

Georgette Schaller, Timothy-W. Harding

Institut universitaire de médecine légale, Genève

La prévention du SIDA dans les prisons européennes

Résumé

Des informations au sujet de la situation VIH/SIDA en 1992 ont été collectées dans 32 systèmes-prison de 17 pays européens. Partant du principe de l'équivalence des soins détenus/communauté, les autorités pénitentiaires ont le devoir d'assurer la prévention du SIDA en prison. Mais, les programmes de prévention ont été moins bien développés en prison que dans la communauté. Presque tous les systèmes fournissent des informations sur le VIH/SIDA aux détenus. Les condoms sont disponibles dans un nombre toujours plus élevé de prisons. Mais, aucun système ne fournit des seringues aux détenus. Quelques systèmes ont introduit de l'eau de Javel diluée avec un mode d'emploi pour désinfecter les seringues. La ségrégation et l'exclusion des ateliers de travail, des cuisines en particulier, est encore largement répandue en 1992 dans les prisons européennes et ceci malgré des recommandations internationales datant de 1987/88.

Les modes de transmission du virus d'immunodéficience humaine (VIH) sont les mêmes à l'intérieur et à l'extérieur des prisons.

La probabilité d'une transmission du virus par contacts hétérosexuels est par contre pratiquement inexistante en prison, mais elle existe lors des visites conjugales, en semi-liberté et après la libération. Les principaux comportements à risque en prison sont la prise de drogue intraveineuse (partage de matériel d'injection), le tatouage et les contacts homosexuels.

Idéalement, il faut appliquer le principe d'une équivalence des

soins détenus/communauté. En prison, les mesures concernant la prévention du syndrome d'immunodéficience humaine (SIDA) et la prise en charge des détenus infectés par le VIH ne devraient pas différer de celles appliquées dans la communauté^{1,2}.

Cet article décrit l'état de la situation VIH/SIDA dans les prisons de 17 pays européens. Le nombre de détenus concernés est de 215.854 pour 556.993 entrées en prison.

Les données présentées proviennent de 3 sources: des articles scientifiques publiés ou présentés

lors du Congrès mondial SIDA, des études financées par les autorités nationales et des questionnaires envoyés en 1992 à 83 correspondants dans 29 pays européens³. Un réseau mondial de correspondants supporté par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) existe depuis 1988. Les questionnaires ont été envoyés par poste avec un délai de réponse de 6 mois, suivi d'un rappel écrit. Quatre questions semi-fermées concernaient les mesures préventives adoptées (information, préservatifs, seringues) et les conditions de détention des détenus VIH-séropositifs. Et, trois questions ouvertes concernaient la prévalence de l'infection VIH, la mise en liberté anticipée et les femmes séropositives.

Nous appelons «système» les prisons couvertes par un seul questionnaire, que ce soit à l'échelon national, régional ou local. Trentedeux systèmes de prisons dans 17 pays européens ont été analysés: Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark (2), Finlande, France (3), Allemagne (11), Grèce, Islande, Irlande, Luxembourg, Hollande, Espagne, Suède, Suisse (2), Royaume Uni (2). Quelques informations concernant les pays de l'Europe de l'Est sont incluses.

La situation en 1992

Rappelons que les prisons sont des institutions très différentes d'un pays à l'autre; la population carcérale et les conditions de détention varient aussi. Il faut donc être prudent dans l'interprétation de données issues de pays différents.

Les mesures préventives adoptées dans la communauté générale sont-elles appliquées dans les prisons (tableaux 1 et 2)?

L'information sur le VIH/SIDA

L'information du personnel et des détenus est la base de toute prévention du SIDA en prison.

Les détenus reçoivent des informations dans tous les pays européens, à l'exception de deux *Länder* est-allemands. Chaque système-prison se sert d'au moins deux méthodes différentes pour diffuser l'information: du matériel écrit (29/32), des groupes de discussion (26/32), des discussions individuelles (16/32) et des méthodes audiovisuelles (20/32).

