

# Évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada : analyse de situation

**Gerald Thomas**

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

**Décembre 2005**

## Table des matières

Introduction	1
Méthodes	1
Contexte	2
Expérience d'autres pays relativement aux programmes d'échange de seringues dans les prisons	9
Justification des projets pilotes d'échange de seringues en milieu carcéral au Canada et demandes précédentes pour leur mise en place	11
Mesures potentielles	13
Conclusion	14
Bibliographie	14

## Résumé

Le présent document vise essentiellement à analyser les tendances actuelles en matière de consommation de drogues en milieu carcéral, de prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C (VHC) parmi les détenus, ainsi que divers renseignements pertinents afin d'évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada. La première section présente des renseignements généraux sur 1) l'utilisation de drogues injectables (UDI) et son incidence sur les épidémies de VIH et de VHC, 2) la prévalence de toxicomanes dans les prisons du Canada et leur niveau de consommation, 3) les niveaux et les habitudes de consommation de drogues injectables et de partage de seringues dans les prisons du Canada, 4) la prévalence des infections au VIH et au VHC parmi les détenus canadiens, 5) les cas prouvés de transmission de maladies par l'échange de seringues en milieu carcéral et 6) les politiques et programmes de réduction des méfaits en vigueur dans les prisons canadiennes de compétence provinciale et fédérale. La section suivante étudie l'expérience d'autres pays relativement aux programmes d'échange de seringues dans les prisons et se penche sur l'évaluation de leurs effets sur le comportement, de même que sur leur efficacité quant à la réduction des méfaits subis par les détenus qui consomment des drogues injectables. La troisième section passe en revue les considérations juridiques/constitutionnelles et morales/éthiques qui sous-tendent l'accès à des seringues stériles pour les détenus et résume les demandes précédentes pour la mise en place de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada. Enfin, la dernière section présente des mesures que pourrait adopter le gouvernement du Canada au moment où il envisage les diverses possibilités qui s'offrent en matière de programmes d'échange de seringues dans les prisons.

Le présent document a été publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) - 75, rue Albert, bureau 300, Ottawa (Ontario) K1P 5E7, tél. : (613) 235-4048, info@ccsa.ca, www.cclat.ca

Citation proposée : Thomas, Gerald. (2005). Évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada : analyse de situation. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (Groupe de travail national sur les politiques / Document de travail sur les politiques)

Le Groupe de travail national sur les politiques (GTNP) du CCLAT a pour objectif d'offrir une tribune où organismes et particuliers qui ont une expertise dans le domaine des toxicomanies peuvent engager des débats et analyser des questions de politique dans une optique nationale. Le GTNP n'est pas un organisme de revendication, mais plutôt un groupe qui analyse les pratiques exemplaires et formule des recommandations au conseil du CCLAT et au milieu de la lutte contre la toxicomanie. Le GTNP contribue à l'objectif d'élaboration de politiques du CCLAT en surveillant les percées majeures dans les domaines de la recherche et de l'élaboration de politiques et en formulant des commentaires éclairés sur des questions d'envergure nationale. Les membres actuels du GTNP sont : John Borody, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances; Thomas Brown, Université McGill; Garth McIver, Société médicale canadienne sur l'addiction; Louis Gliksman, Centre de toxicomanie et de santé mentale; Perry Kendall, agent de santé provincial, Colombie-Britannique; Christiane Poulin, Université Dalhousie; Linda Dabros, Santé Canada; Edward Sawka, Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies; Patricia Bégin, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Sally Greenhill, Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies; Gerald Thomas, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à [www.cclat.ca](http://www.cclat.ca)

This document is also available in English under the title *Assessing the Need for Prison-Based Needle Exchange Programs in Canada: A Situational Analysis*

Ce document est publié grâce entre autres à la participation financière de Santé Canada. Les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Droit d'auteur © 2006 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Tous droits réservés.

ISBN 1-897321-03-5

# Évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada : analyse de situation

Gerald Thomas, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, décembre 2005

## Introduction

Simplement dire non? Favoriser les approches unilatérales et ultra-rigides d'application de la loi? Il est de plus en plus évident que de telles mesures ne sont pas des solutions adéquates aux causes complexes de l'abus de substances et de la toxicomanie, non plus que pour la réduction des importantes conséquences pour la santé et la société<sup>1</sup>. Voilà pourquoi ont été élaborées, en plus des techniques plus traditionnelles d'application de la loi, des méthodes d'intervention plus subtiles et complètes qui mettent l'accent sur le recours à la prévention, au traitement et à la réduction des méfaits (MacPherson, 2001). Par exemple, le Service correctionnel du Canada (SCC), qui héberge tous les prisonniers dont la sentence excède deux ans, utilise tout un éventail d'interventions pour aider les détenus toxicomanes en alliant un régime de traitements fondés sur des éléments probants, des programmes de prévention et de sensibilisation, des mesures poussées de dépistage et de sécurité ainsi que des programmes de réduction des méfaits, notamment la prestation d'eau de Javel afin de stériliser les seringues (Lines, 2002). Le présent document examine diverses questions touchant un type précis d'approche en matière de réduction des méfaits, soit les programmes d'échange de seringues, en vigueur dans les prisons au Canada.

Le présent document vise essentiellement à analyser les tendances actuelles en matière de consommation de drogues en milieu carcéral, de prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C (VHC) parmi les détenus, ainsi que divers renseignements pertinents afin d'évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada. La première section présente des renseignements généraux sur 1) l'utilisation de drogues injectables (UDI) et son incidence sur les épidémies de VIH et de VHC, 2) la prévalence de toxicomanes dans les prisons du Canada et leur niveau de consommation, 3) les niveaux et les habitudes de consommation de drogues injectables et de partage de seringues dans les prisons du Canada, 4) la prévalence des infections au VIH et au VHC parmi les détenus canadiens, 5) les cas prouvés de transmission de maladies par l'échange de seringues en milieu carcéral et 6) les politiques et programmes de réduction des méfaits en vigueur dans les prisons canadiennes de compétence provinciale et fédérale. La section suivante étudie l'expérience d'autres pays relativement aux programmes d'échange de seringues dans les prisons et se penche sur l'évaluation de leurs effets sur le comportement, de même que sur

leur efficacité quant à la réduction des méfaits subis par les détenus qui consomment des drogues injectables. La troisième section passe en revue les considérations juridiques/constitutionnelles et morales/éthiques qui sous-tendent l'accès à des seringues stériles pour les détenus et résume les demandes précédentes pour la mise en place de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada. Enfin, la dernière section présente des mesures que pourrait adopter le gouvernement du Canada au moment où il envisage les diverses possibilités qui s'offrent en matière de programmes d'échange de seringues dans les prisons.

## Méthodes

La recherche présentée dans ce document examine la documentation évaluée par des pairs et la littérature grise (en langue anglaise) sur des sujets ayant un lien direct avec l'évaluation du besoin de programmes d'échange de seringues en milieu carcéral au Canada. Des données provenant d'autres pays ont été utilisées lorsqu'il n'y en avait aucune pour le Canada ou à des fins de comparaison avec le Canada. Divers sujets spécifiques sont abordés, dont l'incidence et la prévalence du VHC et du VIH/sida dans la population générale et carcérale au Canada, les niveaux de consommation de drogues et la prévalence des comportements à risque connexes parmi les détenus au pays, les données sur la transmission de maladies entre prisonniers toxicomanes au Canada et à l'étranger, les politiques et programmes de réduction des méfaits en vigueur dans les établissements correctionnels canadiens, les résultats obtenus dans le cadre des programmes d'échange de seringues dans les prisons déjà en place à l'étranger et une revue des demandes précédentes pour la mise en place de programmes pilotes. Pour procéder à cet examen, des recherches ont été faites sur le Web (sources en ligne) et dans des bases de données de bibliothèques (dont des bases de données détaillées et mondiales comme WorldCat, MEDLINE et SCIENCEDIRECT) à l'aide de mots-clés.

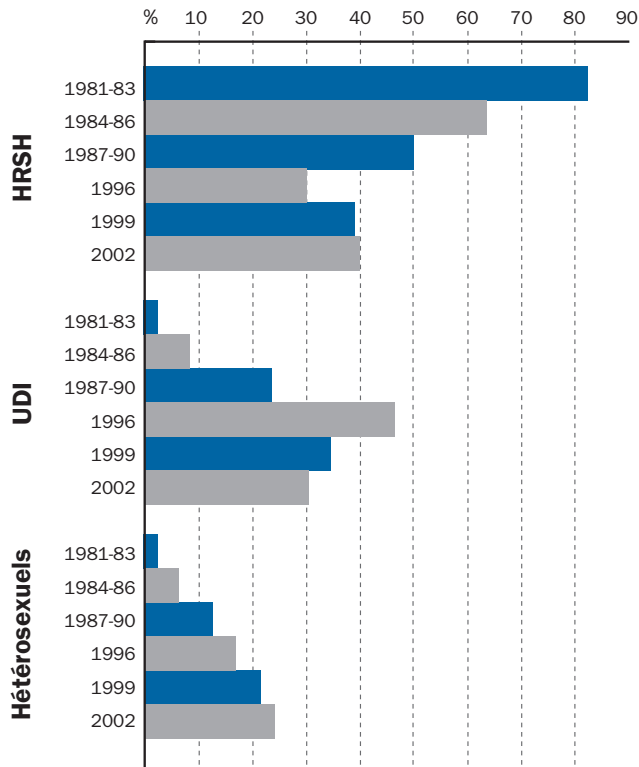
1 Pour les données les plus récentes sur les niveaux et les habitudes en matière de consommation de substances au Canada, y compris celles sur la prévalence de l'UDI, consulter le rapport détaillé de *l'Enquête sur les toxicomanies au Canada* de 2004, à [www.cclat.ca](http://www.cclat.ca).

## Contexte

*Incidence de l'utilisation de drogues injectables sur les épidémies de VIH et de VHC.* Des travaux de recherche confirment que l'UDI, et tout particulièrement le partage de matériel d'injection non stérile, sont d'importants facteurs de risque associés à la propagation de maladies infectieuses véhiculées par le sang comme le VIH et le VHC. On estime que 30 % des nouveaux cas de VIH (ASPC, 2003) et de 57 % des cas de VHC diagnostiqués au Canada (ASPC, 2004a; ASPC, 2001:2) sont attribuables à l'UDI.

La figure 1 illustre le pourcentage de nouveaux cas confirmés de VIH au Canada entre 1981 et 2002 qui sont attribuables à trois catégories d'exposition : les relations sexuelles entre hommes (HRSH), l'utilisation de drogues injectables (UDI) et les contacts sexuels hétérosexuels.

**Figure 1 :** Répartition estimée des nouveaux cas de VIH au Canada, par catégorie d'exposition, 1981-2002

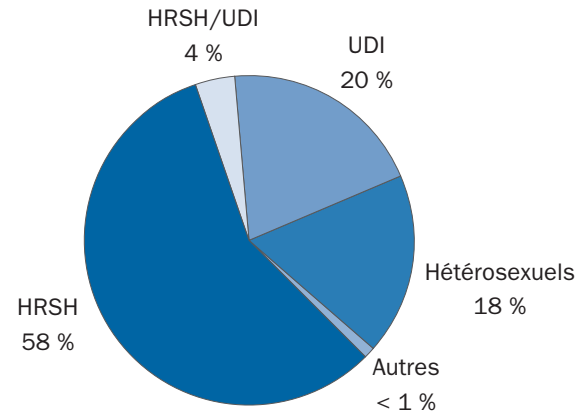


Source : ASPC, 2003:202.

La figure 1 montre clairement qu'au Canada, le pourcentage de nouveaux cas confirmés de VIH attribuables à l'UDI est passé de 2 % en 1981-1983 à un sommet de 48 % en 1996, pour ensuite retomber à environ 30 %. Cela confirme, du moins de façon circonstancielle, qu'il existe bel et bien un besoin pour des programmes de réduction des méfaits comme les programmes communautaires d'échange de seringues, qui sont officiellement entrés en vigueur en 1989 et se sont peu à peu répandus dans la plupart des grands centres urbains dans les années suivantes, et pour le traitement d'entretien à la méthadone, qui est devenu plus courant au Canada au milieu des années 1990, afin de limiter la propagation du VIH parmi les personnes qui s'injectent de la drogue<sup>2</sup>.

