

**Le VIH/sida en milieu carcéral**  
**Une bibliographie sélective et annotée**  
**Novembre 2005**

Préparée par  
**Ralf Jürgens**

Grâce au financement de la  
**Direction des affaires internationales, Santé Canada**

Pour de plus amples renseignements concernant cette publication, veuillez communiquer avec :

La Division de la santé internationale  
Direction des affaires internationales  
Direction générale de la politique de la santé et des communications  
Santé Canada  
Édifice Jeanne-Mance, Pré Tunney, L.A. 1903 A  
Ottawa Ontario K1A 0K9  
Canada

Ce document est téléchargeable au :

[http://www.hc-sc.gc.ca/aic-asc/activit/strateg/intactivit/aids-sida/hivaida-vihsida-pubs\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/aic-asc/activit/strateg/intactivit/aids-sida/hivaida-vihsida-pubs_f.html)  
ou en commandant la version imprimée auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
([www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca))

© 2005 Direction des affaires internationales, Santé Canada

**ISBN: 0-662-71962-X**

**N° de cat.: H21-271/2006F-PDF**

#### **Note de paternité**

Ralf Jürgens a effectué la recherche liée à cette bibliographie annotée et en a fait la rédaction.

#### **Remerciements**

D'autres personnes ont contribué à cette bibliographie à bien des égards. L'auteur et la Direction des affaires internationales tiennent à remercier les membres du Comité directeur du *3<sup>e</sup> dialogue international sur la politique en matière de VIH/sida : VIH/sida en milieu carcéral* d'avoir partagé leurs idées à plusieurs étapes de ce projet; les pairs examinateurs d'avoir émis leurs commentaires dans une version préliminaire de la bibliographie annotée : Glenn Betteridge, Murdo Bijl, Holly Catania, Anne De Groot, Kate Dolan, KC Goyer, Rick Lines, Morag MacDonald, Martina Melis, Lars Moller, Dmitry Rechnov, Marlise Richter, Heino Stöver, Gerald Thomas, et Barry Zack; et Gord Cruess d'avoir aidé à la recherche.

**Le financement pour cette publication provient de la Direction des affaires internationales, Santé Canada. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de la Direction des affaires internationales.**

## Table des matières

<b>Portée, méthodes et prochaines étapes</b>	<b>6</b>
<b>Documents d'aperçu, politiques et lignes directrices</b>	<b>9</b>
Ressources essentielles	9
Autres ressources	13
<b>VIH/sida et hépatite C dans les prisons : prévalence et comportements à risque</b>	<b>27</b>
Ressources essentielles	28
Autres ressources	28
Aperçus	28
Documents selon la région	30
L'Afrique	30
Les Amériques	31
L'Amérique centrale et l'Amérique du Sud	31
Le Canada	34
Les États-Unis d'Amérique	41
La Méditerranée orientale	45
L'Europe	46
L'Europe occidentale et l'Europe du Sud	46
La Fédération de Russie	59
L'Asie du Sud-est	60
Le Pacifique occidental	61
L'Australie	61
<b>Transmission du VIH et du VHC en milieu carcéral</b>	<b>65</b>
Aperçus	66
Documents selon la région	67
Les Amériques	67
L'Amérique centrale et l'Amérique du Sud	67
Le Canada	69
Les États-Unis d'Amérique	70
La Méditerranée orientale	75
L'Europe	75
L'Europe occidentale et l'Europe du Sud	75
L'Europe orientale	85
La Fédération de Russie	85
L'Asie du Sud-est	86
Le Pacifique occidental	88
L'Australie	88
Transmission des ITS	94

<b>Éducation</b>	<b>96</b>
<b>Condoms, lubrifiants, et lutte contre la violence sexuelle</b>	<b>102</b>
Ressources essentielles	102
Autres ressources	103
<b>Tatouage</b>	<b>109</b>
<b>Usage de drogues injectables : Aperçus</b>	<b>111</b>
Ressources essentielles	111
Autres ressources	116
<b>L'eau de Javel et autres désinfectants</b>	<b>120</b>
Ressources essentielles	120
Autres ressources	122
<b>Programmes en matière d'aiguilles et de seringues</b>	<b>124</b>
Ressources essentielles	124
Autres ressources	126
<b>Traitement de substitution</b>	<b>135</b>
Ressources essentielles	135
Autres ressources	138
Prescription d'héroïne	151
Mortalité après la mise en liberté	152
<b>Autres formes de traitement pour la dépendance des drogues</b>	<b>154</b>
Ressources essentielles	154
Autres ressources	157
<b>Mesures de réduction de l'approvisionnement en drogues</b>	<b>166</b>
Unités sans drogues	166
Analyse des urines	167
<b>Dépistage du VIH et counseling</b>	<b>175</b>
<b>Soins, soutien et traitement pour le VIH et le VHC</b>	<b>180</b>
Soins, soutien et traitement pour le VIH/sida	180
Traitement du VHC	192
<b>Hébergement des personnes incarcérées séropositives pour le VIH</b>	<b>194</b>
<b>Libérations compatissantes, planification des libérations et aide postpénale</b>	<b>195</b>
Libération compatissante	195
Planification des libérations et aide postpénale	195

<b>Solutions de rechange à l'emprisonnement</b>	<b>206</b>
<b>Les populations carcérales ayant des besoins particuliers</b>	<b>210</b>
Les jeunes délinquants et délinquantes	210
Les prisonnières	214
Les personnes incarcérées autochtones	217
Les détenus transsexuels ou transgenres	219
<b>Questions d'ordre juridique, éthique et celles liées aux droits de la personne</b>	<b>220</b>
Ressources essentielles	220
Autres ressources	221
<b>Périodiques</b>	<b>226</b>
<b>Sites Internet</b>	<b>227</b>

## Portée, méthodes et prochaines étapes

La rédaction de cette bibliographie sélective et annotée a commencé en mars 2005 et s'est terminée en novembre 2005. Cet ouvrage se voulait un document de référence pour le 3<sup>e</sup> *dialogue international sur la politique en matière de VIH/sida : VIH/sida en milieu carcéral*. La rencontre, organisée par le gouvernement du Canada et l'ONUSIDA, a eu lieu à Toronto, au Canada, en octobre 2005.

### Portée et méthodes

Le *but* est de promouvoir des réponses efficaces, fondées sur des preuves scientifiques et le respect des droits de la personne, aux problèmes que soulèvent le VIH/sida et l'hépatite C (VHC) en milieu carcéral.

Les *objectifs* sont :

- d'accroître *les connaissances* de la documentation sur les problèmes liés au VIH/sida et au VHC en milieu carcéral et *l'accès* à celle-ci; et
- d'augmenter la *capacité* des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des chercheurs et des chercheuses à répondre efficacement aux défis que posent le VIH/sida et le VHC en milieu carcéral.

Le but de la bibliographie n'était pas de contenir tous les documents publiés sur le VIH/sida ou le VHC en milieu carcéral. Il y en a tout simplement trop; certains sont désuets, alors que d'autres sont difficiles à obtenir. L'auteur a plutôt entrepris une recherche documentaire approfondie et a ensuite choisi les documents les plus pertinents selon un ensemble de critères, y compris la portée du document (locale, régionale, nationale ou internationale), la date de publication, le ou les sujets couverts, l'accessibilité du document et sa pertinence. Le but était d'inclure les publications les plus pertinentes dans un grand nombre de domaines, allant de la prévalence du VIH, du VHC et des comportements à risque aux questions d'ordre juridique et éthique, en passant par une variété de mesures de prévention, le traitement du VIH et du VHC et le traitement de la toxicomanie. La bibliographie contient une grande quantité de lettres d'information, de revues et de sites Web pour permettre aux gens qui l'utilisent de repérer plus facilement de nouveaux documents qui paraîtront après sa publication. Faute de ressources, on ne pouvait pas inclure les études concernant *la tuberculose et le VIH* en milieu carcéral dans cette version de la bibliographie. Il en va de même pour l'important domaine de la réforme pénitentiaire. Comme un examinateur l'a fait remarquer, « il est difficile de discuter de santé en milieu carcéral sans discuter de la réforme pénitentiaire ». Bien que nous ayons ajouté quelques ressources sur la réforme pénitentiaire dans la première section, il aurait été utile d'en mettre plus au sujet des problèmes liés aux prisons en général afin de mettre en contexte les problèmes du VIH en milieu carcéral. Nous espérons pouvoir aborder ces lacunes dans la prochaine version de la bibliographie.