Des méthodes originales de diffusion de l'information existent aussi, comme des pièces de théâtre (Danemark) ou une pharmacie de poche, distribuée lors de l'incarcération, contenant des informations écrites en plusieurs langues (Zurich, Suisse).

Les préservatifs

La distribution de préservatifs est une mesure largement adoptée dans la communauté pour réduire

Information des détenus	Condoms disponibles	Seringues dans les prisons	Désinfectant disponible
30/32 91 %	24/32 75 %	0 0	9/32 28 %

Tableau 1. Mesures de prévention du VIH/SIDA dans 32 systèmes-prison de 17 pays européens, en 1992.

la transmission du virus par voie sexuelle.

Il existe peu d'information sur la sexualité en détention. Selon une étude menée en Grande-Bretagne (England and Wales), 20 à 30 % des détenus subissant de longues peines pourraient avoir des relations sexuelles à un moment ou à un autre de leur détention⁴.

Les détenus en Europe peuvent se procurer des préservatifs pendant l'incarcération (22/32), lors de visites conjugales (14/32), en semi-liberté (16/32) et lors de la libération (17/32). Seuls 8 des 32 systèmes ne mettent pas de préservatifs à disposition des détenus.

Il faut noter qu'aucun pays ayant un programme de distribution de préservatifs en prison ne l'a abandonné et la tendance, depuis 1988, va vers une mise à disposition croissante et de plus en plus large des préservatifs en prison.

La transmission du VIH par voie intraveineuse

Il y a peu de données sur la prise de drogue par voie intraveineuse en prison, cependant la transmis-

sion du VIH lors d'échange de seringues et lors du tatouage existe. Aucun des 17 pays européens inclus dans notre étude ne distribue de seringues en prison. Une seule prison (danoise) propose une seringue propre à la libération, si une seringue usagée a été confisquée lors de l'admission.

Une autre stratégie semble acceptable par les prisonniers et les autorités pénitentiaires: la distribution d'un désinfectant. Déjà envisagée en 1988 par quelques pays, l'eau de Javel diluée a été introduite dans 9 des 32 systèmes en 1992. Mais son utilisation n'a pas été évaluée.

Des programmes de maintenance à la méthadone peuvent aussi être efficaces pour diminuer les risques de transmission intraveineuse et ont été adoptés dans quelques prisons.

La prévalence de l'infection VIH/SIDA chez les détenus

En Europe, la prévalence de l'infection à VIH en prison est un reflet de la proportion de détenus consommateurs de drogue par voie intraveineuse (i.v.), ainsi que de la prévalence de l'infection à VIH chez les toxicomanes i.v.³.

Les tests sérologiques de détection de l'infection VIH en prison sont pratiqués différemment d'une prison à l'autre, soit à la demande, soit de façon obligatoire. L'interprétation et la comparaison de données issues de pays différents n'est donc pas possible.

Certains pays européens rapportent de *bas taux* de séroprévalence: la Finlande (0,1%), la Belgique

Hébergement		Exclusion de	
Unités séparées	Cellules individuelles	Ateliers de travail	Cuisine
4/32 13 %	13/32 53 %	7/32 22 %	18/32 56 %

Tableau 2. Mesures discriminatoires à l'encontre des détenus VIH-séropositifs dans 32 systèmes-prison de 17 pays européens, en 1992.

(1%), l'Islande (1–2%), l'Autriche (2%) et quelques Länder allemands (0,4–1,2%). La Bulgarie ne rapporte qu'un seul cas de séropositivité chez un détenu (1988), alors même que tous les détenus étaient testés de 1987 à 1991. Et, Chypre ne signale aucun détenu séropositif ou malade du SIDA.