La figure 2 montre la prévalence globale au Canada, en 2002, des cas confirmés d'infection au VIH selon cinq catégories d'exposition.

**Figure 2 :** Prévalence au Canada des cas confirmés d'infection au VIH, par catégorie d'exposition, 2002



Source : ASPC, 2003:201.

La figure 2 montre que les utilisateurs de drogues injectables, y compris ceux qui ont des relations homosexuelles, représentent près du quart des cas confirmés de VIH au Canada et affichent le deuxième taux de prévalence en importance après les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Pour ce qui est de l'incidence (nouveaux cas) et de la prévalence (cas existants), l'utilisation de drogues injectables est donc en cause dans une proportion importante des cas de VIH au Canada<sup>3</sup>.

2 Pour des données plus directes de l'efficacité des programmes communautaires d'échange de seringues en tant que moyen de réduire la propagation de maladies véhiculées par le sang chez les utilisateurs de drogues injectables, consulter OMS, 2004; Holtgrave et coll., 1998; 1997; Lurie et coll., 1993; GAO des É.-U., 1993.

3 Les personnes qui s'injectent de la drogue représentent également une vaste proportion des cas nouveaux et existants d'infection au VHC au Canada. Dès les débuts de l'épidémie de VHC, Scully et coll. (1993) ont démontré que 43 % de 63 cas consécutifs d'infection relevés dans une clinique privée d'Ottawa concernaient des utilisateurs de drogues injectables. Il en va de même à l'Î.-P.-É., où 46 % des 54 cas officiels de VHC rapportés entre 1991 et 1995 étaient attribuables à l'UDI (Stratton et coll., 1997).

Des études indiquent que l'utilisation de drogues injectables est le facteur de risque le plus important dans la transmission du VHC au Canada et pourrait être à l'origine d'environ 60 à 70 % des quelque 2200 à 4000 nouveaux cas annuels (ASPC, 2001; LLCM, 1999). À l'heure actuelle, on estime entre 250 000 et 300 000 le nombre de personnes infectées au VHC au Canada et, sur ce nombre, environ les deux tiers ignorent leur état (ASPC, 2004b). Selon le projet I-Track - Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, les taux de prévalence du VHC varient de 60 % (Regina) à 79,3 % (Victoria) chez les utilisateurs de drogues injectables recrutés alors qu'ils participaient à des programmes communautaires d'échange de seringues dans cinq villes canadiennes (ASPC, 2004b). Une étude sur les utilisateurs de drogues injectables de Vancouver a rapporté un taux de prévalence du VHC de 88 % (Strathdee et coll., 1997), alors que selon une étude continue effectuée à Vancouver (étude VIDUS) en 1999 auprès de 1475 utilisateurs de drogues injectables, le « taux de prévalence de base » était de 81,6 % (Patrick et coll., 2001). Le Laboratoire de lutte contre la maladie affirme même que « [l]a lutte contre l'infection à VHC au Canada repose donc, principalement, sur les interventions à l'égard des UDI » (LLCM, 1999:6).

Entre 1992 et 1997, le nombre de cas confirmés de VHC au Canada est passé de 1321 à 19 571; par contre, la majorité de ces cas pourraient être attribuables au dépistage des cas existants, plutôt qu'à une épidémie (Zou, Tepper et Giulivi, 2000). La grande corrélation entre l'utilisation de drogues injectables et l'infection au VHC découle principalement du fait que le virus se transmet relativement facilement par le partage du matériel d'injection, alors qu'il se transmet plus difficilement par contact sexuel et autres. Cette situation souligne l'importance de mettre en place, à grande échelle, des programmes (p. ex. des programmes d'échange de seringues) à l'intention des utilisateurs de drogues injectables afin de limiter la propagation du VHC dans cette population à risque élevé.

*Consommation de substances en milieu carcéral au Canada.* Pour diverses raisons sociales, économiques et politiques complexes, la majorité des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale canadien ont également des problèmes quantifiables de toxicomanie : on estime à 70 % le nombre de détenus fédéraux manifestant des problèmes plus ou moins importants d'alcool ou de drogue (Roy, 2001), et les chercheurs croient qu'entre 38 et 44 % des détenus masculins sous responsabilité fédérale ont une dépendance à au moins une substance psychoactive (y compris l'alcool) (Pernanen et coll., 2002). Bien qu'il soit difficile d'évaluer la proportion exacte de prisonniers qui consomment de l'alcool et de la drogue pendant leur incarcération, 38 %

des 4285 détenus sous responsabilité fédérale sondés par le SCC dans le cadre du Sondage national de 1995 auprès des détenus ont déclaré avoir bu de l'alcool ou s'être drogués au moins une fois pendant leur peine d'incarcération courante (Robinson et Mirabelli, 1996)<sup>4</sup>. Une évaluation moins subjective de la consommation de substances dans les prisons fédérales peut également être obtenue à partir des contrôles au hasard d'échantillons d'urine. Pour la période allant de juillet 1996 à mars 2000, 11 ou 12 % des quelque 25 000 analyses de ce genre effectuées dans les établissements fédéraux étaient positives pour au moins une substance psychoactive<sup>5</sup>, les plus courantes étant le cannabis (9,32 % des contrôles aléatoires), les opiacés (1,19 % des contrôles aléatoires) et les benzodiazépines (0,78 % des contrôles aléatoires)<sup>6</sup>. Des données plus récentes issues du programme de contrôle au hasard d'échantillons d'urine du SCC confirment ce taux global de toxicomanie, 11,12 % des analyses ayant été positives pour au moins une substance en 2002-2003 (SCC, 2004b). Il importe cependant de souligner qu'en raison de diverses variables confusionnelles, il est impossible, à partir des contrôles au hasard d'échantillons d'urine, d'extrapoler des estimations précises quant au niveau de consommation de drogues dans les installations carcérales.

*Utilisation de drogues injectables et partage de seringues dans les prisons du Canada.* Même s'il est difficile d'évaluer de façon objective la prévalence de l'UDI et du partage de seringues dans les prisons du Canada, 11 % des 4285 détenus masculins sous responsabilité fédérale sondés dans le cadre du Sondage national de 1995 auprès des détenus du SCC ont déclaré s'être injecté de la drogue en prison, 41 % de ceux-ci ayant indiqué que leur matériel était sale ou qu'ils ne savaient pas s'il était propre au moment de l'utilisation (Robinson et Mirabelli, 1996)<sup>7,8</sup>. Une étude réalisée à Montréal en 1995 auprès de détenus sous responsabilité provinciale a en outre révélé que 6,2 % des hommes et 1,5 % des femmes s'étaient injecté de la drogue pendant leur peine d'emprisonnement (Hankins et coll., 1995), et une autre, réalisée à Québec la même année auprès de la même population, que 2,4 % des détenus avaient admis s'être injecté de la drogue en prison, 92 % d'entre eux s'étant partagé le matériel d'injection (Dufour et coll., 1995).

Il existe également un lien entre l'incarcération et l'UDI, d'une part, et la proportion de membres de la collectivité qui s'injectent de la drogue et qui déclarent avoir déjà été incarcérés, d'autre part. Une étude réalisée à Toronto au début des années 1990 a déterminé que 80 % des utilisateurs avaient été emprisonnés au moins une fois depuis qu'ils avaient commencé à s'injecter de la drogue; de ceux-ci, le quart ont affirmé avoir partagé leur matériel d'injection pendant qu'ils purgeaient leur peine (Millson, 1991). De même, 76 % des 1475 utilisateurs de drogues injectables ayant pris part à une étude effectuée à

4 La consommation de drogues étant considérée comme une infraction grave en milieu carcéral, ces autodéclarations sont susceptibles de sous-évaluer la véritable ampleur de la consommation de substances dans les prisons fédérales canadiennes.

5 Le programme de contrôle au hasard d'échantillons d'urine du SCC permet de tester 5 % des détenus chaque mois. Les tests sont censés être aléatoires, mais des éléments laissent supposer que ce n'est pas parfaitement le cas, ce qui a vraisemblablement une certaine incidence sur la validité des données (MacPherson, 2001).

6 Il importe de souligner que les métabolites associés aux opiacés sont éliminés en un à trois jours, alors que ceux associés au cannabis peuvent être dépistés jusqu'à six semaines après un usage chronique, ce qui rend le cannabis plus facile à déceler que les opiacés et pourrait expliquer, du moins en partie, l'écart substantiel entre les résultats positifs pour diverses drogues.

7 L'utilisation de drogues injectables est également courante dans les établissements correctionnels fédéraux pour femmes au Canada. Dans une étude réalisée en 2003 auprès d'environ 40 % des détenues sous responsabilité fédérale, 19 % des participantes s'étaient injecté de la drogue en prison (DiCenso et coll., 2003).

8 L'utilisation de drogues injectables était particulièrement répandue dans la région du Pacifique du système correctionnel fédéral : selon l'enquête de 1995, 23 % des détenus s'y étaient adonnés pendant leur incarcération.

Vancouver parmi les utilisateurs de drogues injectables (étude VIDUS) avaient été incarcérés après avoir commencé à consommer, 31 % d'entre eux s'étant en outre injecté de la drogue en prison (Woods et coll., 2004).

Enfin, des données récentes tirées des analyses d'urine ainsi que des fouilles et des saisies du SCC confirment que l'UDI se perpétue dans les centres correctionnels fédéraux canadiens. Ainsi, pendant l'exercice 2002-2003, 3,84 % des échantillons d'urine analysés révélaient des traces d'opiacés<sup>9</sup>, et le SCC a saisi plus de 300 seringues auprès des prisonniers (SCC, 2004b)<sup>10</sup>.

D'autres comptes rendus, plus détaillés (mais moins représentatifs), de l'utilisation de drogues injectables en milieu carcéral proviennent d'études réalisées dans divers centres correctionnels. Trois études canadiennes sont particulièrement utiles pour mieux comprendre le phénomène de l'UDI dans les prisons fédérales.

1. ÉTABLISSEMENT DE SPRINGHILL (NOUVELLE-ÉCOSSE), 1997. En réponse à la révélation faite par deux prisonniers infectés au VIH et au VHC à propos du partage généralisé de matériel d'injection, le SCC, en collaboration notamment avec le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, a procédé à une étude volontaire et confidentielle sur la prévalence et les comportements à risque. Des 194 détenus testés et interviewés (187 hommes et 7 femmes), environ la moitié (94) se sont déclarés utilisateurs actuels ou passés de drogues injectables. Voici quelques-uns des résultats de l'étude.

- Deux détenus (1 %) étaient séropositifs et 53 (28 %) étaient infectés par le VHC.
- Les détenus qui s'injectaient ou s'étaient déjà injecté de la drogue étaient proportionnellement plus nombreux que les autres à être infectés au VIH ou au VHC (ainsi, les utilisateurs de drogues injectables étaient 6,5 fois plus susceptibles que les autres d'être infectés au VHC).
- Des 43 détenus s'étant injecté de la drogue au cours des six mois précédant leur incarcération :
  - 11 (28 %) ont dit avoir emprunté les seringues d'autres personnes, deux d'entre eux (18 %) ayant affirmé toujours emprunter leur matériel d'injection;
  - 15 (35 %) ont déclaré avoir prêté leurs seringues;
  - 43 (100 %) ont affirmé avoir accès à du matériel d'injection stérile.

- Des 28 détenus s'étant injecté de la drogue à l'établissement de Springhill au cours des six mois précédents :
  - 23 (82 %) ont affirmé avoir emprunté ou loué des seringues d'autres prisonniers, 19 d'entre eux (83 % des emprunteurs) ayant précisé toujours utiliser de l'équipement emprunté;
  - 19 (70 %) ont déclaré prêter leur matériel d'injection;
  - 21 (75 %) ont dit avoir accès à des seringues stériles (Lior et coll., 1998).