Dans certaines des sections plus volumineuses, une liste des *ressources essentielles* précède celle des *autres ressources*. L'auteur a inclus des documents dans la liste des ressources essentielles

s'ils étaient : récents (ou encore uniques), brefs (ou complets), lisibles, publiés par une organisation fiable, publiés à titre d'article dans une revue à facteur d'impact important, rigoureux sur le plan scientifique, axés sur des pays en développement ou en transition ou s'y rapportaient, correspondaient aux critères de sélection. De plus, l'auteur les a choisis s'ils lui ont donné une très bonne impression générale. Au cours du processus de recherche de *ressources essentielles*, on a privilégié les documents qui étaient utiles aux porte-parole, aux responsables de politiques, aux gestionnaires de programmes ainsi qu'aux praticiens et aux praticiennes en milieu carcéral. Enfin, on a formé un groupe de pairs examinateurs pour s'assurer que les documents sélectionnés étaient de standard élevé et reflétaient une perspective globale.

Il y a des annotations pour la plupart des documents. Toutefois, il n'était pas possible d'en fournir pour toutes les entrées.

L'auteur a révisé des documents publiés en anglais, en français, en espagnol, en portugais, en italien et en allemand. Il a effectué une recherche des ouvrages scientifiques publiés au moyen de bases de données électroniques. Plusieurs examens approfondis de l'efficacité de certaines interventions ont aussi servi de base. Il a étudié des résumés de conférences et a effectué des recherches sur Internet. Des tentatives d'accéder à de l'information provenant de pays et de régions en développement, surtout les endroits qui sont actuellement confrontés à une épidémie de VIH. Il a accédé à la documentation grise par le biais de diverses sources, y compris des relations professionnelles, des communications directes avec des chercheurs et des chercheuses, des centres de recherches connus et d'Internet.

Il n'est pas surprenant que beaucoup des ressources proviennent d'un nombre relativement limité de pays développés. Toutefois, il existe des ressources qui proviennent de pays en développement ou en transition, et nous les avons comprises.

Des membres du comité organisateur du 3<sup>e</sup> *dialogue international sur la politique en matière de VIH/sida : VIH/sida en milieu carcéral* ont contribué à tous les stades de la production de cette bibliographie. Avant de terminer la bibliographie, l'auteur a obtenu des commentaires sur une ébauche d'un groupe de pairs examinateurs provenant d'un grand nombre de pays. Il a révisé la bibliographie en tenant compte de ces commentaires.

## **Prochaines étapes**

Cette bibliographie sera diffusée à grande échelle sous une variété de formes (copie papier, cédérom de recherche et divers sites Web sur Internet) pour faciliter l'accès à l'information sur le VIH/sida et le VHC en milieu carcéral. Selon la rétroaction reçue et la disponibilité de financement, il se pourrait que la bibliographie soit mise à jour une fois par année dans les années à venir.

## **Pour de plus amples renseignements et pour fournir des ressources supplémentaires...**

Ce document est téléchargeable à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/intactivit/aids->

sida/hiv aids-vihsida-pubs\_f.html. Vous pouvez aussi le commander du Centre canadien d'information sur le VIH/sida par téléphone au 1 613 725-3434 (sans frais si vous appelez du Canada au 1 877 999-7740), par télécopieur au 1 613 725-1205, par courriel à [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca) ou sur le Web au [www.aidssida.cpha](http://www.aidssida.cpha). La bibliographie est disponible en anglais et en français.

Si vous désirez suggérer des ressources supplémentaires à inclure dans la prochaine version de la bibliographie ou voulez partager vos commentaires généraux, veuillez communiquer avec Ralf Jürgens à [rjurgens@sympatico.ca](mailto:rjurgens@sympatico.ca).



## Documents d'aperçu, politiques et principes directeurs

Cette section de la bibliographie contient des documents (articles, rapports, livres et feuillets d'information) qui traitent des problèmes liés au VIH/sida (et à l'hépatite C) en milieu carcéral ou qui en donnent un aperçu, plutôt que de se concentrer sur un aspect ou un nombre limité d'aspects. Elle contient aussi des politiques, des principes directeurs ou des déclarations concernant le VIH/sida en milieu carcéral.

### Ressources essentielles

**Cranstoun Drug Services & European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (8<sup>e</sup> édition, 2005).** *Digest of research on drug use and HIV/AIDS in prisons*. Londres : Cranstoun et ENDIPP.

Disponible au [www.endipp.net/index.php?option=com\\_remository&Itemid=39&func=selectcat&cat=4](http://www.endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=39&func=selectcat&cat=4)

La 8<sup>e</sup> édition de cet abrégé contient 672 résumés de rapports, de livres et d'articles, qui donnent de l'information sur des sujets comme la prévalence du VIH; l'usage de drogues et les comportements à risque dans les prisons, ainsi que de nouvelles initiatives dans le domaine; et des évaluations de traitements pour la toxicomanie et de programmes de réduction des méfaits. Ce recueil est classé par auteur, pays et mot clé. Il contient des écrits publiés de même que de la documentation grise. C'est un outil indispensable pour tous ceux et celles qui travaillent dans le domaine. On a incorporé certaines des entrées dans cette bibliographie sélective et annotée. Toutefois, l'abrégé est plus axé sur l'usage de drogues illicites et le traitement de la toxicomanie en milieu carcéral, tandis que cette bibliographie annotée vise à offrir un aperçu plus général.

**Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale (2004).**  
**Dublin : Irish Penal Reform Trust.**

Disponible en plusieurs langues au [www.iprt.ie](http://www.iprt.ie)

La déclaration vise surtout les prisons en Europe et en Asie centrale, mais elle est aussi pertinente pour les prisons dans d'autres pays. Elle souligne que le VIH/sida est un problème sérieux pour les populations carcérales et que dans la plupart des pays, les taux d'infection par VIH sont plusieurs fois plus élevés chez les personnes incarcérées qu'à l'extérieur des prisons. Cette situation est souvent aggravée par les taux élevés de VHC ou de tuberculose multirésistante aux médicaments. Dans la plupart des cas, les taux élevés d'infection à VIH sont liés au partage de matériel d'injection à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons et aux rapports sexuels non protégés en milieu carcéral. Dans la majorité des pays, on n'a pas introduit des mesures de prévention adéquates dans les prisons, même si on a réussi à le faire dans des systèmes carcéraux de certains pays et qu'elles se sont révélées efficaces. Donc, les gens en prison sont encore plus à risque d'être infectés au VIH, et les personnes incarcérées vivant avec le VIH/sida augmentent leur risque de détérioration de leur santé, de co-infection par VHC ou à la tuberculose et de décès précoce.

La déclaration conseille vivement aux gouvernements d'agir et fournit un cadre pour mettre au point une réponse efficace au VIH/sida dans les prisons, fondée sur les meilleures pratiques internationales, des preuves scientifiques et le respect des droits des personnes en prison.

**Goyer KC (2003). *HIV/AIDS in Prison. Problems, Policies and Potential*. Pretoria: Institute for Security Studies (Monographie n° 79).**

Disponible au [www.iss.co.za/Publications/Monographindex.html](http://www.iss.co.za/Publications/Monographindex.html)

L'auteur aborde de façon détaillée les problèmes liés au VIH/sida dans les prisons d'Afrique du Sud. Cet ouvrage est pertinent pour tous les systèmes carcéraux, en particulier ceux dans les pays moins riches en ressources.

**Goyer KC et coll. (2004). *HIV/AIDS in Prison: Treatment, Intervention, and Reform. A Submission to the Jali Commission*. Johannesburg : AIDS Law Project and Treatment Action Campaign.**

Disponible au [www.alp.org.za/](http://www.alp.org.za/)

Dans cette soumission à la commission Jali sur les prisons, l'AIDS Law Project (Afrique du Sud) et la Treatment Action Campaign attirent l'attention sur les forces et les faiblesses de la politique actuelle en Afrique du Sud ainsi que sur les endroits où les changements doivent être effectués et sur la manière dont la mise en oeuvre peut être améliorée. Une soumission supplémentaire à la commission (Meerkotter A, Gertholtz L. *Submission on the early release of prisoners with HIV/AIDS to the Jali Commission*) traite plus en détail de la libération anticipée des personnes incarcérées vivant avec le VIH. Les deux documents sont très pertinents, surtout pour les systèmes carcéraux des pays moins riches en ressources.