Par contre, des *taux élevés* de détenus séropositifs en prison sont signalés à Berlin (10%), en Ecosse (7–15%) et au sud de l'Europe, avec 14% en Italie⁵ et 33,6% en Espagne, dus aux 35% de toxicomanes intraveineux incarcérés⁶. Le taux italien est probablement sous-estimé avec un test anti-VIH pratiqué sur une base volontaire. Mais, le Portugal ne rapporte que 0,4% de séropositifs en prison⁷.

La séroprévalence VIH peut varier énormément d'une région à l'autre d'un même pays, comme en France, par exemple, avec 0,5% au centre du pays et 15% à Paris⁸.

L'association de l'infection VIH et de la tuberculose

Une importante association a été établie entre l'augmentation de l'incidence de la tuberculose active et l'infection VIH. Une augmentation de l'incidence de la tuberculose active chez les détenus VIH positifs a été confirmée en France, en Espagne et en Suisse³. Un programme de dépistage et de prévention des nouveaux cas a été implanté en Espagne⁹.

La prise en charge des détenus séropositifs

La ségrégation des prisonniers VIH – séropositifs ne se justifie pas d'un point de vue médical. Pour cette raison, l'O.M.S. et le Conseil de l'Europe recommandent de ne pas pratiquer de ségrégation des détenus VIH-séropositifs ou malades du SIDA¹⁰.

Malgré ces recommandations, les pratiques discriminatoires sont fré-

quentes: unités séparées (4/32), cellules individuelles (13/32), pas d'accès aux ateliers de travail (7/32) et surtout une exclusion du travail à la cuisine (18/32).

Il faut noter que la politique de ségrégation est en révision en Irlande, que dans quelques systèmes, une évaluation se fait cas par cas, ou que parfois, tous les détenus sont dans des cellules individuelles. En cas de comportement agressif ou d'activités risquant d'infecter les autres détenus, un détenu peut être isolé quel que soit le système de prison.

Des procédures de mise en liberté anticipée existent pour les cas de SIDA avancés dans tous les pays inclus dans notre étude.

Conclusion

D'une façon générale, les programmes de prévention ont été moins bien développés en prison que dans la communauté. Les insuffisances constatées en matière de prévention du SIDA en milieu carcéral sont le plus souvent dues au manque d'indépendance des services médicaux des prisons, à l'adoption de politiques qui servent les besoins de l'institution plutôt que ceux des détenus et aux faiblesses préexistantes des services de santé en prison^{10,11}. En Allemagne, par exemple, l'intégration de 5 nouveaux «Länder» et de l'est de Berlin a révélé des insuffisances en matière de prévention dans les nouveaux états fédéraux.

Presque tous les systèmes fournissent des informations sur le VIH/SIDA aux détenus. Les trois quarts des systèmes distribuent des préservatifs, mais des mesures prévenant la transmission intraveineuse du VIH (en prison et à la libération) sont inexistantes dans la plupart des pays. Aucune prison ne distribue de seringues pendant l'incarcération. Un quart des systèmes ont choisi de distribuer un désinfectant (de l'eau de Javel

diluée), une option acceptable pour les détenus et les autorités pénitentiaires des prisons hébergeant des toxicomanes. En effet, comment demander aux administrations pénitentiaires de garder derrière les barreaux des personnes pour des délits liés à la drogue, et ensuite leur demander de faciliter la consommation de drogue en prison, une activité officiellement illégale?

Malgré des recommandations internationales datant de 1987 et 1988, on constate qu'en 1992 la discrimination, la rupture du secret médical et la ségrégation demeurent largement répandues. Les cas de tuberculose augmentent en prison à cause de sa forte prévalence chez les détenus infectés par le VIH. Les besoins particuliers des femmes détenues et des jeunes prisonniers n'ont pas reçu une attention suffisante.

C'est sur la base, entre autres, de ces constats que l'OMS a publié et diffusé en 1993 des directives actualisées concernant le VIH/SIDA dans les prisons¹².