2. ÉTABLISSEMENT DE JOYCEVILLE (ONTARIO), 1997. À la fin de l'automne 1997, un détenu de l'établissement de Joyceville, près de Kingston, a révélé être séropositif et avoir partagé son matériel d'injection avec de nombreux autres détenus au cours des mois précédents. Le niveau d'anxiété régnant dans la prison a grimpé en flèche, et le comité des détenus en est venu à exiger la tenue d'une étude générale sur la prévalence du VIH afin de tester tous les prisonniers de façon anonyme pour que les toxicomanes ne soient pas identifiés et marginalisés. Ainsi, des chercheurs de l'Université Queen's ont prélevé des échantillons de sang auprès de 355 des 520 détenus (68 %) de l'établissement, et 350 prisonniers ont rempli un questionnaire exhaustif sur les comportements à risque. Voici quelques-uns des résultats obtenus.

- 33 % des participants étaient infectés au VHC et 1,7 %, séropositifs<sup>11</sup>.
- 27,1 % des participants n'ont rapporté aucun facteur de risque.
- 24,3 % des participants ont déclaré s'être injecté de la drogue en prison (18,3 % ont affirmé l'avoir aussi fait dans la collectivité et 6 %, seulement en prison) et 13,1 %, dans la collectivité mais non en prison.
- 19,1 % des participants ont dit avoir partagé du matériel d'injection en prison (11,4 % ont affirmé l'avoir aussi fait dans la collectivité et 7,7 %, seulement en prison) et 6,6 %, dans la collectivité mais non en prison (Ford et coll., 2000).

<sup>9</sup> Sont inclus à la fois les contrôles aléatoires et non aléatoires d'échantillons d'urine réalisés dans les établissements. Il est cependant impossible d'établir le niveau exact d'injection d'opiacés, car certains détenus les consomment par voie orale. Le nombre de comprimés d'opiacés confisqués dans les prisons fédérales canadiennes a triplé, passant de 534 en 1996-1997 à 1570 en 2002-2003, ce qui laisse supposer une tendance en faveur de la consommation par voie orale. Par contre, la question se complique davantage étant donné que certains utilisateurs broient leurs comprimés et les dissolvent dans de l'eau avant de se les injecter.

<sup>10</sup> En général, les statistiques de saisie rapportées par le SCC ne constituent pas une mesure fiable du niveau global de consommation de drogues, car il est impossible d'établir le pourcentage des substances de contrebande saisies dans les prisons. Cette thèse semble étayée par la grande variation des chiffres de saisie d'une année à l'autre.

<sup>11</sup> Une étude similaire effectuée en 1995 avait révélé un taux d'infection de 27,9 % pour le VHC et de 1 % pour le VIH à l'établissement de Joyceville. Cependant, le roulement important des détenus ne permet pas de comparer directement les taux d'infection rapportés par les deux études.



3. ÉTABLISSEMENT DE STONY MOUNTAIN (MANITOBA), 2002. Des chercheurs manitobains ont réalisé en 2002 une étude des comportements à risque à l'établissement de Stony Mountain dans le cadre d'une étude plus vaste sur l'UDI à Winnipeg. Quarante des 420 détenus y ont participé. Voici quelques-uns des résultats de l'étude.

- 39 prisonniers (97 % des participants) ont dit s'être déjà injecté de la drogue<sup>12</sup>.
- 21 détenus (53 %) ont rapporté l'avoir fait pendant leur incarcération courante<sup>13</sup>. De ceux-ci :
  - 18 (86 % des utilisateurs en milieu carcéral) ont affirmé s'être piqués en prison avec une seringue usagée. Plus précisément :
    - 10 (56 % des utilisateurs de seringues usagées) ont déclaré le faire toujours ou presque, et huit (44 %), rarement ou parfois;
    - 18 (100 % des utilisateurs de seringues usagées) ont déclaré qu'ils nettoient généralement leur matériel d'injection; parmi eux :
      - 15 (83 %) se servaient habituellement d'eau de Javel;
      - 2 (11 %) se servaient habituellement d'eau de Javel et d'eau;
  - 14 (67 % des utilisateurs en milieu carcéral) ont rapporté partager leur matériel de préparation, leur eau de rinçage ou leur coton de filtrage.
- 7 prisonniers (18 %) ont affirmé avoir cessé de se piquer avant leur arrestation ou incarcération.
- 11 détenus (28 %) ont déclaré avoir cessé de se piquer à cause de leur arrestation ou incarcération (Wylie, 2004)<sup>14</sup>.

Les conclusions tirées de telles analyses approfondies de l'utilisation de drogues injectables en milieu carcéral sont très importantes tant pour déterminer la nécessité de programmes de réduction des méfaits que pour élaborer des interventions qui réduiront réellement les méfaits subis par les détenus. Des études précitées, plusieurs conclusions méritent d'être soulignées :

- bien des prisonniers qui continuent à s'injecter de la drogue le font moins souvent en prison que lorsqu'ils sont dans la collectivité<sup>15</sup>;
- les utilisateurs de drogues injectables partagent plus souvent leur matériel d'injection lorsqu'ils sont en prison que dans la collectivité;
- dans l'étude de l'établissement de Stony Mountain, les participants ont déclaré nettoyer leur matériel d'injection et le faire avec de l'eau de Javel (diluée ou pas) plus souvent en prison que dans la collectivité;

- les habitudes de consommation sont très différentes dans la collectivité et en milieu carcéral, où l'accessibilité et la qualité de la drogue semblent être des facteurs importants pour les habitudes et la fréquence de consommation;
- certains détenus n'ont commencé à s'injecter qu'après leur incarcération. Les deux détenus de Stony Mountain qui ont agi ainsi ont expliqué que leur décision était grandement due à leur volonté de s'intégrer à leurs pairs;
- une proportion substantielle de toxicomanes ont cessé de s'injecter après leur arrestation ou leur incarcération, et le manque d'équipement stérile semble en être une des raisons principales (bien que cette raison n'ait été mentionnée explicitement que par un des onze participants à l'étude de Stony Mountain qui avaient cessé de s'injecter depuis leur emprisonnement).

Ces données montrent clairement que l'introduction de seringues stériles en milieu carcéral pourrait avoir des répercussions positives ou négatives sur un éventail de comportements. Toute évaluation exhaustive des programmes d'échange de seringues devra donc comprendre un volet fortement axé sur la collecte de données ethnographiques permettant l'évaluation de ces types de conséquences comportementales potentielles.

*Prévalence du VIH/sida et du VHC au sein des populations carcérales canadiennes.* De nombreuses études démontrent que le taux de prévalence du VIH et du VHC parmi les détenus sous responsabilité fédérale et provinciale au Canada est beaucoup plus élevé qu'au sein de l'ensemble de la population (De et coll., 2004; Landry et coll., 2004; Ramuscak et coll., 2004; Santé Canada et SCC, 2004; Ford et coll., 2000). Les estimations actuelles laissent supposer que le taux global d'infection au VIH chez les détenus du système correctionnel fédéral canadien (1,7 %) est plus de dix fois supérieur à celui de la population en général (0,13 %) (Moloughney, 2004)<sup>16</sup>. Le nombre de cas confirmés de VIH/sida dans le système correctionnel fédéral au Canada est passé de 14 en janvier 1989 à 159 en mars 1996, à 233 en décembre 2001 et à 251 en décembre 2002, même si cette croissance est attribuable en partie à l'augmentation des taux de contrôle et à l'amélioration des pratiques de rapport. Les taux d'infection au VIH sont particulièrement élevés chez les détenues sous responsabilité fédérale, 8,2 % d'entre elles étant séropositives dans la région des Prairies du SCC (SCC, 2003).

12 Les participants n'ont pas été choisis de façon aléatoire : il s'agissait d'utilisateurs actuels ou passés de drogues injectables.

13 Des 21 détenus qui ont affirmé s'être injecté de la drogue au cours de leur incarcération courante, quatre ne l'avaient jamais fait au cours des six mois précédents, huit s'en étaient injectés entre 1 et 30 fois au cours des six mois précédents, aucun ne l'avait fait de 31 à 100 fois au cours des six mois précédents et neuf s'étaient piqués plus de 100 fois au cours des six mois précédents; deux prisonniers ont dit avoir été seuls au moment de l'injection, sept l'avaient fait en présence d'une ou de deux personnes et onze, en présence d'au moins trois personnes; trois participants n'obtenaient leur matériel d'injection de personne, huit l'obtenaient auprès d'une personne et dix, de deux ou trois personnes; enfin, neuf détenus ont affirmé se piquer avec plus d'un groupe de prisonniers, dont trois avec deux ou trois groupes différents, deux avec quatre groupes et un avec six groupes.

14 Par une question à réponse ouverte, on a demandé aux onze détenus qui ont déclaré avoir cessé de s'injecter de la drogue depuis leur arrestation ou leur incarcération ce qui avait justifié cette décision. Les raisons mentionnées concernaient souvent la volonté d'améliorer leur santé et leur vie ainsi que les problèmes liés à l'injection en milieu carcéral (p. ex. occasions d'injection limitées, accessibilité et qualité de la drogue). Un d'entre eux a expressément rapporté l'avoir fait parce qu'il était incapable de se procurer du matériel d'injection propre et qu'il craignait de contracter le VIH.

15 Cette conclusion va dans le même sens que celles d'études à plus grande échelle réalisées à l'étranger. Voir Muller et coll., 1995, et Weild et coll., 2000.

16 De même, des études réalisées dans des prisons provinciales du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario ont révélé que les taux d'infection au VIH, qui varient entre 1 % et 7,7 %, y sont de 10 à 60 fois supérieurs à ceux de la population canadienne en général.

Le VHC est encore plus répandu que le VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale, le taux global estimé de prévalence en 2002 (26 %) étant plus de 30 fois supérieur à celui enregistré pour l'ensemble des Canadiens (0,8 %) (SCC, 2004a)<sup>17</sup>. Encore une fois, les taux d'infection au VHC sont plus élevés chez les détenues sous responsabilité fédérale que chez leurs homologues masculins : en 2002, les taux de prévalence du VHC étaient de 34 % et de 26 % respectivement (De et coll., 2004)<sup>18</sup>.

*Données confirmant la transmission de maladies due à l'échange de seringues dans les prisons.* Des analyses des facteurs de risque de l'hépatite B et C et du VIH réalisées ici et à l'étranger démontrent que le partage du matériel d'injection en milieu carcéral est souvent un prédicteur statistiquement significatif des taux d'infection (Elwood-Martin et coll., 2005; Long et coll., 2001; Stark et coll., 1997; Muller et coll., 1995)<sup>19</sup>. Autrefois rares, on compte maintenant plusieurs cas documentés de propagation de maladies transmissibles par le sang due au partage de seringues au sein de groupes de prisonniers. Ainsi, en 1993, au moins huit détenus de la prison de Glenochil, en Écosse, sont devenus séropositifs (séroconvertis) de cette façon au cours d'une période de six mois (Taylor et coll., 1996; Taylor et Goldberg, 1996)<sup>20</sup>; l'étude de suivi réalisée en 1997 a montré que 13 prisonniers avaient été infectés par la même source. De même, des données épidémiologiques et génétiques ont confirmé que le partage de seringues avait entraîné la séroconversion au VIH de huit détenus pendant leur incarcération dans un établissement australien au début des années 1990 (Kinlock et coll., 1993)<sup>21</sup>.

Même si des éléments de preuve laissent fortement supposer que le VIH et le VHC ont été propagés au Canada entre des détenus qui s'injectent de la drogue, il n'existe en ce moment aucune preuve péremptoire en ce sens. Ainsi, les études susmentionnées qui portent sur les établissements de Springhill et de Joyceville pourraient être qualifiées d'études sur la « poussée épidémique ». Malheureusement, aucune action subséquente n'a été réalisée pour valider que les séroconversions

étaient dues au partage de seringues en milieu carcéral. Toutefois, en 2002, Jason Pothier, emprisonné pour la plus grande partie des huit années précédentes et pris en charge par le système correctionnel fédéral depuis septembre 1997, a entamé des poursuites en dommages contre le SCC, alléguant la négligence de l'organisme en ce qui concerne son infection au VIH et au VHC lorsqu'il était incarcéré et les soins reçus subséquentement. Les accusations s'appuyaient sur les principes de négligence et de violation d'obligation fiduciaire de la common law ainsi que sur la *Charte des droits et libertés*. M. Pothier prétendait avoir contracté le VIH et le VHC après être devenu héroïnomanie pendant sa détention et avoir partagé des seringues avec d'autres prisonniers. Conscient des risques inhérents à l'injection avec des seringues contaminées, il avait demandé à plusieurs reprises que le SCC lui fasse suivre un traitement d'entretien à la méthadone, mais les règlements en vigueur à cette époque ne lui permettaient pas d'en bénéficier. M. Pothier a intenté des poursuites en arguant que le SCC devait être tenu responsable de son infection puisque l'organisme lui avait refusé le traitement à la méthadone, même en sachant qu'il contracterait vraisemblablement le VIH en raison de sa toxicomanie et en ne mettant aucun matériel d'injection stérile à la disponibilité des détenus qui s'injectent de la drogue. Le cas a récemment fait l'objet d'une entente hors cour dont les clauses n'ont pas été divulguées.