**Jürgens R (1996). *VIH/sida et prisons : rapport final*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida.**

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/prtitrF.html>

Ce rapport détaillé de 150 pages résume l'histoire du VIH/sida en milieu carcéral au Canada et à l'échelle internationale. Il comprend des sections sur la prévalence des comportements à risque dans les prisons, la transmission du VIH derrière les barreaux, les programmes d'échange d'aiguilles, de traitement d'entretien à la méthadone et encore plus. Il révèle que les systèmes carcéraux ont une obligation morale et légale d'agir pour réduire le risque que le VIH se propage encore plus derrière les barreaux et de fournir les soins, les traitements et l'appui appropriés. Le rapport contient des centaines de références et une bibliographie substantielle.

**Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (1998). *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme : Directives internationales*. New York et Genève : Nations Unies (HR/PUB/98/1).**

Disponible au [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

Ces directives contiennent une recommandation importante concernant le VIH/sida en milieu carcéral (recommandation 29(e)).

**Organisation mondiale de la Santé (1987). *Déclaration de la consultation sur la lutte contre le sida dans les prisons* (Genève, 16-18 novembre 1987). Genève : Programme spéciale pour le SIDA de l'OMS (WHO/SPA/INF/87.14).**

Ce premier protocole d'accord de l'OMS sur le sida dans les prisons comporte des recommandations sur les manières de traiter du VIH/sida dans le système carcéral. Il souligne

que les principes généraux adoptés par les programmes nationaux de lutte contre le sida [Traduction] « devraient s'appliquer aussi bien aux prisons qu'à l'ensemble de la collectivité ».

**Organisation mondiale de la Santé (1993). *Organisation mondiale de la Santé, Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*. Genève : OMS (WHO/GPA/DIR/93.3).**

Disponible au [www.aidslaw.ca/elements/APP5.html](http://www.aidslaw.ca/elements/APP5.html)

Ces directives de 10 pages, écrites du point de vue de la santé publique, proposent des normes pour aider les responsables de l'administration pénitentiaire dans leurs efforts pour prévenir la transmission du VIH et fournir des soins aux personnes incarcérées qui vivent avec le VIH/sida.

**Organisation mondiale de la Santé, Prison Reform International, Médecins sans Frontières (2001). *HIV in Prison. A Manual for the Newly Independent States*. Copenhague : OMS Europe (édition russe, 2003)**

Disponible au <http://www.hipp-europe.org/resources/index.htm> en anglais et en russe.

Ce manuel complet comporte des chapitres sur les comportements à risque, la prévention, les soins et les traitements.

**Organisation mondiale de la Santé (2003). *Déclaration Moscou : Déclaration sur la santé en prison et la santé publique*. Copenhague : OMS Europe.**

Disponible en anglais, en français, en russe et en allemand au

[http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1)

La déclaration reconnaît le besoin d'un lien étroit entre la santé publique et la prestation de soins de santé aux gens en prison.

**Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA et UNODC (2004). *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons*. Genève : OMS.**

Disponible au [www.who.int](http://www.who.int)

Ce document de deux pages est un résumé des preuves d'interventions visant à prévenir la propagation du VIH dans les prisons. On y conclut que les programmes contre le VIH dans les prisons devraient comporter toutes les mesures contre la transmission du VIH qui sont exécutées dans la collectivité à l'extérieur des prisons, y compris l'éducation sur le VIH/sida, les tests de dépistage et le counseling effectués sur une base volontaire; la distribution d'aiguilles, de seringues et de condoms propres ainsi que le traitement pour la toxicomanie, y compris le traitement de substitution.

**Organisation mondiale de la Santé (2005). *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*. Copenhague : OMS Europe.**

Disponible en anglais et en russe au [http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1)

L'article résume les preuves de réduction des méfaits en prison. On y conclut que l'argument voulant que l'on intervienne du point de vue de la santé publique est solide et que les mesures de prévention des méfaits peuvent être introduites en toute sécurité dans les prisons et peuvent améliorer considérablement la prévention de la transmission du VIH/sida dans les collectivités.

**Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (1997). Le SIDA dans les prisons : Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA : Actualisation ONUSIDA. Genève : ONUSIDA.**

Disponible au [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

Ce document donne un aperçu général des facteurs et des conditions qui sont responsables de la transmission du VIH en milieu carcéral et des réponses les plus efficaces. L'ouvrage propose aussi une liste de *ressources clés* sur le VIH/sida dans les prisons.

**Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (1997). Le SIDA dans les prisons : Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA : Point de vue ONUSIDA. Genève : ONUSIDA.**

Disponible au [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

Cet ouvrage diffère légèrement en fait de contenu de l'*Actualisation* citée ci-dessus. Le document *Points de vue* présente des faits et des chiffres sur les prisons et le VIH et traite de la raison pour laquelle le VIH dans les prisons est un problème sérieux pour la société, de la façon dont le problème de taux croissants du VIH chez les personnes incarcérées a émergé et de ce que l'on peut faire pour arrêter la propagation du VIH en milieu carcéral.

**Réseau juridique canadien VIH/sida. VIH/sida et prisons – Feuillet d'information.**

**Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004 (3<sup>e</sup> édition).**

Disponible en français et en anglais au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>

En 2006, une édition révisée sera offerte en russe. Une édition précédente est aussi offerte en roumain. Il s'agit d'une série accessible de 13 feuillets d'information qui aborde la plupart des questions se rapportant au VIH/sida en milieu carcéral.

**Service correctionnel Canada (2004). Directive du commissaire 821 : Gestion des maladies infectieuses. Ottawa : SCC.**

Disponible en anglais et en français au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821\\_cde\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821_cde_f.shtml)

Ce document fournit des directives concernant la gestion des maladies infectieuses dans les prisons fédérales canadiennes, « énonce des principes de santé publique et prévoit une gamme complète de programmes portant sur les maladies infectieuses ». Son objectif est de « contribuer à la santé publique et au maintien d'un environnement sûr et sain en établissant un programme intégré sur les maladies infectieuses ». Entre autres, la directive indique ce qui suit :

- « En se fondant sur la meilleure preuve et l'expertise en santé publique, il faut mettre en oeuvre une gamme complète d'éléments de programmes sur les maladies infectieuses comprenant, entre autres, les tests de dépistage, l'immunisation, la sensibilisation et la formation, les mesures de réduction des méfaits, les soins et les traitements, les activités de surveillance et les partenariats »;
- « Les articles approuvés pour réduire les méfaits doivent être promptement et discrètement mis à la portée des détenus dans les unités opérationnelles du SCC, afin qu'aucun détenu n'ait besoin de les demander au personnel »;
- « Les détenus atteints de maladies infectieuses doivent être soutenus et traités de façon humaine dans un environnement exempt de toute discrimination »;
- « Le directeur de l'établissement doit veiller à ce que des condoms non lubrifiés et sans spermicide, des lubrifiants à base d'eau, des digues dentaires et de l'eau de Javel soient

discrètement mis à la portée des détenus à au moins trois endroits et dans toutes les unités de visites familiales privées »;

- « Les Services de santé du SCC doivent s'assurer que des partenariats avec les autres ministères fédéraux, les administrations provinciales et municipales, les organismes de services et les parties intéressées sont établis à l'échelle nationale, régionale et locale de sorte que les renseignements, les meilleures pratiques et les expertises puissent être mises en commun ».

Voir aussi les directives sur l'eau de Javel (*infra*, dans la section *usage de drogues injectables – eau de Javel et autres désinfectants*) et sur le traitement d'entretien à la méthadone (voir *infra*, dans la section sur *usage de drogues injectables – traitement de substitution*).

**United Nations Office on Drugs and Crime (2005). *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment, and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response*. Vienne : UNODC.**

Rick Lines et Heino Stöver ont préparé cet ouvrage pour l'UNODC à titre de document de référence pour une réunion consultative tenue à Vienne, en février 2005, sur la prévention du VIH/sida en milieu carcéral et les soins et le soutien qui s'y rattachent. On a conçu le document pour fournir un cadre permettant l'élaboration d'une réponse nationale efficace au VIH/sida dans les prisons qui rencontre les normes internationales de santé et celles concernant les droits de la personne, qui donne la priorité à la santé publique, qui est fondée sur les meilleures pratiques et qui appuie l'administration des établissements carcéraux.

