses conséquences pour leur mode de vie. En Autriche, la loi sur le SIDA assigne à tous les médecins un devoir d'information.

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

VII. Lutte contre le SIDA dans les établissements pénitentiaires

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

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

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

should not, as a general rule, be introduced on a compulsory basis.

35. WHO reaches similar conclusions. It convened a consultation on prevention and control of AIDS in prisons from 16 to 18 November 1987 in Geneva. The total of 37 specialists from 26 countries who participated included experts in public health, prison and medical administration, prisoner care, occupational health and safety, epidemiology and health policy. They recommended that prisoners should not be subjected to discriminatory practices regarding HIV infection or AIDS, such as involuntary testing, segregation or isolation, except for the prisoners' own well-being.

36. The alternative approach is in line with these suggestions and stresses the individual responsibility of prisoners. This approach implies informing prisoners about AIDS risks and gives them the opportunity to take preventive measures. As all prisoners are concerned by the AIDS risks, counselling should be generally available and not be limited to the duration of the prison term, but should also be available upon release. This approach seems also to be in conformity with the position of the European Commission of Human Rights which has held that prison authorities are required, under the European Convention on Human Rights, to safeguard the health and well-being of all prisoners.

VIII. Conclusions

37. The AIDS epidemic is a serious threat to public health world-wide. It is likely that a considerable increase in both the numbers of HIV-infected people and of actual AIDS sufferers will occur in the coming years. However, the modes of transmission have been identified and individual decisions may prevent infection.

38. The prison population in Western Europe has a rate of seropositivity far greater than that of any other community in this part of the world. Because of homosexual activities and drug abuse within prisons, these institutions risk becoming nurseries of the HIV virus. Upon release, whether temporary or definitive, seropositive prisoners may become a source of infection through heterosexual contacts and thus constitute a dangerous bridge to the general population.

39. It is of utmost importance that in dealing with AIDS in general, and in prison in particular, basic human rights are respected. The Council of Europe bears a special responsibility in this field. With regard to prisoners, the additional imperative of avoiding attaching a further stigma presents itself. The recommendations of the Committee of Ministers and the similar conclusions of WHO, that no particular groups should be compulsorily

en règle générale, être introduits de façon obligatoire.

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

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

VIII. Conclusions

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

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

39. Il est de la plus haute importance, dans la lutte contre le SIDA, en particulier dans les établissements pénitentiaires, de veiller au respect des droits fondamentaux de l'homme. Le Conseil de l'Europe a un rôle privilégié à jouer à cet égard. Dans le cas des détenus, la nécessité de ne pas accentuer la stigmatisation dont ils sont l'objet est un impératif supplémentaire. Les recommandations du Comité des Ministres et les conclusions

screened and that the isolation of seropositive people should in general be avoided, need to be stressed and repeated.

40. In order to reinforce the prevention of HIV-transmission in prisons, we have two possibilities. Whilst wishing to avoid an ideological stand with regard to the desirability of a "paternalistic" or "pragmatic" approach, the Rapporteur is of the opinion that certain realities must be accepted. Especially in view of the fact that prisons are considerably overcrowded in many countries, homosexual contacts between prisoners are likely to occur frequently. These activities entail a considerable risk of HIV-infection, especially given the high degree of seropositivity already found in prisons. Moreover, such infections are likely to be spread among the general population, as many prisoners will resume heterosexual contacts upon release. Condoms have been proven to be particularly effective in reducing the risk of HIV-infection during sexual contacts. The distribution of condoms to prisoners has been opposed with the argument that this would mean approval of illegal and/or morally unacceptable practices. It has also been argued that condoms could be used for the smuggling of drugs. However, these arguments have to be balanced against the need to effectively stop the spread of HIV.

41. A perhaps even greater dilemma exists with regard to the spread of HIV through drug abuse in prisons. Despite the best efforts, drugs are frequently smuggled into prisons and syringes and needles have been found. Given the number of intravenous drug abusers in prisons, the latter are almost certain to be shared by a considerable number of men, who are prepared to inject any drugs available. If the illegal introduction of syringes and needles from outside cannot be prevented, the question arises as to whether clean injecting equipment should not be made available. The argument often put forward against this is that drug abuse would thus appear to be condoned. Needlestick injury from discarded equipment is also cited as an objection. Yet, HIV-infection is a greater threat to life than drug abuse and the greater of the two evils should merit priority, pending the development of other prophylactic measures.