*Exemples de la demande et des programmes de réduction des méfaits actuellement en vigueur dans les prisons du Canada.* Au Canada, tous les régimes correctionnels comptent des programmes visant à réduire la demande de substances illicites ainsi que les méfaits connexes chez les détenus toxicomanes, quoique le degré de perfectionnement des approches varie beaucoup (Lines, 2002)<sup>22</sup>. Ainsi, le SCC a mis en place un régime exhaustif de traitement de la toxicomanie qui offre chaque année des programmes accrédités et fondés sur des éléments probants à des milliers de prisonniers, selon une évaluation de leur niveau de risque et de leurs besoins individuels (Thomas, 2003). À l'opposé, les programmes de traitement de la toxicomanie de la plupart des

17 Les taux d'infection au VIH et au VHC enregistrés dans la plupart des systèmes carcéraux du monde sont eux aussi généralement bien supérieurs à ceux de l'ensemble de la population. Le taux de prévalence du VIH/sida et du VHC parmi les détenus dépend habituellement de deux facteurs : 1) la proportion de prisonniers qui se sont injectés de la drogue avant leur incarcération et 2) le taux d'infection parmi les utilisateurs de drogues injectables dans la collectivité (Lines, 2002:5).

18 Il est difficile d'obtenir des données relatives à la prévalence du VHC chez les détenus sous responsabilité provinciale. La C.-B. a réalisé une étude à ce sujet au début des années 1990, mais les données en sont périmées (Prefontaine et coll., 1994). Cependant, dans le cadre de travaux de recherche récents du Centre correctionnel pour femmes de Burnaby (Colombie-Britannique), 52 % des détenues ont affirmé être infectées au VHC et 8 %, être séropositives (Elwood-Martin et coll., 2005). En outre, des chercheurs québécois ont publié en 2004 une étude de prévalence du VHC fondée sur un échantillon de 1617 détenus sous responsabilité provinciale (1357 hommes et 250 femmes) révélant un taux d'infection de 16,6 % chez les hommes et de 29,2 % chez les femmes (Landry et coll., 2004). Enfin, l'Ontario a récemment entrepris une étude semblable auprès des personnes mises en détention provisoire dans la province, et des résultats préliminaires ont été présentés en 2004 (Ramuscak et coll., 2004).

19 Des travaux de recherche récents montrent que la durée d'emprisonnement est un prédicteur statistiquement significatif du taux de partage de seringues entre les utilisateurs de drogues injectables qui ont participé à l'étude VIDUS, à Vancouver (Colombie-Britannique). Voir Woods et coll., 2004.

20 Des tests réalisés après l'apparition de l'épidémie ont confirmé que 14 utilisateurs de drogues injectables à la prison de Glenochil étaient séropositifs, mais que seuls huit des cas de transmission avaient incontestablement eu lieu en milieu carcéral. Malgré tout, les chercheurs qui ont procédé à l'étude de cette épidémie suspectent fortement que la majorité des six autres prisonniers séropositifs ont également été infectés sur place, car 13 des 14 sujets concernés étaient porteurs de la même souche du virus. Il importe de souligner qu'un des détenus ayant contracté le VIH à Glenochil a déclaré avoir toujours nettoyé son matériel d'injection avec de l'eau de Javel avant de l'utiliser.

21 Pour d'autres exemples de cas confirmés de propagation de maladies en milieu carcéral due au partage de seringues, notamment aux États-Unis, en Lituanie, en Russie et en Allemagne, voir Lines et coll., 2004:912; Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004b; et Dolan, 1998.

22 Tous les centres carcéraux disposent également de nombreux programmes et politiques d'application de la loi visant à limiter l'approvisionnement en drogues, notamment des activités comme la collecte de renseignements, le contrôle au hasard d'échantillons d'urine, les protocoles de fouille et de saisie, les détecteurs ioniques, etc.



systèmes correctionnels provinciaux du pays ne sont pas aussi bien conçus et ne répondent pas pleinement à la demande. Pour ce qui est de la réduction des méfaits potentiels subis par les détenus qui s'injectent de la drogue, trois programmes fédéraux méritent d'être pris en considération : la prestation d'eau de Javel aux fins de stérilisation du matériel d'injection, le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) pour les prisonniers dépendants aux opiacés et le programme pilote Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires (IPTs)<sup>23</sup>.

**EAU DE JAVEL.** Des travaux de recherche démontrent que bien utilisée, l'eau de Javel peut réduire les risques de transmission du VIH entre personnes qui s'injectent de la drogue et partagent des seringues, sans pourtant être aussi efficace pour limiter la propagation de l'hépatite C, dont le virus est beaucoup plus résistant. De nombreuses prisons autour du monde (notamment en Écosse, en Allemagne, en France, au Danemark, en Finlande, en Grèce, en Italie, en Australie, en Suisse, en Belgique, au Luxembourg et aux Pays-Bas) fournissent de l'eau de Javel aux détenus pour leur permettre de nettoyer les seringues (Wiessing, 2001). Il importe de souligner qu'aucune des prisons ayant accepté de le faire n'a révoqué cette politique (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004a). Le tableau 1 montre la disponibilité et l'accessibilité de l'eau de Javel dans les prisons du Canada en septembre 2002.

**Tableau 1** : Disponibilité et accessibilité de l'eau de Javel dans les prisons canadiennes, 2002

Instance	Eau de Javel disponible	Eau de Javel accessible <sup>24</sup>
Alberta	Non	0
Colombie-Britannique	Oui	4
Fédéral (SCC)	Oui	2
Manitoba	Non	0
Nouveau-Brunswick	Non	0
T.-N.-et-Labrador	Oui	4
Territoires du N.-O.	Non	0
Nouvelle-Écosse	Non	0
Nunavut	Non	0
Ontario	Non	0
Î.-P.-É.	Non	0
Québec	Oui	2
Saskatchewan	Non	0
Yukon	Non	0

Source : Lines, 2002.

Même si fournir de l'eau de Javel constitue une des stratégies permettant de réduire les risques de propagation de maladies transmissibles par le sang parmi les détenus qui s'injectent de la drogue, il ne s'agit pas d'une intervention entièrement adéquate relativement au VIH et au VHC en milieu carcéral, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, des études révèlent que l'eau de Javel n'est pas entièrement efficace pour *éliminer* le VIH et encore moins le VHC des

seringues (Tweed et Krajden, 2004; Titus et coll., 1994). Ensuite, d'autres ont montré que les utilisateurs de drogues injectables ne savent souvent pas bien se servir de l'eau de Javel comme désinfectant et que même lorsqu'ils le savent, ils ne le font pas de façon constante (Carlson et coll., 1998; Jamner et coll., 1996). Une analyse documentaire structurée réalisée récemment par l'Organisation mondiale de la Santé prétend même qu'il existe peu de preuves établissant que, dans des conditions « réelles », l'eau de Javel est un élément préventif efficace contre la transmission du VIH entre personnes qui s'injectent de la drogue (OMS, 2004). Enfin, un groupe d'auteurs laisse entendre que, compte tenu de la faible concentration d'eau de Javel sur les tissus organiques des toxicomanes et sur le VIH lui-même, le recyclage de seringues nettoyées à l'eau de Javel pourrait en fait *accroître* les risques de transmission du VIH entre utilisateurs qui partagent des seringues (Contoreggi et coll., 2000). Cette hypothèse troublante est fondée sur les résultats d'expériences menées en laboratoire et reste encore à prouver de façon empirique sur le terrain. Toutefois, elle rappelle qu'il faut faire preuve de prudence pour ce qui est de considérer l'usage d'eau de Javel seule comme une intervention adéquate contre la propagation de maladies transmissibles par le sang parmi des utilisateurs de drogues injectables.

**TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE (TEM).** Le TEM est actuellement la norme d'excellence pour ce qui est du traitement des toxicomanes dépendants aux opiacés comme l'héroïne et la morphine. La méthadone est une drogue synthétique qui remplace les opiacés dans le corps et qui peut ainsi grandement alléger les symptômes du sevrage et les états de manque. Consommée en doses plus élevées, elle réduit également les effets euphoriques des opiacés, protégeant ainsi davantage les personnes dépendantes contre une rechute (Strain et coll., 1999). En 1993, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié des lignes directrices relativement à la propagation du VIH/sida dans les centres correctionnels, recommandant notamment la prestation de traitements d'entretien à la méthadone aux populations carcérales (OMS, 1993). De nombreuses prisons aux quatre coins du monde (notamment en Europe, aux États-Unis et en Australie) donnent maintenant accès au TEM à leurs prisonniers ayant une dépendance aux opiacés (Stöver, Hennebel et Casselmann, 2004; Kerr et Jürgens, 2004).

Jusqu'en 1996, aucun établissement correctionnel du Canada n'offrait de TEM aux prisonniers (SCC, 1994); toutefois, en 2002, la plupart d'entre eux le dispensaient aux prisonniers ayant une dépendance aux opiacés confirmée par un médecin. Le tableau 2 indique les établissements correctionnels canadiens qui, en septembre 2002, permettaient à la fois aux détenus incarcérés pendant qu'ils étaient en traitement de *poursuivre* un TEM, de même qu'aux prisonniers de *commencer* un TEM pendant leur incarcération.

23 Parmi les autres programmes et politiques de réduction de la demande et des méfaits, mentionnons la prestation de condoms et de lubrifiant afin que les détenus se livrent à des pratiques sexuelles sûres, les tests anonymes de dépistage du VIH et du VHC, les programmes d'immunisation contre l'hépatite A et B ainsi que les programmes de sensibilisation comme le Programme de counseling et d'éducation par les pairs (CEP) du SCC.

24 L'accessibilité est cotée entre 0 et 4 selon la facilité d'accès pour les détenus et la discrétion des pratiques de prestation; plus la cote est élevée, plus le service est accessible et discret.

**Tableau 2** : Traitements d'entretien à la méthadone dans les prisons du Canada, 2002

Instance	Poursuite d'un TEM	Début d'un TEM
Alberta	Oui <sup>25</sup>	Non
Colombie-Britannique	Oui	Oui
Fédéral (SCC)	Oui	Oui
Manitoba	Oui <sup>26</sup>	Non
Nouveau-Brunswick	Oui	Non
T.-N.-et-Labrador	Non	Non
Territoires du N.-O.	Oui	Non
Nouvelle-Écosse	Oui	Non
Nunavut	Non	Non
Ontario	Oui	Oui <sup>27</sup>
Î.-P.-É.	Non	Non
Québec	Oui	Oui
Saskatchewan	Oui	Oui <sup>28</sup>
Yukon	Oui	Oui

Source : Lines, 2002.

INITIATIVE SUR LES PRATIQUES DE TATOUAGE SÉCURITAIRES (IPTS). La manipulation et le nettoyage inadéquats de l'équipement de tatouage constituent un facteur de risque de maladies infectieuses comme le VIH et le VHC (Hellard et coll., 2004). Le tatouage est populaire parmi les prisonniers, bien que cette activité soit interdite dans la plupart des centres carcéraux. Ainsi, dans le Sondage national de 1995 auprès des détenus, près de la moitié des détenus masculins sous responsabilité fédérale ont admis s'être fait tatouer en prison<sup>25</sup>. Le tatouage illicite est dangereux tant pour les prisonniers que le personnel, car comme l'activité se fait dans la clandestinité, aucune mesure de précaution de base n'est prise pour empêcher la propagation de maladies (Collins et coll., 2003). La popularité du tatouage et les risques de blessures et de transmission de maladies ont poussé le Comité d'experts sur le sida dans les prisons à demander dans son rapport final de 1994 la réalisation d'un projet pilote sur le tatouage sécuritaire (SCC, 1994).