## **Autres ressources**

**Agence de Prévention du Sida, Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique (1997). *Sida et Prison*. Bruxelles : L'APS.**

Dans cet article, on analyse la situation en ce qui concerne le VIH/sida dans le système carcéral de la Belgique et émet des recommandations sur la façon de traiter des problèmes soulevés. On recommande qu'une étude pilote de la distribution de matériel d'injection stérile soit entreprise.

**AIDS Advisory Committee (1995). *The Review of HIV and AIDS in Prison*. Londres, Royaume-Uni : HM Prison Service de l'Angleterre et du Pays de Galles.**

L'étude comprend 39 recommandations dans les domaines de la recherche, de la formation du personnel et de l'éducation des personnes incarcérées; de la prévention; de la réduction de risques et de la minimisation de méfaits; du counseling, des soins psychologiques et sociaux; et des aspects médicaux du VIH en milieu carcéral. Entre autres, le comité recommande que des produits de nettoyage (savon liquide et comprimés stérilisants Milton), des condoms, des digues dentaires et des lubrifiants soient mis à la disposition des personnes incarcérées.

**Anonyme (1998). *AIDS in prisons – good intentions, harsh realities in Africa's penitentiaries*. *AIDS Analysis Africa*, 8(3): 12.**

Lors d'une conférence tenue à Dakar, au Sénégal, concernant le VIH/sida dans les prisons africaines, on a informé les 250 participants et participantes des surpeuplements, du manque

d'installations médicales, et de la violence, surtout celle envers les femmes et les personnes mineures. Les activités sexuelles entre hommes aussi bien qu'entre hommes et femmes sont très répandues. Malgré ces réalités, il existe une forte opposition culturelle à l'idée de permettre l'accès aux condoms dans les prisons d'Afrique, et l'homosexualité est encore un acte criminel dans beaucoup d'États. La remarque qu'a fait un chef du centre de détention à Dakar reflétait l'attitude courante : [Traduction] « Si nous introduisons des condoms dans les prisons, nous invitons les prisonniers et les prisonnières à faire d'un côté ce que nous leur défendons de faire de l'autre ».

**Bobrik A et coll. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*, 26: 30-59.**

Dans cet article, on examine l'information disponible sur la santé (y compris le VIH/sida) de la population carcérale en Russie et les facteurs sous-jacents.

**Bollini P (1997). *HIV Prevention in Prisons. A Policy Study in Four European Countries. Rapport final présenté lors de la conférence commune européenne du OMS et du ONUSIDA sur le VIH/sida, les maladies transmises sexuellement et la tuberculose dans les prisons. Varsovie, 14 au 16 décembre 1997.***

Une étude comparative des politiques de prévention du VIH/sida dans les systèmes carcéraux de l'Italie, de la Suisse, de la Moldavie et de la Hongrie, ayant deux principaux objectifs : d'évaluer les politiques de prévention du VIH et de soins aux personnes qui en sont atteintes dans les systèmes carcéraux et d'évaluer quels facteurs ont influé sur la mise en oeuvre des directives de l'Organisation mondiale de la Santé sur le VIH/sida dans les prisons de 1993 (voir *supra*) à l'échelle du pays. L'étude a conclu que [Traduction] « c'est le rôle des organisations internationales oeuvrant dans ce domaine de susciter le débat sur les questions controversées telles que les programmes d'échange de seringues afin d'arriver à un consensus et de favoriser une mise en application complète des directives. Jusqu'ici, l'effort dans ce sens a été insuffisant et devrait être accéléré au moyen de visites de pays, d'examen de politiques, de suivis réguliers des résultats obtenus, de conférences, d'échanges d'expérience et d'études internationales ». De plus, l'étude suggère que l'introduction d'activités visant la réduction des méfaits dans les prisons comme projets pilotes et leur évaluation en bonne et due forme est une stratégie dont les preuves sont faites.

**Bollini P, Laporte JD, Harding TW (2002). HIV prevention in prisons. Do international guidelines matter? *European Journal of Public Health*, 12(2): 83-89.**

L'étude avait deux buts : d'évaluer les politiques nationales de prévention du VIH en milieu carcéral dans un groupe sélectionné de pays et de déterminer quels facteurs influent sur de telles politiques à l'échelle du pays. On a procédé à un examen comparatif des politiques de prévention du VIH en milieu carcéral en Moldavie, en Hongrie, dans la région de Nizhni-Novgorod de la Fédération de Russie, en Suisse et en Italie. L'examen s'est effectué au moyen d'entrevues avec des représentants et des représentantes de gouvernements, des organisations non gouvernementales et des gens professionnels oeuvrant dans le domaine, et en visitant des prisons sélectionnées. On a également recueilli des renseignements sur la santé des personnes incarcérées, y compris la tuberculose, les maladies transmises sexuellement et autres maladies infectieuses. Les résultats indiquaient que tous les pays avaient adopté une politique. Le contenu de la politique reflétait la philosophie et les stratégies de prévention du VIH et de soins des

personnes qui en sont atteintes dans la collectivité. Seule la Suisse avait appliqué les directives de l'OMS de 1993 à tous égards; l'Italie et la Hongrie les avaient adoptées en partie. Les auteurs ont conclu qu'un plus grand effort visant la diffusion d'information ainsi que la fourniture de savoir technique et de ressources matérielles pourraient être la réponse à au moins une partie des problèmes déterminés. De plus, des efforts à l'échelle nationale et internationale sont nécessaires pour susciter le débat et pour arriver à un consensus sur les activités de réduction des méfaits en milieu carcéral.

**Braithwaite RL, Hammett TM, Mayberry RM (1996). *Prisons and AIDS: A Public Health Challenge*. San Francisco : Jossey-Bass.**

L'article fournit des renseignements concernant la fréquence de contact sexuel, d'usage de drogues, de partage de seringue et de tatouage dans les prisons aux États-Unis; analyse les efforts d'éducation et de prévention qui existent; et recommande des stratégies pour élaborer des programmes de prévention améliorés, y compris ceux pour les jeunes délinquants et délinquantes et pour les personnes incarcérées de minorité ethnique. Un guide de ressources en matière d'éducation et de prévention aux États-Unis est inclus.

**Brewer TF (1991). HIV in prisons: the pragmatic approach. *AIDS*, 5: 897.**

**Service correctionnel Canada (1994). *VIH/sida et prisons : Rapport final du comité d'experts*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services.**

Un des rapports les plus complets sur les problèmes que soulèvent le VIH/sida et l'usage de drogues en milieu carcéral. Il comprend 88 recommandations sur les manières de prévenir la transmission du VIH dans les prisons et sur les soins des personnes incarcérées vivant avec le VIH/sida. Aussi disponible : *HIV/AIDS in Prisons: Summary Report and Recommendations* (la version abrégée du rapport); et *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials* (comprend un examen de cas juridiques canadiens traitant des problèmes que soulève le VIH/sida dans les prisons, un résumé des politiques carcérales des provinces et des territoires canadiens ainsi que celles de certains pays étrangers et une analyse des questions légales et éthiques que soulève la protection des renseignements médicaux confidentiels se rapportant aux personnes incarcérées).

**Dolan K, Wodak A, Penny R (1995). AIDS behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *AIDS*, 9: 825-832.**

**Dolan K (2000). *Surveillance and prevention of Hepatitis C infection in Australian prisons: A discussion paper*. Rapport technique n° 95. Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.**

Disponible au <http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports>

**Dutch National Committee on AIDS Control (1994). *AIDS and Detention: The Combat Against AIDS in Penitentiary Institutions in the Netherlands*. Amsterdam.**

Le rapport émet des réserves concernant l'état de la politique en matière de VIH/sida dans les prisons aux Pays-Bas. Il souligne que beaucoup de personnes incarcérées font partie de groupes sociaux tels que les toxicomanes, les prostitués, la jeunesse marginale et les personnes migrantes, qui sont particulièrement susceptibles de contracter une infection à VIH. Les prisons sont considérées comme des endroits où l'on a la possibilité de toucher ces groupes au moyen

d'éducation et d'activités de prévention. Selon les auteurs, la politique sur le sida dans les prisons devrait correspondre à celle dans l'ensemble de la société, ainsi qu'aux *Directives de l'OMS sur l'infection au VIH et le sida dans les prisons* (voir *supra*). Le rapport est disponible seulement en hollandais, mais il est accompagné d'un résumé en anglais.