42. On balance, the following concrete measures could be envisaged.

a. Information should be provided to all prison staff about AIDS and other communicable diseases. There should be regular updates of this information.

de l'OMS, qui, les unes et les autres, rejettent le dépistage obligatoire ainsi qu'en général l'isolement des sujets séropositifs, doivent donc être soulignées et répétées.

40. Pour prévenir plus efficacement la transmission du virus VIH, il existe deux possibilités. Tout en ne souhaitant pas prendre position sur l'intérêt respectif de la méthode «paternaliste» et de l'approche «pragmatique», le rapporteur pense qu'il faut admettre certaines réalités. Le surpeuplement grave dont souffrent les prisons de nombreux pays, entre autres facteurs, favorise la fréquence des rapports homosexuels. Cette situation entraîne un risque considérable d'infection VIH, notamment compte tenu du taux de séropositivité élevé existant au départ dans les établissements pénitentiaires. De surcroît, les nombreux détenus qui renoueront des relations hétérosexuelles après leur libération peuvent contaminer la population générale. Le préservatif s'est révélé un moyen particulièrement efficace de réduire le risque d'infection au cours des rapports sexuels. On s'oppose à la distribution de préservatifs aux prisonniers sous prétexte qu'elle équivaudrait à cautionner des pratiques illégales et/ou moralement inacceptables. Une autre raison avancée est que les préservatifs pourraient servir à introduire frauduleusement de la drogue dans les prisons. Cependant, ces arguments doivent être mis en balance avec la nécessité de stopper efficacement la propagation du virus VIH.

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

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

a. Des informations régulièrement mises à jour sur le SIDA et d'autres maladies contagieuses devraient être communiquées à l'ensemble du personnel des établissements pénitentiaires.

b. Prisoners should receive written information (translated for foreigners) about AIDS and in particular about the risks of homosexual contacts and intravenous drug abuse in prison.

c. HIV tests should be available on request to all prisoners. Subsequent counselling should be available. The results of the test should not be communicated to the prison authorities.

d. Seropositive prisoners should not be isolated or segregated.

e. Hygiene and food should be of a standard such as not to increase the risk of AIDS in seropositive prisoners.

f. Condoms should be made available to prisoners on request, and also prior to temporary and final release.

g. Whilst taking active steps to prevent the illicit introduction of drug and injection equipment into prisons, clean, one-way syringes and clean needles should be made available to intravenous drug abusers in prison.

43. Finally, the Rapporteur would wish to stress the importance for the Assembly of continuing to monitor developments concerning AIDS. Given the enormous scope of the problem, an issue-oriented approach commends itself. In order to enable the committee to carry out this task, it is suggested that the Assembly be asked for a permanent mandate to report on developments related to AIDS. A sub-committee should be set up for this purpose.

b. Des informations écrites sur le SIDA (traduites pour les étrangers) mettant l'accent sur les dangers des pratiques homosexuelles et de la toxicomanie en prison devraient être fournies aux détenus.

c. Tous les détenus devraient avoir la possibilité de subir sur demande un test de dépistage et se voir offrir les conseils ultérieurs nécessaires ; l'administration pénitentiaire devrait dans ce cas être tenue dans l'ignorance du résultat du test.

d. Les prisonniers séropositifs ne devraient pas être isolés ni faire l'objet d'une ségrégation.

e. Les conditions d'hygiène et les règles alimentaires devraient être suffisamment rigoureuses pour ne pas accroître le risque de SIDA chez les détenus séropositifs.

f. Des préservatifs devraient être mis à la disposition des détenus qui le souhaitent, durant la détention et lors de la mise en liberté, qu'elle soit temporaire ou définitive.

g. Tout en agissant pour prévenir l'introduction illicite de drogue et de matériel d'injection dans les prisons, il conviendrait de mettre des seringues propres et à usage unique, ainsi que des aiguilles propres, à la disposition des détenus toxicomanes par injection intraveineuse.

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

APPENDIX I

Total number of AIDS cases reported in 28 European countries and estimated prevalence rates per million population[1]

APPENDIX II

AIDS cases by age-group and sex[1]

1. This appendix has been taken from a World Health Organisation publication, "AIDS surveillance in Europe", quarterly report, No. 14, 30 June 1987.

ANNEXE I

Nombre total de cas de SIDA rapportés par vingt-huit pays européens et taux estimés par million d'habitants[1]

ANNEXE II

Répartition des cas de SIDA par classe d'âge et sexe[1]

1. Cette annexe est extraite d'une publication de l'Organisation mondiale de la santé, « Surveillance du SIDA en Europe », rapport trimestriel, n° 14, 30 juin 1987.