En 2004, le Service correctionnel du Canada, avec le soutien financier et la collaboration de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), a lancé le projet pilote Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires (IPTS) (SCC, 2004a), dont les objectifs sont de : 1) réduire au minimum les risques de transmission de maladies infectieuses parmi les populations carcérales et la collectivité dans son ensemble; 2) réduire au minimum les risques de blessures pour le personnel du SCC; 3) sensibiliser les détenus à la propagation de maladies

infectieuses; 4) promouvoir la santé et le bien-être tout en veillant à la sécurité (SCC, 2004a:16). Le projet est le complément logique des activités de prévention et de contrôle des maladies menées par le SCC, notamment l'immunisation contre l'hépatite A et B et le Programme de counseling et d'éducation par les pairs (CEP). Les lignes directrices de l'IPTS ont été élaborées, et le programme est mis en œuvre dans six centres correctionnels du pays<sup>30</sup>. Le projet fera l'objet d'une évaluation à la fin de sa première année, après quoi on décidera d'autoriser ou non le tatouage dans les prisons sous juridiction fédérale. Il existe de nombreux points communs entre l'IPTS et les programmes d'échange de seringues, notamment la possibilité de recourir à un processus similaire (collaboration entre le SCC et l'Agence de santé publique du Canada) pour élaborer et instaurer des projets pilotes d'échange de seringues en milieu carcéral au Canada. Ce sujet sera abordé de nouveau dans la section *Discussion et recommandations*.

Même si la disponibilité des mesures de réduction des méfaits varie au sein du système correctionnel canadien, toutes les instances offrent des programmes de réduction de la demande (sensibilisation ou traitement), et la plupart ont des politiques et des programmes de réduction des méfaits chez les détenus qui s'injectent de la drogue. En outre, grâce à l'expérience acquise lors des interventions relatives à l'eau de Javel et à la méthadone ainsi que de l'Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires, les politiques et les programmes de réduction des méfaits semblent être de plus en plus acceptés.

Résumons l'information fournie jusqu'à maintenant :

- l'utilisation de drogues injectables et le partage du matériel d'injection sont des facteurs de risque importants et confirmés associés à la propagation de maladies véhiculées par le sang comme le VIH et le VHC;
- un grand nombre d'utilisateurs de drogues injectables sont incarcérés dans les centres correctionnels fédéraux et provinciaux, et une proportion non négligeable d'entre eux continue de s'y injecter de la drogue;
- souvent, l'utilisation de drogues injectables dans les pénitenciers du Canada implique le partage de seringues (les estimations, fondées sur l'autodéclaration, vont de 60 à 90 %);
- les programmes d'échange de seringues sont une méthode efficace de réduire la propagation de maladies véhiculées par le sang chez les personnes qui s'injectent de la drogue et partagent leurs seringues;
- il existe plusieurs cas confirmés d'épidémie de VIH dans des centres correctionnels;
- le taux de prévalence du VIH et du VHC au sein des populations carcérales du Canada est beaucoup plus élevé que dans l'ensemble de la population;
- les centres correctionnels canadiens recourent actuellement à une variété de politiques et de programmes à l'intention des prisonniers

25 En 2002, l'Alberta permettait aux prisonniers qui étaient incarcérés pendant un traitement à la méthadone de continuer le traitement pendant un mois; elle exigeait ensuite que les prisonniers soient sevrés.

26 En 2002, le TEM n'était offert qu'aux prisonniers manitobains de la région de Winnipeg.

27 En 2002, seules les détenues enceintes pouvaient commencer un TEM en Ontario.

28 En 2002, les détenus saskatchewanais ne pouvaient commencer un TEM que sur l'approbation du sous-ministre adjoint.

29 Le tatouage est aussi relativement populaire parmi les détenues sous responsabilité fédérale : une vaste étude réalisée en 2003 indique que 27 % des participantes s'étaient fait tatouer pendant leur incarcération (DiCenso et coll., 2003).

30 Le projet pilote est mené aux six endroits suivants : établissements de Matsqui et de la vallée du Fraser (Colombie-Britannique), celui de Stony Mountain (Manitoba), celui de Bath (Ontario), celui de Cowansville (Québec) et celui de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick).

toxicomanes, tels que des programmes novateurs de réduction des méfaits comme l'Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires.

La section qui suit examine l'expérience d'autres pays relativement aux programmes d'échange de seringues dans les prisons et accorde une attention particulière à l'évaluation des effets qu'a la prestation de matériel d'injection stérile aux prisonniers et à l'efficacité de cette mesure pour réduire les méfaits subis par les détenus qui consomment des drogues injectables.

### **Expérience d'autres pays relativement aux programmes d'échange de seringues dans les prisons**

Le tout premier programme officiel d'échange de seringues en milieu carcéral, lancé en Suisse en 1992, se voulait un acte de désobéissance professionnelle d'un médecin à temps partiel qui a entrepris de distribuer des seringues aux détenus sans y avoir été préalablement autorisé par les administrateurs de l'établissement. Lorsque ses activités ont été percées à jour, le directeur s'est montré attentif aux arguments en faveur de l'initiative jusqu'à être convaincu de sa nécessité (Lines et coll., 2004). Treize ans plus tard, au moins 50 prisons réparties entre six pays (Suisse, Allemagne, Espagne, Moldavie, Kirghizistan et Bélarus) ont adopté un tel programme (Lines et coll., 2004). Même si la plupart d'entre eux ne comportent qu'une poignée de centres carcéraux pourvus d'un programme d'échange de seringues, l'Espagne et le Kirghizistan exigent que chacune de leurs prisons mettent des seringues stériles à la disposition des détenus<sup>31</sup>.

Si les seringues sont remises aux détenus de différentes façons dans les nombreux pays qui disposent actuellement de programmes, il n'existe au fond que quatre méthodes de distribution : (1) par des infirmiers ou médecins d'une unité médicale ou autre, dans l'établissement; (2) par des organismes non gouvernementaux ou des professionnels indépendants qui visitent la prison à cette fin; (3) par des détenus qui ont une formation de pairs intervenants; (4) par des distributeurs automatiques qui échangent une seringue usagée contre une neuve. Pour comparer les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes, il faut vraiment tenir compte des principaux objectifs du programme. Ainsi, le fait d'exiger l'échange d'une seringue pour en recevoir une autre pourrait, dans certains cas, compromettre l'objectif, qui est de fournir des seringues propres pour chaque injection, étant donné que certains détenus se piquent plusieurs fois par jour. Cette réserve étant faite, voici la comparaison des quatre méthodes de distribution (adaptation de Lines et coll., 2004) :

#### **1. Distribution de main à main par des infirmiers ou médecins de l'établissement**

##### *Avantages*

- Offre un contact personnel avec les détenus et une occasion de counseling
- Peut faciliter l'intervention et le contact auprès de consommateurs de drogue qui n'étaient pas connus
- La prison maintient un degré élevé de contrôle sur l'accès aux seringues

##### *Inconvénients*

- Degré moindre d'anonymat et de confidentialité, qui peut réduire le taux de participation (mais un degré élevé d'acceptation est possible, chez les détenus, si la confidentialité est maintenue)
- Accès plus limité, puisque les seringues sont accessibles uniquement pendant les heures d'ouverture du service de santé (en particulier si la prison applique une stricte politique d'échange d'une seringue contre une autre)
- Crée la possibilité d'échanges par intermédiaires, pour le compte de détenus qui ne souhaitent pas participer au programme en raison d'un manque de confiance envers le personnel

#### **2. Distribution de main à main par des pairs intervenants**

##### *Avantages*

- Degré élevé d'acceptation par les détenus
- Degré élevé d'anonymat et de confiance
- Degré élevé d'accessibilité (les pairs intervenants vivent dans l'unité de prison et sont disponibles en tout temps)

##### *Inconvénients*

- Aucun contrôle direct du personnel sur la distribution – ce qui peut accroître les craintes liées à la sûreté au travail, parmi les employés
- L'échange d'une seringue contre une autre est plus difficile à assurer

#### **3. Distribution de main à main par des organismes externes ou des professionnels de la santé indépendants**

##### *Avantages*

- Offre un contact personnel avec les détenus et une occasion de counseling
- Facilite l'intervention et le contact auprès de consommateurs de drogue qui n'étaient pas connus
- La prison peut maintenir un degré élevé de contrôle sur l'accès aux seringues
- Possibilité d'échange d'une seringue contre une autre et de distribution de plusieurs seringues à la fois (au besoin et selon les politiques de l'établissement)
- Degré accru d'anonymat et de confidentialité, puisqu'il n'y a pas d'interaction avec des employés de la prison

##### *Inconvénients*

- Accès plus limité, puisque les seringues sont accessibles uniquement à des heures précises ou pendant des périodes données de la semaine (en particulier si la prison applique une stricte politique d'échange d'une seringue contre une autre)
- L'anonymat et la confidentialité peuvent être compromis par des politiques exigeant que l'organisme externe fournisse à la prison des renseignements sur la participation
- Le personnel de la prison peut manquer de confiance à l'égard des services externes qui distribuent les seringues
- Les travailleurs externes peuvent se heurter à plus d'obstacles de bureaucratie correctionnelle que les employés médicaux de la prison
- La rotation du personnel dans les organismes non gouvernementaux pourrait entraîner un manque de continuité et de constance dans les « visages » associés au programme, pour les détenus et les employés de la prison

31 En outre, des dirigeants polonais et ukrainiens ont annoncé qu'ils lanceraient sous peu des programmes pilotes d'échange de seringues dans les prisons.

#### 4. Distributeurs automatiques

##### Avantages

- Degré élevé d'accessibilité (des distributeurs sont souvent placés à divers endroits dans l'établissement et les détenus peuvent y accéder en dehors des heures d'ouverture des services médicaux)
- Degré élevé d'anonymat, puisqu'il n'y a pas d'interaction avec des employés de la prison
- Degré élevé d'acceptation par les détenus
- Échange strict d'une seringue contre une autre

##### Inconvénients

- Les distributeurs sont vulnérables au vandalisme et aux dommages que pourraient causer des détenus et des employés qui s'opposent au programme
- Des problèmes techniques pourraient empêcher la distribution de seringues pendant un certain temps, ce qui pourrait diminuer la confiance des détenus à l'égard du programme
- La structure de certaines prisons se prête mal aux distributeurs automatiques (c.-à-d. manque de lieux discrets librement accessibles aux détenus où l'on pourrait installer des distributeurs)
- Étant donné que les distributeurs automatiques doivent être spécifiquement conçus et fabriqués à l'unité sur commande, l'investissement requis pour en acquérir en nombre suffisant dans de nombreuses prisons peut être un obstacle pour certains systèmes pénitentiaires

La majorité des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral en vigueur actuellement dans le monde ont commencé en tant que projets pilotes, et au moins une dizaine d'entre eux comportaient des évaluations systématiques de leurs répercussions sur les comportements à risque et de leur efficacité globale. Les évaluations duraient un ou deux ans et prévoyaient la collecte de données de diverses façons (questionnaires et entrevues avec les prisonniers et le personnel, examen de dossiers médicaux, tests d'évaluation de la prévalence du VIH et du VHC, etc.). Le tableau 3 résume les résultats de ces évaluations.

**Tableau 3** : Survol des évaluations des programmes pilotes d'échange de seringues dans dix prisons réparties dans trois pays d'Europe

Prison, pays	Consommation de drogues	Injection de drogues	Partage de seringues	Incidence du VIH/VHC
Am Hasenberge, Allemagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Diminution importante	Aucune donnée
Basauri, Espagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Aucune donnée	Aucune séroconversion
Hannöversand, Allemagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Diminution importante	Aucune donnée
Hindelbank, Suisse	Diminution	Aucune augmentation	Diminution importante	Aucune séroconversion
Lehrter Strasse, Allemagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Diminution importante	Aucune donnée
Lichtenberg, Allemagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Diminution importante	Aucune donnée
Lingen I, Allemagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Diminution importante	Aucune séroconversion
Realta, Suisse	Diminution	Aucune augmentation	Cas particuliers	Aucune séroconversion
Vechta, Allemagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Diminution importante	Aucune séroconversion
Vierlande, Allemagne	Aucune augmentation	Aucune augmentation	Aucun changement	Aucune donnée

Source : Stöver et Nelles, 2003.