**Éditeur (2005). Prison health: a threat or an opportunity? *The Lancet*, 366: 1.**

On soutient qu'en n'exécutant pas des mesures de réduction des méfaits qui se sont prouvées efficaces à plusieurs reprises, des gouvernements partout dans le monde manquent une occasion précieuse d'améliorer la santé d'une population qui est souvent au-delà de la portée des efforts liés à la santé publique. [*Traduction*] «Cet échec est absolument honteux. Les personnes incarcérées, un *groupe captif*, présentent une occasion cruciale d'aborder des comportements qui posent un risque élevé de transmission de maladies dans la société en général de même que dans les prisons, à l'aide de mesures de réduction des méfaits éprouvées, faciles et peu coûteuses. »

**European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (1997). *Final Report on the EU Project European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons*. Bonn et Marseille : The Network.**

Le compte rendu du premier séminaire du European Network for HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prison, tenu à Marseille le 20 juin 1996, comprend une analyse documentaire sur les comportements à risque pour le VIH en milieu carcéral et un aperçu de la situation dans six pays européens : l'Allemagne, l'Écosse, la France, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède. Il existe aussi un rapport en français intitulé *L'infection à VIH en milieu carcéral : épidémiologie, prévention, aspects éthiques et juridiques*.

**European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (1998). 2. *Annual Report – European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons*. Bonn et Marseille : The Network.**

Le deuxième rapport du réseau européen est accompagné d'information détaillée concernant le VIH/sida dans les prisons dans 16 pays européens et d'une bibliographie européenne actualisée sur le VIH/sida en milieu carcéral.

**European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (1999). *European guidelines on HIV/AIDS and hepatitis in prison*.**

Disponible au [www.hipp-europe.org/EVENTS/MILAN/index.htm](http://www.hipp-europe.org/EVENTS/MILAN/index.htm)

**Fortuin J (éd.) (1992). *Issues in HIV/AIDS in the Australian Prison System*. Canberra : Institut australien de criminologie.**

Ce livre contient six articles sur le VIH/sida en milieu carcéral concernant : l'éducation et la formation; les tendances quant aux politiques; la gestion des personnes incarcérées infectées par VIH; la santé et la sécurité au travail dans les prisons; les prisons et la loi; et les résultats de recherche et leurs répercussions sur la prévention.

**Gatherer A, Moller L, Hayton P (2005). The World Health Organization European Health in Prisons Project after 10 Years: Persistent Barriers and Achievements. *Am J Public Health*, 95: 1696-1700.**



Reconnaissant que la bonne santé dans les prisons est importante à la santé publique en général, 28 pays de la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se sont joints à un réseau de l'OMS qui s'est engagé à améliorer la santé en milieu carcéral. Dix ans plus tard, des mesures essentielles ont été prises et d'importants documents de politique ont été produits. Un facteur clé du progrès est l'élimination de l'isolement des services de santé dans les prisons et la collaboration plus étroite avec les services de santé publique du pays. Toutefois, il existe encore des obstacles au progrès. Un défi qui continue à se poser est celui de trouver les meilleures manières de passer des recommandations politiques à la mise en application, pour atteindre le but fondamental du réseau : des améliorations visibles à la santé et aux soins des personnes incarcérées.

**Gouvernement du Québec, Ministère de la Sécurité publique, Direction générale des services correctionnels (1997). *Les moyens de prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral en regard de la clientèle UDI : Rapport du groupe de réflexion*. Québec : Direction du partenariat et du conseil en services correctionnels, 19 juin 1997.**

Un groupe de travail mis sur pied par le ministère de la Sécurité publique a émis ce rapport, qui recommande de meilleurs programmes d'éducation pour les personnes incarcérées et le personnel dans les prisons provinciales du Québec; un accès élargi et plus discret aux condoms; l'accès accru à l'eau de Javel; la continuation de l'entretien à la méthadone pour les personnes incarcérées qui suivaient un tel traitement à l'extérieur de la prison; et une éducation sur les techniques plus sécuritaires de tatouage.

**Goyer KC, Gow J (2002). *Alternatives to current HIV/AIDS policies and practices in South African prisons*. *J Public Health Policy* 23(3): 307-323.**

Les personnes incarcérées en Afrique du Sud sont aux prises avec des problèmes de surpeuplement, de violence et de mauvaise nutrition. À ce fardeau s'ajoute plus récemment la menace accrue du VIH. On soutient que les personnes incarcérées ont besoin d'une meilleure nutrition, de meilleures conditions de vie et de meilleurs soins de santé. Ils doivent aussi avoir accès à des condoms et des produits désinfectants. Voir aussi ci-dessus, Goyer, 2003; et Goyer et coll., 2004.

**Gunchenko AN, Andrushchak LI (2000). [Résultats d'un projet conjoint du Département d'État de l'Ukraine sur l'exécution des punitions et de l'ONUSIDA visant à diminuer le risque de propagation du VIH dans les prisons de l'Ukraine]. (Article en russe). *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol*, (4): 95-96.**

Entre 1987 et 1999, on a détecté 7 800 cas d'infection par VIH chez les personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires de l'Ukraine. En 1997, le système carcéral a aboli les tests et l'isolement obligatoires des personnes séropositives pour le VIH. En avril 1998, on a lancé un projet visant à réduire la propagation de l'infection par VIH dans le système carcéral. Le projet comprenait de l'information et de l'éducation pour les personnes incarcérées autant durant la détention provisoire qu'après le jugement de culpabilité, ainsi que pour le personnel des institutions pénitentiaires; l'accès aux condoms et aux produits désinfectants; des tests de dépistage du VIH volontaires et le counselling avant et après le test.

**Hammett TM (1988). *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*. Troisième édition. Washington, DC : Département de la Justice des États-Unis.**

**Hankins C (1988). AIDS and the Correctional System. *Proceedings of the Canadian Sex Research Forum Conference*, 3(4): 43-46.**

Cet article est parmi les premiers à aborder l'épidémiologie du VIH en milieu carcéral; l'activité sexuelle en prison; les droits des personnes incarcérées à des programmes d'éducation et au traitement égal en ce qui concerne la recherche; l'agression sexuelle en milieu carcéral; et le dépistage obligatoire. Hankins conclut en disant que [Traduction] « le système correctionnel doit rapidement prendre des mesures pour traiter de l'épidémie du VIH et de ses conséquences ».

**Hankins C (1994). Confronting HIV infection in prisons. *Canadian Medical Association Journal*, 151: 743-745.**

**Harding TW (1987). AIDS in prison. *The Lancet*, 2(8570): 1260-1263.**

Une enquête menée dans 17 pays au nom du Conseil de l'Europe a trouvé que les médecins de prison et les administrations pénitentiaires ont réagi à l'épidémie du VIH de manières qui ne sont pas toujours justes sur le plan scientifique et éthique. L'article soutient que le besoin urgent de contrôler l'infection à VIH en milieu carcéral, d'offrir des conseils et de l'appui aux personnes incarcérées séropositives pour le VIH tout en prenant soin de celles atteintes du sida et vivant les pressions psychosociales dans un environnement autoritaire fermé pose un sérieux défi aux services médicaux dans les prisons. Il est loin d'être sûr qu'ils ont les ressources suffisantes et l'indépendance professionnelle pour s'en sortir. Néanmoins, le fait de ne pas réagir adéquatement à l'épidémie du VIH dans les prisons aurait des conséquences graves pour l'ensemble de la collectivité et pour les principes d'éthique des médecins de prison.

**Harding T (1990). HIV Infection and AIDS in the Prison Environment: A Test Case for the Respect of Human Rights. Dans : Strang J, Stimson G (éd.). *AIDS and Drug Misuse*. New York : Routledge, 197-207.**

**Harding T, Schaller G (1992). HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? Dans : Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW (éd.). *AIDS in the World*. Cambridge, MA : Harvard University Press.**

**Harding, T, Schaller G (1992). *HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A Survey Covering 55 Prison Systems in 31 Countries*. Genève : Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS.**

**Harding TW (1996). HIV/AIDS in Prisons. Dans : *AIDS in the World II*. New York : Oxford University Press, 268-272.**

**Heilpern H, Egger S (1989). *AIDS in Australian Prisons - Issues and Policy Options*. Canberra : Department of Community Services and Health.**

Un des premiers rapports détaillés sur le VIH/sida dans les prisons australiennes qui comprend de nombreuses recommandations.