APPENDIX III

AIDS cases by transmission group and geographic origin[1]

APPENDIX IV

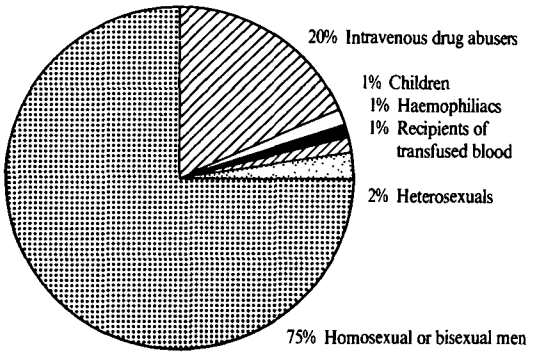
AIDS — Incidence rates per million population by half-year of diagnosis — Europe[1]

APPENDIX V

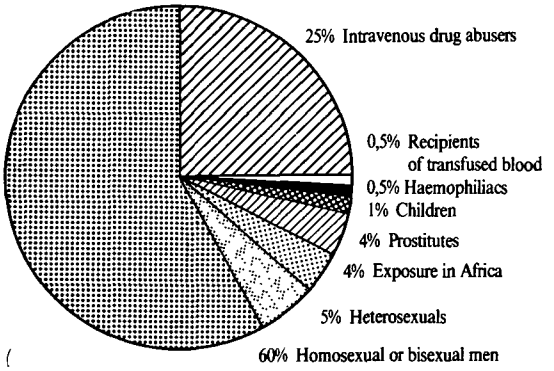
AIDS — Distribution of risk-groups by country of diagnosis — Twenty European countries — Adults[1]

APPENDIX VI

Collated average percentage breakdown of groups of individuals who have developed AIDS in Europe and the United States (end 1986)



Estimated average percentage breakdown of high-risk groups who are HIV-seropositive in Europe and the United States (end 1986)



1. This appendix has been taken from a World Health Organisation publication, "AIDS surveillance in Europe", quarterly report, No. 14, 30 June 1987.

ANNEXE III

Répartition des cas de SIDA par groupe à risque et origine géographique[1]

ANNEXE IV

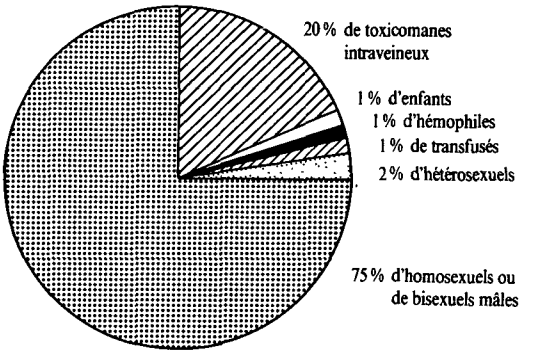
SIDA — Taux d'incidence par million d'habitants par semestre de diagnostic — Europe[1]

ANNEXE V

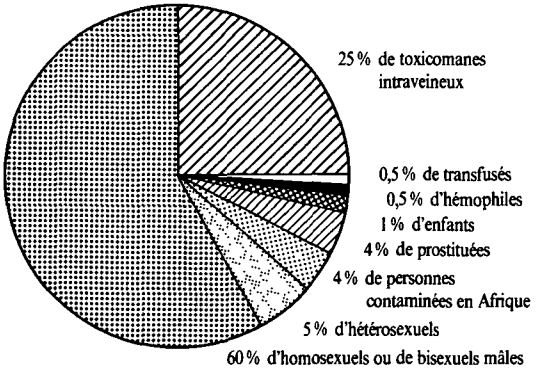
SIDA — Répartition des groupes à risque par pays de diagnostic — Vingt pays européens — Adultes[1]

ANNEXE VI

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



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



1. Cette annexe est extraite d'une publication de l'Organisation mondiale de la santé ; « Surveillance du SIDA en Europe », rapport trimestriel, n° 14, 30 juin 1987.