Parmi les autres importantes conclusions issues de ces évaluations, notons le fait qu'aucun détenu n'a retourné une seringue contre un autre détenu ou un membre du personnel<sup>32</sup>. On a en outre montré que les programmes d'échange de seringues procurent divers bénéfices connexes pour la santé et la société, comme une réduction du nombre d'abcès, de surdose et de décès<sup>33</sup>, une augmentation des aiguillages vers des programmes de désintoxication, une résorption de la tension entre prisonniers et personnel, une sensibilisation accrue à la propagation des maladies et aux comportements à risque, etc. (Rutter et coll., 2001).

Pour résumer les preuves étayant l'efficacité et la faisabilité des programmes d'échange de seringues dans les prisons, un examen exhaustif de la question, publié en 2004, soutient que ces programmes :

- loin de mettre en danger le personnel ou les détenus, font des prisons des endroits plus sécuritaires où vivre et travailler;
- ne font pas augmenter le taux global de consommation de drogues injectables;
- réduisent la prévalence des comportements à risque et de la transmission des maladies (VHC et VIH);
- se sont avérés efficaces dans divers types de centres correctionnels de toutes tailles;
- ont des effets positifs sur la santé et les conditions sociales en milieu carcéral;
- ont utilisé avec succès diverses méthodes de distribution pour répondre aux besoins du personnel et des prisonniers dans un large éventail de prisons (Lines et coll., 2004:iii).

32 En fait, les seringues n'ont jamais été utilisées comme armes, dans aucune prison disposant d'un programme d'échange. Il s'agit d'une conclusion cruciale, car le personnel de ces établissements s'inquiète souvent de cette possibilité dans les débats entourant les programmes d'échange de seringues.

33 Ainsi, la prison de Hindelbank (Suisse) rapportait en moyenne entre une et trois victimes de surdose d'héroïne chaque année avant l'instauration du programme d'échange de seringues, alors qu'un seul détenu héroïnomanie est décédé de surdose au cours des neuf années depuis la mise en vigueur du programme (Lines et coll., 2004:49).

Malgré la solidité des conclusions relatives à l'efficacité et à la faisabilité des programmes d'échange de seringues dans les prisons, les études actuelles sont limitées de diverses façons, notamment parce que leurs données sur la toxicomanie, le partage des seringues et, dans certains cas, l'incidence et la prévalence des maladies sont fondées sur l'autodéclaration<sup>34</sup>. Cette méthode est nécessaire compte tenu de la nature du milieu carcéral, mais toute analyse doit tenir compte de la partialité inhérente à l'autodéclaration. En outre, cette méthode exige certaines précautions dans la collecte de données afin de garantir l'anonymat des détenus et d'ainsi favoriser l'objectivité des autodéclarations.

Enfin, il importe de souligner que, depuis quelques années, des pressions politiques ont mené à l'annulation de plusieurs programmes d'échange de seringues dans les centres carcéraux allemands. Dans tous les cas, cette mesure a été appliquée sans que la gestion ni l'efficacité des programmes ait été mise en doute. Dans bien des cas, les politiciens qui sont intervenus se sont justifiés en invoquant l'absence de soutien de la part du personnel; pourtant, les employés d'au moins deux prisons se sont publiquement déclarés en faveur de leur programme d'échange de seringues et ont demandé qu'il soit rétabli (Lines et coll., 2004:28-29). Ces événements révèlent le statut politique précaire des programmes d'échange de seringues dans les prisons et soulignent l'importance d'y intégrer des évaluations systématiques afin que toute décision à leur égard repose sur des éléments probants plutôt que sur des considérations partisans.

La section qui suit aborde les diverses justifications favorisant la mise en œuvre de projets pilotes d'échange de seringues en milieu carcéral au Canada.

### **Justification des projets pilotes d'échange de seringues en milieu carcéral au Canada et demandes précédentes pour leur mise en place**

Outre les avantages touchant la santé publique abordés en profondeur précédemment, plusieurs considérations peuvent justifier la mise en œuvre de projets pilotes d'échange de seringues en milieu carcéral au Canada.

*Considérations juridiques/constitutionnelles*<sup>35</sup>. À l'échelle internationale, divers instruments traitent, directement ou pas, des droits des détenus, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, et sont divisés en deux grandes catégories, soit le droit international, qui comprend les conventions et les chartes dont les dispositions sont exécutoires dans les pays signataires, et les déclarations, normes et lignes directrices internationales, qui servent à orienter les politiques sans être juridiquement contraignantes.

Plusieurs lois internationales s'appliquent à tout ce qui touche la santé des détenus, notamment le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Toutefois, le droit international relatif aux droits de la personne repose en grande partie sur la *Déclaration universelle des droits de l'homme* de l'ONU, considérée comme une loi internationale coutumière et ayant donc force exécutoire dans tous les États. La *Déclaration universelle* stipule que tous les États sont légalement tenus de respecter, de protéger et de promouvoir entre autres les droits de la personne suivants :

- droit à l'égalité et à la non-discrimination;
- droit à la vie;
- droit à la sécurité personnelle;
- droit de n'être soumis ni à la torture ni à quelconque traitement ou châtement cruel, inhumain ou dégradant;
- droit de bénéficier de la norme la plus élevée de santé mentale et physique qu'il soit possible d'atteindre.

Pour interpréter ces droits fondamentaux dans le contexte de l'incarcération, la communauté internationale se fonde généralement sur le principe des « exceptions limitées », voulant que les détenus conservent tous les droits civils que leur emprisonnement n'a pas pour effet de leur retirer, expressément ou par voie de conséquence, notamment ceux qui concernent le maintien de la santé.

C'est sur ces fondements juridiques internationaux que reposent plusieurs instruments non exécutoires assortis d'éléments visant précisément les soins de santé en milieu carcéral, notamment les *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, l'*Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*, l'*Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*, les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, les lignes directrices internationales sur le VIH/sida et sur les droits de la personne, etc. Même si ces instruments varient quant au degré d'importance qu'ils accordent à la santé des prisonniers, ils se fondent tous sur le concept d'« équivalence », selon lequel les gouvernements sont tenus de fournir aux détenus des soins de santé correspondant à ceux offerts au reste de la société, y compris en ce qui a trait aux mesures préventives. En d'autres termes, le principe d'équivalence soutient que les devoirs d'un État ne s'arrêtent pas à la porte d'une prison. Les Directives de l'OMS sur le VIH dans les prisons sont celles qui s'attardent le plus aux programmes d'échange de seringues en milieu carcéral, allant jusqu'à recommander que les pays offrant de tels programmes dans la collectivité (dont le Canada, depuis la fin des années 1980) offrent aussi ce service de prévention des maladies aux prisonniers (OMS, 1993)<sup>36</sup>.

34 Une seule des études examinées par Rutter et coll. (2001), celle sur le projet pilote de Hindelbank (Suisse), a eu recours à des analyses sanguines volontaires pour confirmer l'absence de séroconversion parmi les participants. Il importe toutefois de souligner que plusieurs études se fondaient sur les autodéclarations du personnel et des détenus pour évaluer la consommation de drogues en milieu carcéral; dans tous les cas, le personnel n'a rapporté aucune augmentation.

35 Cette section résume en grande partie le matériel présenté par Lines et coll., 2004:14-18.

36 Diverses déclarations relevant d'organismes autres que l'ONU ont également une incidence sur les soins de santé préventifs en milieu carcéral. La plus pertinente est le serment d'Athènes à l'intention des professionnels de la santé en milieu carcéral (Oath of Athens for Prison Health Professionals), qui reconnaît le droit des détenus de recevoir les meilleurs soins de santé possibles et prévoit que les décisions médicales doivent être fondées sur les besoins des patients et avoir préséance sur toute question de nature non médicale (International Council of Prison Medical Services. Oath of Athens for Prison Health Professionals. Adopté le 10 septembre 1979).



Ayant ratifié à la fois le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, le Canada est légalement tenu de respecter, de protéger et de promouvoir les droits fondamentaux de la personne, notamment celui de tous ses citoyens (y compris les détenus) de bénéficier de la norme la plus élevée de santé mentale et physique qu'il soit possible d'atteindre. En outre, selon l'interprétation de certains juristes, les articles 7, 12 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* pourraient fournir les fondements juridiques nécessaires pour permettre aux prisonniers d'accéder à des seringues stériles (Jürgens, 1996)<sup>37</sup>.

Au Canada, le système correctionnel fédéral est régi par la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMSC) et ses règlements d'application. Les articles 85 et 88 de la LSCMSC obligent le SCC à fournir à chaque détenu les soins de santé essentiels ainsi qu'un accès raisonnable aux soins de santé mentale non essentiels qui contribueront à sa réadaptation et à sa réinsertion. En outre, comme cette loi stipule que les soins médicaux en milieu carcéral doivent respecter les normes professionnelles généralement acceptées, quelques juristes canadiens ont avancé que puisque les programmes d'échange de seringues font maintenant partie des soins de santé généralement acceptés pour les personnes qui s'injectent de la drogue dans la société, ils devraient être offerts aux utilisateurs de drogues injectables des centres correctionnels fédéraux (Lines et coll., 2004). Enfin, Malkin (1996) a appliqué le droit canadien de la responsabilité délictuelle à la question de la transmission du VIH en milieu carcéral et conclu que les gouvernements et les autorités pénitencières pourraient être vulnérables aux contestations judiciaires de prisonniers auxquels on aurait refusé l'accès à des seringues stériles si ces derniers pouvaient démontrer avoir contracté le VIH pendant leur incarcération après avoir partagé des seringues avec des codétenus. La décision du Service correctionnel du Canada de régler hors cour le dossier Pothier mentionné précédemment semble appuyer cette hypothèse.

*Considérations morales/éthiques.* La Commission des droits de l'homme des Nations Unies est peut-être l'organisme qui a su le mieux résumer les obligations morales et éthiques des gouvernements relativement à la prévention des maladies infectieuses entre détenus :

[E]n entrant en prison, les détenus sont condamnés à l'emprisonnement pour leurs crimes; ils ne devraient pas être condamnés au VIH/sida. Il ne fait aucun doute que les gouvernements ont une responsabilité morale et légale de prévenir la propagation du VIH parmi les détenus et les employés, et de prendre soin de ceux qui vivent avec le VIH/sida. Ils ont aussi une responsabilité de prévenir la propagation du VIH dans les communautés. Les détenus font partie de la communauté; ils en viennent et y retournent. Protéger les détenus, c'est protéger nos communautés. (Commission des droits de l'homme des Nations Unies, 1996).

L'obligation morale et éthique d'instaurer des programmes éprouvés pour prévenir les maladies est particulièrement pertinente pour le personnel médical qui œuvre en milieu carcéral et désire faire respecter des normes professionnelles pour ce qui est des soins prodigués aux détenus. En effet, comme il a été expliqué précédemment, les considérations morales ont joué un rôle crucial dans l'élaboration du tout premier programme d'échange de seringues en milieu carcéral, en Suisse, lorsqu'un médecin à temps partiel a entrepris de distribuer des seringues aux prisonniers qui se piquaient parce qu'il ne pouvait en toute conscience rester les bras croisés pendant que ces personnes adoptaient des comportements à risque. Lorsqu'on se penche sur l'ensemble des données démontrant la portée et la nature de l'UDI dans les prisons du Canada, sur le rôle potentiel de tels comportements sur la propagation de maladies infectieuses entre détenus et au sein de la collectivité, de même que sur les nombreux éléments probants relatifs à l'efficacité des programmes d'échange de seringues comme moyen de limiter la propagation des maladies entre utilisateurs de drogues injectables, il est difficile pour une personne qui se consacre à améliorer la santé et la vie des prisonniers d'opter pour le statu quo sur cette question. La section qui suit résume les demandes précédentes pour la mise en place de programmes pilotes d'échange de seringues dans les prisons au Canada.

37 L'article 7 de la Charte traite du droit de chacun de ne pas être privé du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité, sauf pour respecter les principes de justice fondamentale; l'article 12 protège les particuliers contre les châtiments cruels et inhabituels tandis que l'article 15 garantit le droit à l'égalité devant et selon la loi ainsi qu'à la protection et aux garanties de la loi sans discrimination à l'égard de certaines caractéristiques personnelles.