**Hellard M, Aitken C (2004). HIV in prison: what are the risks and what can be done? *Sexual Health*, 1: 107-113.**

L'article offre un aperçu des activités à risque dans les prisons et de ce que l'on peut faire pour réduire le risque de transmission du VIH.

**Human Rights Watch (2004). *Russian Federation. Lessons Not Learned – Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*. New York : HRW.**

Disponible au [www.hrw.org/doc/?t=hiv aids pub](http://www.hrw.org/doc/?t=hiv aids pub)

Cet ouvrage contient une section sur la prévention du VIH en milieu carcéral (aux pages 39 à 44), qui met en évidence beaucoup des problèmes liés au (manque d') accès aux mesures de prévention du VIH dans les prisons de la Russie, ainsi que les répercussions sur les droits de la personne.

**Human Rights Watch (2004). *Thailand. Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights*. New York : HRW.**

Disponible au [www.hrw.org/doc/?t=hiv aids pub](http://www.hrw.org/doc/?t=hiv aids pub).

Ce rapport de 60 pages fournit des preuves d'exécutions sommaires, d'arrestations arbitraires et d'autres violations des droits de la personne que les autorités thaïlandaises ont commises. Le rapport comprend des témoignages de première main de parents de personnes tuées durant la lutte antidopage, ainsi que de toxicomanes qui ont été battus et forcés à faire des aveux, et qui ont subi des arrestations arbitraires aux mains de la Police royale thaïlandaise. Il aborde la situation relativement au VIH/sida dans les installations de détention.

**Jacob J, Keppler K, Stöver H (éd.) (1997). *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. Berlin : Deutsche AIDS-Hilfe.**

Ce livre comprend une collection d'articles sur le VIH/sida et la drogue en milieu carcéral, allant d'une perspective de l'intérieur, jusqu'à la prescription d'héroïne, en passant par la provision de méthadone dans les prisons d'Allemagne, une expérience comportant des analyses d'urine, une description de programmes d'échange de seringues et une discussion à leur sujet. En allemand seulement.

**Jürgens R (1994). Sentenced to prison, sentenced to death? HIV and AIDS in prisons. *Criminal Law Forum*, 5(2-3): 763-788.**

Un aperçu du VIH/sida dans les prisons au Canada et à l'échelle internationale, axé sur les recommandations émises dans le rapport de 1994 du Comité (canadien) d'experts sur le sida et les prisons.

**Jürgens R, Riley D (1997). Responding to AIDS and drug use in prisons in Canada. *The International Journal of Drug Policy*, 8(1): 31-39.**

Un aperçu concis du VIH/sida et de l'usage de drogues dans les prisons canadiennes en plus d'une discussion portant sur les réponses aux enjeux soulevés.

**Jürgens R (1997). Will Prisons Fail the AIDS Test? Dans : PG Erickson et coll. (éd.). *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*. Toronto : University of Toronto Press, 151-173.**

Un aperçu du VIH/sida dans les prisons au Canada et à l'échelle internationale.

**Jürgens R, Betteridge G (2005). Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health & Human Rights*, 8(2): sous presse.**

Cet article examine les répercussions de l'usage des drogues injectables dans les prisons sur les droits de la personne et la santé publique et vise précisément le VIH et le VHC. Les auteurs soutiennent que les personnes incarcérées qui s'injectent des drogues ont droit à des mesures de réduction des méfaits. De plus, les États qui remplissent leur obligation de fournir aux personnes incarcérées des mesures de réduction des méfaits telles que l'eau de Javel, la thérapie de substitution et le matériel d'injection stérile exécutent une bonne politique en matière de santé publique ayant un impact positif pour une population particulièrement susceptible au VIH et au VHC. Finalement, la promotion de la santé dans les prisons profite non seulement aux personnes incarcérées, mais aussi le personnel de prison et le public, et n'entraîne pas une diminution de la sûreté et de la sécurité des prisons.

**Jürgens R, Betteridge G (2005). HIV Prevention for prisoners: A public health and human rights imperatives. *Interights Bulletin*, 15(2): 55-59.**

Les détails de cette publication sont disponibles au [www.interights.org/page.php?dir=Publication](http://www.interights.org/page.php?dir=Publication)

**Kantor E (2003). HIV transmission and prevention in prisons. *HIV InSite Knowledge Base Chapter*.**

Disponible au <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-07&doc=kb-07-04-13>

L'article offre un aperçu des enjeux liés au VIH/sida en milieu carcéral.

**Kerr T et coll. (2004). Harm reduction in prisons: a "rights based analysis". *Critical Public Health*, 14(4): 345-360.**

Presque partout dans le monde, la principale réaction aux problèmes associés à l'usage de drogues injectables illicites a été d'intensifier les efforts pour appliquer les lois. Cette stratégie a contribué à une croissance sans précédent des populations carcérales et des préoccupations grandissantes concernant les méfaits liés aux drogues dans les prisons. Malgré la présence de lois internationales et de directives qui demandent la protection de la santé des personnes incarcérées, les autorités carcérales ont été en général lentes à mettre sur pied des activités qui se sont avérées efficaces pour ce qui est de la réduction des méfaits liés aux drogues en milieu carcéral. Alors qu'un nombre limité de pays ont progressé en mettant en oeuvre des programmes éducatifs, de la thérapie d'entretien à la méthadone, de la distribution d'eau de Javel et d'échange d'aiguilles dans la plupart des régions du monde, des efforts considérablement plus poussés sont nécessaires pour s'assurer que les personnes incarcérées reçoivent le même niveau de soins que celui offert en milieu communautaire. L'attention que reçoivent actuellement la sécurité et l'abstinence de drogues dans les prisons est souvent considérée comme étant incompatible avec les buts et les méthodes de réduction des méfaits. Toutefois, les preuves disponibles indiquent que la plupart des programmes de réduction des méfaits peuvent être mis en application dans les prisons sans compromettre la sécurité ou augmenter l'usage de drogues illicites.

**Lawyers Collective HIV/AIDS Unit (sans date). *Background Paper: Prisoners*. Mumbai et New Delhi : Lawyers Collective.**

Résumé disponible au <http://www.lawyerscollective.org/lc-hiv-aids/index.htm>

Ce document est écrit par la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit dans le cadre de l'élaboration d'un avant-projet de loi sur le VIH/sida en Inde. Le document, qui porte sur les personnes incarcérées, explore les enjeux liés aux principaux droits de la personne qui font surface dans le contexte des prisons et de l'épidémie du VIH au moyen d'une analyse de jurisprudence issue de partout dans le monde.

**Lines R (2002). *A Call for Action: HIV and Hepatitis C in Irish Prisons*. Irish Penal Reform Trust et Merchants Quay Ireland.**

Disponible au [www.iprt.ie](http://www.iprt.ie)

L'article soutient que le VIH et le VHC ont atteint des niveaux épidémiques dans les prisons irlandaises, et pourtant les mesures de prévention du VIH et du VHC et les services de santé fournis par l'Irish Prisons Service sont loin de ceux qui sont disponibles dans la collectivité et des modèles de meilleures pratiques dans d'autres territoires européens et nord-américains. À partir des recherches et des expériences irlandaises et internationales, le rapport fournit 21 recommandations au gouvernement de l'Irlande pour l'élaboration d'une solution complète et compatissante en ce qui a trait au VIH et au VHC en milieu carcéral. Pour un résumé, voir Irlande : Un rapport exhorte à des mesures contre le VIH et le VHC en prison. *Revue VIH/sida, droits et politiques* 2002; 7(2/3). Disponible en anglais et en français au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol7nos2-32002/prison.htm>

**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.**

Disponible en anglais et en français au

[www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/reportcard/toc.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/reportcard/toc.htm)

Cet article fournit un examen détaillé de la prestation de programmes et de services en matière de VIH/sida dans les systèmes carcéraux canadiens. On y inclut une *fiche de rendement de la réduction des méfaits* pour chaque territoire qui évalue la mise en place de mesures de prévention du VIH.

**Lines R (2002). *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-based HIV/AIDS Programs for Prisoners*. Toronto : PASAN.**

Disponible au [www.pasan.org](http://www.pasan.org)

Une ressource détaillée sur l'élaboration de services de prévention du VIH/sida et de soutien pour les personnes incarcérées.