APPENDIX VII / ANNEXE VII

Prison population and numbers of HIV-seropositive prisoners and AIDS cases (end 1986) /

Population carcérale et nombres de détenus séropositifs et de cas de SIDA (fin 1986)

	Men / Hommes			*Women* / Femmes			Total			*Remarks* / Remarques
	Prisoners / Détenus	*HIV+* / VIH+	*AIDS* / SIDA	*Prisoners* / Détenus	*HIV+* / VIH+	*AIDS* / SIDA	*Prisoners* / Détenus	*HIV+* / VIH+	*AIDS* / SIDA	
Austria / Autriche	7 766	?	0	308	?	0	8 074	1 %	0	*Estimate of HIV+* / Séropositivité évaluée
Belgium / Belgique	6 759	81 (1,2 %)	0	343	10 (2,9 %)	0	7 102	91 (1,3 %)	0	*Routine testing* / Dépistage systématique
Cyprus / Chypre	215	0	0	7	0	0	222	0	0	*Screening high-risk groups* / Dépistage des groupes à haut risque
Denmark / Danemark	3 373	?	0	154	?	0	3 527	?	0	*291 prisoners tested in two-month period: 14 (4,7 %) HIV+* 291 détenus examinés en deux mois: 14 séropositifs (4,7 %)
Fed. Rep. of Germany / Rép. Féd. d'Allemagne	50 865	?	?	2 028	?	?	52 893	?	?	*Research under way* / Recherches en cours
France	48 380	?	?	2 053	?	?	50 433	13 %	?	*Results on 500 consecutive entries* / Résultats concernant 500 incarcérations
Greece / Grèce	3 662	4 (0,1 %)	0	181	0	0	3 843	4 (<0,1 %)	0	*Screening high-risk groups* / Dépistage des groupes à haut risque
Ireland / Irlande	1 851	35 (1,9 %)	0	50	10 (20 %)	0	1 901	45 (2 %)	0	*Voluntary testing (incomplete)* / Dépistage volontaire (incomplet)
Italy / Italie	...	...	9	...	...	1	41 547	16,8 %	10	*Results of screening in 30 392 prisoners during 1986* / Résultats du dépistage de 30 392 détenus au cours de 1986
Luxembourg	299	6 (2 %)	0	25	1 (4 %)	0	324	7 (2,1 %)	0	*Routine testing* / Dépistage systématique
Netherlands / Pays-Bas	4 700	?	0	120	?	0	4 820	?	0	*In Amsterdam, 11 % HIV-seropositive estimated* / A Amsterdam, 11 % de séropositifs (estimation)
Norway / Norvège	1 958	?	?	72	?	?	2 030	?	?	*Medical secrecy* / Secret médical
Portugal	7 906	3 (<0,1 %)	0	401	1 (0,2 %)	0	8 307	4 (<0,1 %)	0	*Screening high-risk groups* / Dépistage des groupes à haut risque
Spain / Espagne	24 897	6 424 (25,8 %)	20	1 412	353 (25 %)	2	26 309	6 777 (25,7 %)	22	*Screening high-risk groups* / Dépistage des groupes à haut risque
Sweden/Suède	4 523	20 (0,4 %)	0	227	6 (2,6 %)	0	4 750	26 (0,6 %)	0	*Voluntary testing* / Dépistage volontaire
Switzerland / Suisse	...	...	...	...	...	...	3 500	11 %	?	*Study in the Canton of Berne* / Etude effectuée dans le canton de Berne
United Kingdom / Royaume-Uni[1]	45 665	32 (<0,1 %)	0	1 569	4 (0,2 %)	0	47 234	36 (<0,1 %)	0	.../...

1. Results relate to England and Wales only. / Données concernant uniquement l'Angleterre et le Pays de Galles.

APPENDIX VIII

Screening policy, management of seropositive prisoners and AIDS cases in seventeen European countries