Zusammenfassung**AIDS Prävention in europäischen Gefängnissen**

Informationen über HIV/AIDS in Gefängnissen wurden in 32 Gefängnis-systemen aus 17 europäischen Ländern gesammelt. Dem Äquivalenz-prinzip präventiver Aktionen und Gesundheitspflege in Gefängnis und Gesamtbevölkerung zufolge müssen die Gefängnisbehörden die AIDS-Prävention im Gefängnis sichern. Die Präventionsprogramme für Gefängnisse wurden jedoch weniger entwickelt als jene in der Bevölkerung. Fast alle Systeme informieren die Häftlinge über HIV/AIDS. Kondome werden immer häufiger zur Verfügung gestellt. Kein einziges System gibt jedoch den Häftlingen Injektionsmaterial aus. Einige Systeme stellen verdünntes Javelwasser mit einer Anweisung zum Desinfizieren von Spritzen zur Verfügung. Die Abtrennung und der Ausschluss von Arbeitsstätten, vor allem von Küchen, war 1992 in europäischen Gefängnissen noch weit verbreitet, trotz internationaler Empfehlungen aus den Jahren 1987/88.

Summary**AIDS prevention in European prisons**

Information on HIV/AIDS in prisons which include 32 prison-systems in 17 European countries have been collected. The principle of equivalence of preventive measures and health care between prisons and the outside community, prison authorities should strive to prevent HIV transmission in prisons. There have been major developments in effective prevention programmes in the community, there has been less progress within the prison-systems. Information on AIDS is provided to prisoners in almost all prison-systems. While condom distribution is practiced in a growing number of systems, no prison systems have adopted syringes/needle distribution or exchange during incarceration. A few system have accepted distribution of a disinfectant (diluted bleach) with instruction on cleaning injection materials. Despite clear recommendations made by international bodies in 1987/88, it must be concluded that discrimination and segregation (restriction from access to workshops, specially work in kitchens) remain widespread in 1992.

Références

- 1 Conseil de l'Europe. Recommandation No R(87) 25 concernant une politique européenne commune de santé publique de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), Conseil de l'Europe, 1987.
- 2 Council of Europe. Recommendation 1080 on a coordinated European policy to prevent the spread of AIDS in prisons, Council of Europe, 1988.
- 3 *Harding TW, Schaller G.* HIV/AIDS in prisons: updating and policy review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries. University Institute of legal medicine Geneva, WHO Global programme on AIDS, 1992: 50 pp.
- 4 *Turnbull PJ, Dolan KA, Stimson GV.* HIV and AIDS: risks and experiences in custodial care. Hoshram, Avert 1991.
- 5 *Marinucci G, Di Giacomo C, Dato A et al.* Correspondence: seropositivity for HTLV-1 among Italian prisoners, AIDS 1990; 4:923–933.
- 6 *Martin V, Bayas JM, Laliga A et al.* Short communications: seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalonian penitentiary. AIDS, 1990 Oct 1/4:1023–1026.
- 7 *Melico-Silvestre A, Pombo V, Pereira A et al.* Correspondence: seroepidemiological survey of transmissible infections in Portuguese prisoners. AIDS 1991; 5:769–783.
- 8 Conseil national du SIDA. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Conseil national du SIDA, Paris 1991.
- 9 *Martin Sanchez M, Bolea Laguarda A.* Programa de prevencion y control de la tuberculosis en instituciones penitenciarias. Instituto de Salud Carlos III. 1990.
- 10 *Harding TW.* AIDS in prison. The lancet. 1987; 28:1260–1263.
- 11 *Harding TW and Schaller G.* HIV/AIDS policy for prisons or for prisoners? In: AIDS in the World. Harvard University Press, 1992.
- 12 Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons. Programme mondial de lutte contre le SIDA. Genève, 1993: 10 pp. (aussi disponible en anglais).

Adresse pour correspondance

Dr. Georgette Schaller
Institut universitaire de médecine
légale
Centre Médical Universitaire
9, avenue de Champel
CH-1211 Genève 4