**Ministry of Law and Human Right of Republic Indonesia (2005). *National Strategy Prevention and Control HIV/AIDS and Drug Abuse Indonesian Correction and Detention, 2005 – 2009*. Jakarta : Directorate General Correction.**

Dans ce document, on reconnaît que l'usage de drogues en Indonésie [*Traduction*] « a explosé depuis les dernières années », y compris en milieu carcéral. La stratégie nationale couvre les divers efforts visant à améliorer la santé des personnes incarcérées et de l'ensemble de la collectivité.

**Niveau G (2005). *Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review*. *Public Health*, 26 août [édition électronique avant impression]**

Le but était d'examiner des études qui définissent les facteurs de risque de transmission de maladies infectieuses dans les milieux carcéraux, de déterminer les objectifs visés et de formuler des recommandations pour la promotion de la santé dans les établissements carcéraux. On a effectué des recherches de 1993 à 2003, dans des bases de données électroniques en se servant d'une stratégie de recherche précise. Les principaux facteurs de risque dans les installations correctionnelles sont la proximité, les comportements sexuels à risque élevé et l'usage de drogues injectables. En se fondant sur le type de transmissions et d'épidémies de maladies signalées dans la documentation, on a ciblé quatre maladies pour lesquelles des mesures préventives devraient être mises en oeuvre : la tuberculose, le virus de l'immunodéficience humaine, l'hépatite et les maladies transmises sexuellement. Une connaissance des facteurs de risque permet de définir des mesures préventives efficaces selon cinq principaux thèmes d'action : l'information et l'éducation; le dépistage; la limitation des méfaits causés par le comportement à risque au moyen de distribution de condoms, d'échange de seringues; le traitement; et la vaccination. L'évaluation de l'efficacité et de la faisabilité de ces actions doit se faire en fonction des spécificités du milieu correctionnel.

**O'Mahony P (1997). *Mountjoy Prisoners: A Sociological and Criminological Profile*. Dublin : The Stationery Office.**

Ce rapport présente les résultats d'un sondage mené auprès d'un échantillon représentatif de personnes incarcérées à la prison de Mountjoy en Irlande en mai et en juin 1996. Le but était de fournir un profil des personnes incarcérées à Mountjoy axé sur leur contexte familial; leur état de santé, particulièrement les problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues; leurs antécédents criminels et pénaux; et dans une certaine mesure seulement, leur expérience et leurs points de vue de la vie en prison et du régime pénitentiaire.

**Pagliari LA, Pagliaro AM (1992). Sentenced to death? HIV infection and AIDS in prisons - current issues and future concerns. *Canadian Journal of Criminology*, 34(2): 201-214.**

L'article met l'accent sur le besoin d'élaborer immédiatement des stratégies globales visant la prévention et le contrôle du VIH/SIDA dans les prisons.

**Paredes I et coll. (2001). HIV/AIDS prevention in prisons: experience of participatory planning. *Gaceta Sanitaria*, 15(1): 41-47.**

L'article décrit l'application de la méthodologie participative en milieu carcéral (une prison à Valencia en Espagne) pour déterminer le contenu et les méthodes appropriés d'un programme de prévention du VIH/sida. Il conclut que la participation des personnes incarcérées et du personnel a fourni les renseignements qui ont facilité la conception (choix de buts, de mesures, de méthodes et de ressources) d'un programme de prévention du VIH adapté aux besoins et aux préférences de toutes les parties intéressées.

**Prison Reform Trust and National AIDS Trust (2005). *HIV and hepatitis in UK prisons: addressing prisoners' healthcare needs*. Londres : PRT & NAT.**

Disponible au <http://www.nat.org.uk/>

Un rapport sur le VIH et le VHC dans les prisons du Royaume-Uni qui comprend un bon nombre de recommandations.

**Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (1992). *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Toronto : PASAN.**

Disponible au [www.pasan.org/PASAN.htm](http://www.pasan.org/PASAN.htm)

Une stratégie détaillée pour aborder les enjeux que soulève le VIH/SIDA dans les systèmes carcéraux fédéraux et provinciaux au Canada.

**Programme des Nations Unies pour le développement (2004). *HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the Epidemic. Facts and Policy Options*. Bratislava : PNUD.**

Disponible au [www.undp.org/hiv/](http://www.undp.org/hiv/)

[Traduction] « Ce rapport contient un message simple : sans mesures immédiates, accélérées et élargies de façon considérable de la part des gouvernements et d'autres parties, le VIH/sida risque de saper, voire renverser les gains en développement humain dans les pays de l'Europe de l'Est et de la Communauté des États indépendants ». Le rapport comporte une section sur les personnes incarcérées (aux pages 32 à 35) ainsi que les conclusions et les recommandations suivantes (aux pages 36 et 37) :

[Traduction] « Des réformes fondamentales des systèmes carcéraux sont nécessaires afin de réduire le surpeuplement, de mieux harmoniser les sanctions aux actes criminels et d'aider à assurer les droits des personnes incarcérées. Dans la mesure du possible, on doit adopter les principes d'équivalences, selon lesquels les personnes incarcérées reçoivent la même qualité de santé que le reste de la population.

On devrait introduire des méthodes de réduction des méfaits à grande échelle dans toutes les prisons. De façon plus générale, les prisons devraient être vues comme des endroits de réhabilitation ainsi que de sanctions.

Dans la mesure du possible, on ne devrait pas incarcérer les toxicomanes non violents. Un mois en prison est assez pour contracter le VIH d'une seringue infectée qui est partagée.

La région a besoin de discussions franches concernant les causes socioéconomiques de l'usage des drogues, l'homosexualité, le véritable état de ses prisons [...] ».

**Reddy P, Taylor SE, Sifunda S (2002). *Research capacity building and collaboration between South African and American partners: the adaptation of an intervention model for HIV/AIDS prevention in corrections research. AIDS Education and Prevention, 14(5 Suppl B): 92-102.***

Cet article examine un partenariat entre des chercheurs et des chercheuses des États-Unis qui sont intéressés aux problèmes de santé en milieu correctionnel et des scientifiques de l'Afrique du Sud qui effectuent de la recherche sur la santé en prison. L'article examine certains des défis et des occasions d'échanger des connaissances et des compétences au moyen de renforcements des capacités et des stratégies de collaboration, et il parle des obstacles et des avantages liés à la collaboration lorsqu'il s'agit de former des liens entre les chercheurs et les chercheuses de nations qui sont développées et de celles qui le sont moins.

**Restum ZG (2005). Public health implications of substandard correctional health care. *Am J Public Health*, 95: 1689-1691.**

On soutient que les citoyennes et les citoyens américains se trouvent devant une menace grandissante de contracter des maladies transmissibles en raison du taux élevé de récidive dans les prisons fédérales et celles d'État, du dépistage et du traitement inadéquats des personnes incarcérées et des soins de santé de suivi inférieurs à la suite de leur libération. Une éducation insuffisante en matière de maladies transmissibles, autant pour les personnes incarcérées que les citoyens et les citoyennes, et d'autres problèmes, tels que le préjudice contre les personnes incarcérées, l'escalade des coûts, et un système de prestation de soins de santé en milieu carcéral non fiable, contribuent tous au problème de santé publique qui requiert un examen minutieux et une correction soignée pour la protection de toutes les parties intéressées.

**Service correctionnel Canada (2003). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001. Un rapport du système de surveillance des maladies infectieuses du Service correctionnel Canada. Ottawa : SCC.***

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index_f.shtml)

Un aperçu des enjeux liés à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses dans les prisons fédérales canadiennes.

**Stern V (1998). *A Sin against the Future: Imprisonment in the World*. Boston, MA : Northeastern University Press.**

Pour un compte rendu, voir <http://www.bsos.umd.edu/gvpt/lpbr/subpages/reviews/stern99.html>

Un examen comparatif de l'emprisonnement et des systèmes carcéraux dans le monde. Les treize chapitres sont divisés en quatre parties : Imprisonment Around the World [Emprisonnement dans le monde entier]; A Deformed Society: The Prison World [Une société déformée : le monde carcéral]; Making Prisons Better [Améliorer les prisons]; et The Future of Imprisonment [L'avenir de l'emprisonnement]. L'examen n'aborde pas le VIH/sida en particulier, mais de bien des façons, il est difficile de discuter du VIH/sida en milieu carcéral sans discuter de la réforme pénitentiaire.