Country	Screening for anti-HIV	Management of seropositive prisoners	Management of prisoners with AIDS
Austria	On request	No special measures	Prison hospital with possible transfer to general hospital
Belgium	Risk-groups (voluntary) and on request	Placed in single cells Access to all activities	Transfer to university hospital
Cyprus	Risk-groups (no refusals) Re-testing every six months	No seropositive prisoners	No cases
Denmark	On request	No special measures, except solitary confinement 1. if behaviour creates danger of infection 2. on request	Transfer to hospital
Federal Republic of Germany	Risk-groups (voluntary)	Placed in single cells (usually). Not allowed to work in kitchen or workshops with injury risk	Possibly considered "unfit to serve sentence"
France	Risk-groups (voluntary)	No special measures	Prison hospital; if necessary transfer to special centre (Fresnes)
Greece	Risk-groups (test gradually extended to other prisoners)	Placed in special hospital section. Separate exercise yard. Dietary supplements	No cases
Italy	All new entries (voluntary)	No special measures	Possibility of hospital outside prison
Ireland	On request	Full separation of male prisoners. Separate cells for female prisoners. Restriction of work and recreation activities	Transfer to hospital outside prison
Luxembourg	All new entries[2] Re-testing of risk-groups and drug addicts after leave of absence	Not allowed to work in kitchen, and certain other work-shops	No cases
Netherlands	No screening measures	No special measures, except if prisoners threaten guards with contamination (disciplinary measure)	Transfer to hospital. Pardon and release possible if prognosis is bad
Norway	On request	No special measures, except if violent	Early release possible. Repatriation of foreigners
Portugal	On request	Personal hygienic measures	Civil hospital
Spain	Risk-groups (no refusals) and on request	No special measures	Not specified
Sweden	All prisoners encouraged to be tested (voluntary)	No special measures. Psychological support	No cases
Switzerland	Risk-groups (voluntary)	No special measures. Psychological support	Transfer to university hospital. Sentence suspended in terminal cases
United Kingdom[1]	On request	Separation possible "for managerial reasons"	Treated in hospital outside prison

1. Information from England and Wales only.
2. Prisoners who refuse screening placed in isolation.

ANNEXE VIII

Politique de dépistage et gestion des détenus séropositifs et atteints du SIDA dans dix-sept pays d'Europe

Pays	Dépistage des anticorps VIH	Gestion des détenus séropositifs	Gestion des détenus atteints du SIDA
Autriche	Volontaire	Aucune mesure spéciale	Hôpital pénitentiaire avec transfèrement possible dans un hôpital général
Belgique	Groupes à risque (librement consenti) et sur demande	Cellule individuelle Accès à toutes les activités	Transfèrement dans un hôpital universitaire
Chypre	Groupes à risque (aucun refus) Analyses répétées tous les six mois	Aucun détenu séropositif	Aucun cas de SIDA
Danemark	Volontaire	Aucune mesure spéciale sauf isolement 1. si le comportement du détenu entraîne un risque d'infection 2. sur demande	Transfèrement dans un hôpital
Espagne	Groupes à risque (aucun refus) et sur demande	Aucune mesure spéciale	Non précisé
France	Groupes à risque (librement consenti)	Aucune mesure spéciale	Hôpital pénitentiaire; si nécessaire transfèrement dans centre spécial (Fresnes)
Grèce	Tous les groupes à risque (dépistage progressivement étendu aux autres détenus)	Service hospitalier spécialisé. Cour de promenade séparée. Suppléments au régime alimentaire	Aucun cas de SIDA
Italie	Tous les nouveaux entrants (librement consenti)	Aucune mesure spéciale	Possibilité d'hôpital en dehors de la prison
Irlande	Sur demande	Séparation totale des hommes. Cellules individuelles pour les femmes. Limitation du travail et des loisirs	Transfèrement dans un hôpital non pénitentiaire
Luxembourg	Tous les entrants[2] Analyse des groupes à risque et des toxicomanes après chaque congé	Ne sont pas autorisés à travailler dans les cuisines et dans certains ateliers	Aucun cas de SIDA
Norvège	Volontaire	Aucune mesure spéciale sauf en cas de comportement violent	Possibilité de libération anticipée. Rapatriement des étrangers
Pays-Bas	Pas de dépistage	Aucune mesure spéciale sauf si les détenus menacent de contaminer les gardiens (mesure disciplinaire)	Transfèrement dans un hôpital. Eventuellement grâce et libération en cas de pronostic pessimiste
Portugal	Sur demande	Mesures d'hygiène personnelle	Hôpital civil
République Fédérale d'Allemagne	Groupes à risque (librement consenti)	Cellule individuelle (généralement). Ne sont pas autorisés à travailler dans les cuisines et dans les ateliers comportant un risque d'accident corporel	Peuvent être considérés comme «inaptes à purger une peine»
Royaume-Uni[1]	Sur demande	Mise à l'écart possible pour des raisons administratives	Hospitalisation en dehors de la prison
Suède	Tous les détenus y sont invités (dépistage librement consenti)	Aucune mesure spéciale. Soutien psychologique	Aucun cas de SIDA
Suisse	Groupes à risque (librement consenti)	Aucune mesure spéciale. Soutien psychologique	Transfert dans un hôpital universitaire. Suspension de peine dans les cas terminaux

1. Données concernant uniquement l'Angleterre et le Pays de Galles.
2. Les détenus qui refusent le dépistage sont isolés.