*Demandes précédentes pour la mise en place de programmes pilotes d'échange de seringues dans les prisons au Canada.* Depuis que le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN) a, le premier, soulevé cette question en 1992<sup>38</sup>, de nombreux organismes et groupes de travail, gouvernementaux et non gouvernementaux, s'y sont penchés et ont recommandé la mise sur pied de projets pilotes afin d'en vérifier l'efficacité et la faisabilité au Canada. Ces organismes incluent entre autres le Comité d'experts sur le sida dans les prisons du SCC (SCC, 1994), le Réseau juridique canadien VIH/sida (Jürgens, 1996; Lines et coll., 2004), le Groupe de travail national sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection (1997), le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (Scott et Lines, 1998; DiCenso et coll., 2003), le Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues du SCC (1999), la Commission canadienne des droits de la personne (2003), l'Association médicale de l'Ontario (2004), l'Enquêteur correctionnel du Canada (2004) et l'Association médicale canadienne (2005)<sup>39</sup>.

### Mesures potentielles

Les pressions exercées sur le Canada pour envisager la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues en milieu carcéral s'intensifient au fur et à mesure que s'accumulent les preuves de la prévalence de comportements à risque élevé et de maladies infectieuses au sein des populations carcérales. Ces pressions sont exacerbées par la multiplication des éléments probants étayant la sécurité et l'efficacité de ces programmes, en Europe comme dans le reste du monde. Voici un résumé des mesures que pourrait prendre le gouvernement fédéral pour y faire face.

**1. Poursuivre l'étude de la question.** Au cours des derniers mois, des représentants du SCC, du Bureau de l'enquêteur correctionnel et de l'Agence de santé publique du Canada ont visité des centres carcéraux d'Europe offrant un programme d'échange de seringues pour constater d'eux-mêmes ce qu'il en est. Une mesure possible consiste donc à maintenir la stratégie actuelle, soit étudier la question en cherchant à recueillir davantage de renseignements fiables qui éclaireront la prise de décisions dans ce domaine. Toutefois, la quantité d'information nécessaire pour prendre une décision est purement subjective, et certains observateurs laisseront vraisemblablement entendre qu'on en sait déjà suffisamment, alors que d'autres voudront être mieux renseignés avant d'agir. Il importe de reconnaître que la demande d'études supplémentaires sert parfois de tactique pour éviter de prendre des décisions difficiles d'un point de vue politique et que, compte tenu des pressions croissantes exercées par certains milieux pour faire reconnaître la nécessité de tenir une étude pilote au Canada, une décision devra éventuellement être prise même si l'information est incomplète.

**2. Mettre sur pied des programmes pilotes d'échange de seringues dans des installations sélectionnées.** Le SCC pourrait, avec une telle mesure, tester la faisabilité et l'efficacité des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral et recueillir des données utiles pour la mise en œuvre future de programmes fonctionnels. Un argument contre le recours aux données tirées des expériences européennes pour justifier l'instauration de ces programmes veut que les prisons du Canada soient très différentes de celles d'Europe, menant donc à des résultats distincts. La mise en œuvre de programmes pilotes d'échange de seringues de façon limitée dans des installations sélectionnées permettrait donc la collecte d'information empirique afin d'évaluer cette hypothèse.

**3. Mettre en œuvre des programmes fonctionnels d'échange de seringues dans des installations sélectionnées.** Puisque la prévalence et la nature de la toxicomanie varient dans l'ensemble des installations du SCC, une autre mesure possible consiste à instaurer des programmes fonctionnels d'échange de seringues dans les centres carcéraux où l'injection de drogues et les comportements à risque sont particulièrement problématiques, comme l'établissement de Matsqui, en Colombie-Britannique. Cette approche a pour avantage de permettre la distribution de seringues aux endroits comportant les concentrations les plus élevées de détenus qui s'injectent régulièrement de la drogue, réduisant ainsi les risques de transmission de maladies entre les prisonniers. Cependant, le principal point négatif est que l'on consomme de la drogue dans toutes les prisons fédérales du Canada, ce qui signifie qu'une forte proportion de détenus qui s'injectent de la drogue ne pourraient pas bénéficier du programme.

**4. Mettre en œuvre des programmes fonctionnels d'échange de seringues dans tous les centres carcéraux.** Cette mesure consiste à considérer que les éléments probants actuels justifient la mise en œuvre de programmes fonctionnels d'échange de seringues dans tous les centres correctionnels fédéraux du Canada. Même si certains observateurs appuieraient vraisemblablement cette option en raison de la nécessité de contrôler la propagation du VIH et du VHC et d'autres arguments, d'importantes restrictions quant à la politique et aux ressources la rendent difficile à concrétiser. Par exemple, certains intervenants (dont le Syndicat des agents correctionnel du Canada) ont publiquement déclaré leur opposition à la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans les prisons canadiennes et sont donc par conséquent susceptibles de militer contre cette option. En outre, le fait que d'importantes sommes sont nécessaires pour mettre en place de tels programmes à grande échelle partout au Canada pourrait nuire à cette option.

38 Voir Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), *HIV/AIDS in prison systems: A comprehensive strategy*. Toronto : PASAN. Téléchargé le 14 décembre 2004 de [www.pasan.org/Publications/HIVAIDS\\_in\\_Prison\\_Systems\\_92.pdf](http://www.pasan.org/Publications/HIVAIDS_in_Prison_Systems_92.pdf).

39 Dans le cadre de sa 138<sup>e</sup> assemblée générale annuelle, tenue en août 2005, l'Association médicale canadienne a adopté une résolution demandant au SCC de mettre en œuvre un programme pilote d'échange de seringues dans au moins un centre correctionnel canadien. Texte de la résolution : [www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/45252/la\\_id/2.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/45252/la_id/2.htm).

## Conclusion

Treize années se sont écoulées depuis les premières demandes de mise à l'essai de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada. Au cours de cette période, plusieurs pays ont mis en place et évalué de façon systématique des projets montrant la faisabilité, la sécurité et l'efficacité de ce type d'intervention pour réduire le partage de seringues entre les détenus qui s'injectent de la drogue. Les quatre mesures potentielles mentionnées ci-dessus offrent au gouvernement fédéral diverses possibilités d'intervention, que ce soit poursuivre l'étude de la question (maintenir le statu quo) ou mettre en œuvre à grande échelle des programmes fonctionnels dans tous les établissements correctionnels fédéraux du pays. Lorsque le Service correctionnel du Canada (SCC) fera son choix, il devra tenir compte des données et des éléments en faveur de la mise en place de programmes d'échange de seringues dans les prisons, ainsi que des contraintes politiques et économiques. L'analyse réalisée ici montre que les facteurs suivants justifient amplement que le gouvernement envisage de mettre en œuvre à court terme des études pilotes visant à évaluer l'efficacité et la faisabilité des programmes d'échange de seringues dans les prisons :

- la prévalence de l'UDI, du partage de seringues et des maladies infectieuses dans les prisons du Canada;
- l'efficacité manifeste des programmes d'échange de seringues dans la réduction de la propagation de maladies entre personnes qui s'injectent de la drogue;
- les expériences positives associées aux programmes d'échange de seringues dans les centres carcéraux à l'étranger;
- les arguments probants des points de vue juridiques/constitutionnels et moraux/éthiques en ce qui concerne la responsabilité des gouvernements d'offrir des soins de santé préventifs aux détenus;
- le danger que pose la propagation de maladies infectieuses, tant parmi les prisonniers que dans l'ensemble de la collectivité.

## Bibliographie

- Agence de santé publique du Canada (ASPC) (2004). Différences dans les pratiques d'injection selon le sexe et l'hépatite C : recension systématique de la littérature. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 30(14).
- \_\_\_\_\_ (2003). Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 29-23. Téléchargé le 15 février 2005 de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03pdf/cdr2923.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2004b). *I-Track - Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada : Rapport sur l'enquête pilote*. Téléchargé le 13 décembre 2005 de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/psr-rep04/index.html>
- ASPC (2001). L'hépatite C au Canada : L'hépatite virale et des nouveaux agents pathogènes transmissibles par le sang au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 27S3, septembre 2001. Téléchargé le 15 février 2005 de : [http://www.phac.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/01vol27/27s327s#f\\_e.html](http://www.phac.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/01vol27/27s327s#f_e.html)
- Carlson, R., J. Wang, H. Siegal et R. Falck (1998). A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users. *AIDS Education and Prevention*, 10(6):523-532
- Collins, P., G. Dias, M. Dickenson, R. Lines et L. Vidovich (2003). Driving the point home: A strategy for safer tattooing in Canadian prisons. Toronto : Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN). Téléchargé le 8 février 2005 de : [http://www.pasan.org/Publications/Driving\\_The\\_Point\\_Home.pdf](http://www.pasan.org/Publications/Driving_The_Point_Home.pdf)
- Commission canadienne des droits de la personne (CCDP) (2003). *Protégeons leurs droits. Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*. Ottawa : Commission canadienne des droits de la personne. Téléchargé le 8 février 2005 de : <http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/reports/FSWen.pdf>
- Commission des droits de l'homme des Nations Unies (52<sup>e</sup> session, point 8 à l'ordre du jour) (1996). *HIV/AIDS in Prisons – Statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*, Genève (Suisse), avril 1996.
- Contoregjie, C., S. Jones, P. Simpson, W. Lange et W. Meyer (2000). Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use. *Intervirology*, 43(1):1-5.

- De, P., N. Connor, F. Bouchard et D. Sutherland (2004). HIV & hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 15(4):221-225.
- DiCenso, A., G. Dias et J. Gahagan (2003). *Unlocking our futures: A national study on women, prisons, HIV & hepatitis C*. Toronto : Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières avec le sida (PASAN). Téléchargé le 8 février 2005 de : [http://www.pasan.org/Publications/Unlocking\\_Our\\_Futures.pdf](http://www.pasan.org/Publications/Unlocking_Our_Futures.pdf)
- Dolan, K. (1998). Preuves de la transmission du VIH en prison. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 3(4). Téléchargé le 25 août 2005 de : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/Winter9798/26DOLANE.html>
- Dolan, K., S. Rutter et A. Wodak (2002). Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction*, 98:153-158.
- Dufour, A., M. Alary, C. Poulin, F. Allard, L. Noel, G. Trottier, D. Lépine et C. Hankins (1995). HIV prevalence among inmates of a provincial prison in Quebec City. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 6(suppl. B):31B.
- Elwood-Martin, R., F. Gold, W. Murphy, V. Remple, J. Berkowitz et D. Money (2005). Drug use and risk of blood-borne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Revue canadienne de santé publique*, 96(2):97-101.
- Enquêteur correctionnel Canada (2004). *Rapport annuel de l'enquêteur correctionnel 2003-2004*. Ottawa : Bureau de l'enquêteur correctionnel. Téléchargé le 8 février 2005 de : [http://www.oci-bec.gc.ca/reports/pdf/AR200304\\_e.pdf](http://www.oci-bec.gc.ca/reports/pdf/AR200304_e.pdf)
- Ford, P., M. Pearson, P. Sankar-Mistry, T. Stevenson, D. Bell et J. Austin (2000). HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *Quarterly Journal of Medicine*, 93(2):113-119.
- General Accounting Office (GAO) des États-Unis (1993). *Needle exchange programs: Research suggests promise as an AIDS prevention strategy*. Rapport au président, Comité spécial sur l'abus et le contrôle des narcotiques, Chambre des représentants. Rapport n° GAO/HRD-93-60. Washington D.C. : Chambre des représentants.
- Groupe de travail sur le VIH/sida et l'usage de drogues injectables. (1997). *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Association canadienne de santé publique. Téléchargé le 14 décembre 2004 de : <http://www.cfdp.ca/hiv aids.html>
- Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues (1999). *Final report of the study group on needle exchange programs*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Hankins, C. et coll., (1995). Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions – Montreal. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 6(suppl. B):31B.
- Hankins, C., S. Gendron, M. Handley, C. Richard, M. Tung et M. O'Shaughnessy (1994). HIV infection among women in prison: An assessment of risk factors using a non-nominal methodology. *American Journal of Public Health*, 84(10):1637-1640.
- Hankins, C. et coll. (1989). Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes – Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, 15(33):168-170.
- Hellard, M., J. Hocking et N. Crofts (2004). The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiology & Infection*. 132:409-415.
- Holtgrave, S., T. Pinkerton, P. Lurie et D. Vlahov (1998). Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome & Human Retrovirology*, 18(suppl. 1):S133-138.
- Jamner, M., N. Corby et R. Wolitski (1996). Bleaching injection equipment: Influencing factors among IDUs who share. *Substance Use and Misuse*, 31(14):1973-93
- Jürgens, R. (1996). VIH/sida et prisons : rapport final. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida. Téléchargé le 8 février 2005 de : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/complete.pdf>
- Kerr, T. et R. Jürgens (2004). Methadone maintenance therapy in prisons: Reviewing the evidence. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida. Téléchargé le 8 février 2005 de : [http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/MMT\\_150604.PDF](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/MMT_150604.PDF)
- Kinlock-de Loes, S., P. de Saussaure, J. Saurat, H. Stadler, B. Hirschel et L. Perrin (1993). Symptomatic primary infection due to HIV type 1: Review of 31 cases. *Clinical Infectious Diseases*. 1993(17):59-65.

- Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) (1999). Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 25 (suppl. 1):S1-S25.
- Landry, S, M. Alary, G. Godin, G. Lambert et H. Gagnon (2004). Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 15(suppl. A) : résumé 306.
- Lines, R. (2002). *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard. Un rapport d'étape*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida. Téléchargé le 8 février 2005 de : [http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/prison\\_reportcard.pdf](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/prison_reportcard.pdf)
- Lines, R., R. Jürgens, G. Betteridge, H. Stöver, D. Laticevski et J. Nelles (2004). *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida. Téléchargé le 8 février 2005 de : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/pnep/PNEP-report.pdf>
- Lior, L., B. J. Beal, J. Portman, E. Rud, R. Chaudhary, J. Scott et C. Archibald (1998). A look behind closed doors: Injection and sexual risk behaviour and HIV, HBV and HCV in a Canadian prison. Présentation par affiche n° 23528 lors de la 12<sup>e</sup> conférence mondiale sur le sida, Genève, du 28 juin au 1<sup>er</sup> juillet.
- Long, J., S. Allwright, J. Barry, S. Reaper-Reynolds, L. Thornton, F. Bradley et J. Parry (2001). Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: A national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2001(323):1-6.
- Lurie, P., A. Reingold, B. Bowser, D. Chen, B. Foley, J. Guydish, J. Kahn, S. Lane et J. Sorensen (1993). *The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad*. San Francisco : Université de la Californie.
- MacPherson, D. (2001). *A framework for action: A four pillar approach to drug problems in Vancouver, Revised edition*. Ville de Vancouver : Vancouver (Colombie-Britannique). Téléchargé le 10 février 2005 de : [http://www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars/pdf/Framework\\_REVISED.pdf](http://www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars/pdf/Framework_REVISED.pdf)
- MacPherson, P. (2001). Programme de contrôle au hasard d'échantillons d'urine : Politiques, pratiques et résultats de recherche. *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13(3):54-57. Téléchargé le 16 février 2005 de : [http://www.csc-cc.gc.ca/text/pblct/forum/e133/133q\\_e.pdf](http://www.csc-cc.gc.ca/text/pblct/forum/e133/133q_e.pdf)
- Malkin, I. (1996). Rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant leur incarcération. Annexe 1 dans R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida. Téléchargé le 8 février 2005 de : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/complete.pdf>
- Millson, P. (1991). Evaluation of a programme to prevent HIV transmission in injection drug users in Toronto. Toronto : Toronto Board of Health.
- Moloughney, B. (2004). Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale. *Revue canadienne de santé publique*, 95(suppl. 1), S1-S63. Téléchargé le 8 février 2005 de : [http://www.cpha.ca/english/cjph/prisoners/CJPH\\_95\\_Suppl\\_1\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/english/cjph/prisoners/CJPH_95_Suppl_1_e.pdf)
- Muller, R., K. Stark et I. Guggenmoos-Holzmann (1995). HIV infection in prisons: High risk behaviour is common in prisons in Berlin. *British Medical Journal* 310(6989):1264.
- Ontario Medical Association (OMA) (2004). *Improving our health: Why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs?* Toronto : Ontario Medical Association. Téléchargé le 8 février 2005 de : <http://www.oma.org/phealth/omanep.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Téléchargé le 29 avril 2005 de : [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1993). *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

- Patrick, D., M. Tyndall, P. Cornelisse, K. Li, C. Sherlock, M. Rekart et coll. (2001). Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(7):889-895.
- Pernanen, K. et coll. (2002). *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Téléchargé le 16 février 2005 de : <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-009105-2002.pdf>
- Prefontaine, R., R. Chaudhary et R. Mathius (1994). Analysis of risk factors associated with hepatitis B and C infection in correctional institutions in British Columbia. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 5(4):153-156.
- Ramuscak, N., L. Calzavara, A. Burchell, T. Myers, P. Ford, M. Fearon, C. Swantee, C. Major et A. Anonychuk (2004). Prevalence and correlates of hepatitis C (HCV) among Ontario prisoners: preliminary results from the Ontario Remand Study. Présenté lors de la conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, du 13 au 16 mai 2004, Montréal (Québec)
- Réseau juridique canadien VIH/sida (2004a). Prévention : l'eau de Javel. *Feuille d'information n° 5, VIH/sida en prison*. Téléchargé le 25 novembre 2004 de : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/e-info-pa5.htm>
- \_\_\_\_\_ (2004b). La transmission du VIH dans les prisons. *Feuille d'information n° 3, VIH/sida en prison*. Téléchargé le 25 août 2005 de : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/e-revinfo-pa3.pdf>
- Robinson, D. et L. Mirabelli (1996). *Résumé des constatations du Sondage national auprès des détenus réalisé en 1995*. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Téléchargé le 16 février 2005 de : [http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b14/toce\\_e.shtm](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b14/toce_e.shtm)
- Roy, Michel (2001). La Stratégie nationale antidrogue du Service correctionnel du Canada. *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13(3):5-6. Téléchargé le 31 mars 2005 de : [http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e133/133b\\_e.pdf](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e133/133b_e.pdf)
- Rutter, S., K. Dolan, A. Wodak et H. Heilpern (2001). *Prison-based syringe exchange programs: A review of the international research & program development (NDARC technical report #112)*. Sydney (Australie) : National Drug and Alcohol Research Centre. Téléchargé le 9 février 2005 de : [http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/c2fab74f3f54c22ca256afc00097c53/7da7f71e9589fed4ca256def0010b0e5/\\$FILE/TR.112.PDF](http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/c2fab74f3f54c22ca256afc00097c53/7da7f71e9589fed4ca256def0010b0e5/$FILE/TR.112.PDF)
- Santé Canada et Service correctionnel du Canada (SCC) (2003). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Téléchargé le 8 février 2005 de : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/en.pdf>
- Santé Canada (2000). *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada : document de travail*. Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Ottawa : Santé Canada. Téléchargé le 14 décembre 2005 de : [http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis\\_c/pdf/careDiscCanada.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/pdf/careDiscCanada.pdf)
- Scott, A. et Lines, R. (1998). *HIV/AIDS in the male-to-female transsexual/transgendered prison population: A comprehensive strategy*. Toronto : Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN). Téléchargé le 14 décembre 2004 de : [http://www.pasan.org/Publications/T-S\\_&\\_T-G\\_in\\_Prison\\_99.pdf](http://www.pasan.org/Publications/T-S_&_T-G_in_Prison_99.pdf)
- Scully, L., S. Mitchell et P. Gill (1993). Clinical and epidemiological characteristics of hepatitis C in a gastroenterology/hepatology practice in Ottawa. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 148:1173-1177.
- Service correctionnel du Canada (SCC) (2004a). *Lignes directrice de SCC pour un projet pilote visant l'adoption de pratiques de tatouage sécuritaires*. Manuscrit non publié. Ottawa : Service correctionnel du Canada, administration centrale.
- \_\_\_\_\_ (2004b). *Urinalysis statistics and drug seizures*. Ottawa : Division de la sécurité, Service correctionnel du Canada. L'auteur a un exemplaire dans ses dossiers.
- \_\_\_\_\_ (2003). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 : Rapport du Système de surveillance des maladies infectieuses du Service correctionnel du Canada*. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Téléchargé le 21 février 2005 de : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/en.pdf>
- \_\_\_\_\_ (1994). *Le VIH/sida en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Stark, K., U. Bienszle, R. Vonk et I. Guggenmoos-Holzmann (1997). History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injection drug users in Berlin. *International Journal of Epidemiology*, 26(6):1359-1366.
- Stöver, H., L. Hennebel et J. Casselmann (2004). *Substitution treatment in European prisons: A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries*. Wimbeldon (R.-U.) : Cranstoun Drug Services Publishing. Téléchargé le 25 août 2005 de : [http://www.endipp.net/index.php?option=com\\_remository&Itemid=39&func=download&filecatid=29&chk=64395168dcec5eae8e5dc7b50e2f76ad](http://www.endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=39&func=download&filecatid=29&chk=64395168dcec5eae8e5dc7b50e2f76ad)



- Stöver, H. et J. Nelles (2003). Ten years of experience with needle exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14(2003):437-444
- Strain E., G. Bigelow, I. Liebson et M. Stitzer (1999). Moderate vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: A randomized trail. *Journal of American Medical Association*, 281(11):1000-1005.
- Strathdee, S., D. Patrick, S. Currie et coll. (1997). Needle exchange is not enough : Lessons from the Vancouver Injecting Drug Use Study. *AIDS*, 11:F59-F65.
- Stratton, E., L. Sweet, A. Latorraca-Walsh et P. Gully (1997). Hepatitis C in Prince Edward Island: A descriptive review of reported cases, 1990-1995, *Revue canadienne de santé publique*, 88(2):91-94.
- Taylor, A. et D. Goldberg (1996). Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2(3). Téléchargé le 7 avril 2005 de : <http://capital.letterswww.aidslaw.ca/Maincontent/other-docs/Newsletter/April1996/14avrilE.html>
- Taylor, A., D. Goldberg, J. Emslie, J. Wrench, L. Gruer, S. Cameron, J. Black, B. Davis, J., McGregor, E. Follett, J. Harvey, J. Basson et J. McGavigan (1996). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 1995 (310):289-292.
- Thomas, G. (2003). Taking the principles of effective corrections seriously in CSC's approach to the rehabilitation of drug abusing prisoners. Dans Gerald B. Thomas (éd.), *Perspectives on Canadian Drug Policy*, volume II, Kingston (Ontario) : Société John Howard du Canada.
- Titus, S., M. Marmor, D. Des Jarlais, M. Kim, H. Wolfe et S. Beatrice (1994). Bleach use and HIV seroconversion among New York City injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 7(7):700-704.
- Tweed, A. et M. Krajden (2004). *L'efficacité de l'eau de Javel pour la prévention de la transmission de l'hépatite C - Rapport final*. Agence de santé publique du Canada. Téléchargé le 25 août 2005 de : [http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis\\_c/library/bleach/index\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/library/bleach/index_e.html)
- Weild, A., O. Gill, D. Bennett, S. Livingstone, J. Parry et L. Curran (2000). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: A national survey. *Communicable Disease and Public Health*, (3):121-126. Téléchargé le 4 avril 2005 de : <http://www.hpa.org.uk/cdph/issues/CDPHVol3/no2/bbv.pdf>
- Wiessing, L. (2001). *Injecting drug users in Europe*. Lisbonne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Téléchargé le 2 décembre 2004 de : <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr008.htm>
- Woods, E., W. Small, P. Spittal, C. Miller, M. Tyndall, M. O'Shaughnessy et M. Schechter (2004). Incarceration is independently associated with syringe lending and borrowing among a cohort of injection drug users. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 15(suppl. A): 57A.
- Wylie, J. (2004). *A pilot study assessing risk factors for hepatitis C and HIV transmission within a federal correctional institution*. Rapport non publié présenté à Kim Shaw, chef des soins de santé, Établissement Stony Mountain.
- Zou S., M. Tepper et A. Giulivi (2000). Current status of hepatitis C in Canada. *Revue canadienne de santé publique*. 2000(91) (suppl. 1):S10-S15.