**Stöver H, Lines R (2005). Silence Still = Death: 25 years of HIV/AIDS in Prisons. Dans : Matic S, Lazarus J, Donoghoe M (éd.). *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*. Genève : Organisation mondiale de la Santé (sous presse).**

**The AIDS Council of NSW et coll. (1995). Prisons and Blood Borne Communicable Diseases. *The Community Policy*. Darlinghurst : The Council.**

De nombreux groupes communautaires en Nouvelle-Galles-du-Sud, en Australie, se sont unis et ont conçu cette politique de prévention et de traitement de maladies transmissibles par le sang telles que le VIH et l'hépatite C dans le système carcéral. La politique présente de nombreuses recommandations sur les façons de prévenir la propagation du VIH derrière les barreaux et aborde une question qui sous-tend beaucoup des problèmes que soulève le VIH/sida en milieu carcéral : les lois antidrogue actuelles qui font que de nombreuses personnes faisant usage de drogues sont condamnés à la prison, où ils continuent d'en faire usage et courent un plus grand risque de contracter le VIH. Afin de réduire le nombre de toxicomanes qui sont condamnés à l'emprisonnement, le Conseil recommande une variété de changements aux lois antidrogue.



**Thomas PA (1990). HIV/AIDS in prisons. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 29: 1-13.**

**Thomas PA, Moerings M (éd.) (1994). *AIDS in Prison*. Aldershot, Royaume-Uni, et Brookfield, Vermont : Dartmouth Publishing Company.**

Une collection d'articles sur les politiques et les pratiques pénitentiaires dans dix pays (la Norvège, l'Allemagne, la Pologne, l'Angleterre et le pays de Galles, les Pays-Bas, la Belgique, l'Italie, l'Espagne, le Canada et les États-Unis). On examine les lois et les procédures ainsi que la mesure de leur application dans les systèmes carcéraux. On aborde aussi les problèmes tels que l'usage de drogues par les personnes incarcérées, l'activité sexuelle dans les prisons, la libération anticipée, les unités sans drogues, l'éducation et la disponibilité de condoms et d'eau de Javel.

**Turnbull P, Dolan K, Stimson G (1991). *Prisons, HIV and AIDS: Risks and Experiences in Custodial Care*. Avert, Horsham.**

**US National Commission on AIDS (1991). *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*. Washington, DC : The Commission.**

**Vumbaca G (1998). *Finding a Better Way*. Sydney, Australie, Churchill Fellowship Report.**

Ce rapport fournit une description des politiques et des programmes pénitentiaires et communautaires qui tiennent compte du VIH, de l'hépatite et de l'usage des drogues que la Suisse, les Pays-Bas, l'Angleterre, le Pays de Galles et le Canada ont appliqués. Il émet ensuite de nombreuses recommandations visant à réduire l'impact du VIH, de l'hépatite, et de l'usage de drogues sur la collectivité dans son ensemble. Certaines des recommandations comprennent : l'introduction de programmes pilotes de prescription d'héroïne; l'expansion des programmes de substitution à la méthadone et autres; l'établissement d'unités sans drogues; et l'abandon des tests d'analyse d'urine pour détecter le cannabis en milieu carcéral. Il inclut une bonne discussion sur les manières dont on peut rendre les stratégies de réduction des méfaits plus compréhensibles pour le grand public et souligne que [Traduction] « les stratégies visant à briser le cycle d'usage de drogues et d'emprisonnement fourniront en fait ce que la plupart des citoyens et des citoyennes désirent, c'est-à-dire la réduction du niveau de criminalité et de la visibilité de scènes d'usage de drogues dans la rue ».

**Walmsley R (2005). *Prisons in Central and Eastern Europe*. Helsinki : Heuni Paper n° 22.**

Disponible au [www.heuni.fi](http://www.heuni.fi), accompagnant le rapport plus volumineux intitulé, *Further Developments in the Prison Systems of Central And Eastern Europe: Achievements, problems and objectives* du même auteur. Bien que le document ne porte pas sur le VIH/sida, on y aborde néanmoins les enjeux liés au VIH/sida, à l'usage de drogues et à la tuberculose, ainsi que les facteurs sous-jacents qui placent les personnes à risque en prison.

**Winsbury R (1999). AIDS in prisons. *AIDS Analysis Africa*, 10(3): 10-11.**

Cet article discute des enjeux liés au VIH dans les prisons du Sénégal, en Afrique.

**Zack B, Flanigan T, DeCarlo P (2000). *What is the role of prisons in HIV, hepatitis, STD and TB prevention?* San Francisco : Center for AIDS Prevention Studies, UCSF.**

Disponible au [www.caps.ucsf.edu/inmaterev.html](http://www.caps.ucsf.edu/inmaterev.html)

Ce feuillet d'information de quatre pages aborde des questions telles que : Quel sont les conséquences des maladies infectieuses et de l'incarcération? Les personnes incarcérées sont-elles à risque de contracter des maladies? Quels sont les obstacles à la prévention? Que fait-on actuellement? Que reste-t-il encore à faire?

## **VIH/sida et hépatite C dans les prisons : prévalence et comportements à risque**

Cette section comprend des articles et des rapports qui fournissent de l'information sur la prévalence du VIH/sida ou de l'hépatite C en milieu carcéral, ainsi que des renseignements concernant les comportements à risque dans les prisons. Pour faciliter l'accès aux ressources, cette section est divisée selon les sous-sections suivantes :

### Ressources essentielles

- Autres ressources
  - Aperçus (documents qui fournissent de l'information concernant la prévalence ou les comportements à risque dans un grand nombre de pays ou de régions ou qui donnent des renseignements qui s'appliquent à de nombreux pays ou régions)
  - Documents selon la région (selon le territoire couvert par les bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé que l'on peut trouver à partir de son site Web au <http://www.who.int/about/fr/index.html>).
    - L'Afrique
    - Les Amériques
      - L'Amérique centrale et l'Amérique du Sud
      - Le Canada
      - Les États-Unis d'Amérique
    - La Méditerranée orientale
    - L'Europe
      - L'Europe occidentale et l'Europe du Sud
      - La Fédération de Russie
    - L'Asie du Sud-Est
    - Le Pacifique occidental
      - L'Australie

Un grand nombre des articles dans la prochaine section (*Transmission du VIH et du VHC en milieu carcéral*) contiennent de l'information concernant la prévalence du VIH ou du VHC et des comportements à risque, tout en étant axés sur le risque de la transmission du VIH et du VHC. Les lecteurs et les lectrices qui sont intéressés aux données de prévalence d'une région ou d'un pays en particulier devraient donc consulter cette section aussi. Enfin, parce qu'il existe tellement d'études sur la prévalence du VIH ou des comportements à risque dans les prisons, cette section ne tente pas d'être exhaustive. Pour de plus amples renseignements sur le VIH en milieu carcéral dans les pays en développement ou en transition, voir l'examen préparé par Dolan et coll., 2004, à ce sujet, *infra*.

## Ressources essentielles

**Dolan K et coll. (2004).** *Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries.* UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs in Developing and Transitional Countries.

Disponible au <http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Research.current.cp47publications>

L'examen fournit les résultats d'une enquête effectuée au nom du UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs in Developing and Transitional Countries.

**European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction. (2002).** *2002 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway.* Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.

**Macalino GE et coll. (2004).** Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy*, 15: 103-114.

Un compte rendu de la prévalence et de l'incidence du VHC dans les prisons dans le monde.

**Shewan D, Stöver H, Dolan K (2005).** Injecting in prisons. Dans : Pates R, McBride A, Arnold K (éd.). *Injecting Illicit Drugs.* Londres : Blackwell Publishing, 69-81.

## Autres Ressources

### Aperçus

**Abeni D, Perucci CA, Dolan K, Sangalli S (1998).** Prison and HIV-1 infection among injecting drug users. Dans : Stimson G, Des Jarlais D, Ball A (éd.). *Drug Injecting and HIV infection.* Londres : University College London, 168-182.

**Centers for Disease Control and Prevention.** *Hepatitis C fact sheet.*

<http://www.cdc.gov/hepatitis>

**Dolan K (1999).** *The epidemiology of hepatitis C infection in prison populations.* National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.

**Gore SM, Bird G (1999).** HIV, hepatitis and drugs epidemiology in prisons. Dans : D Shewan, JB Davies (éd.). *Drug Use and Prisons: An International Perspective.* Amsterdam : Harwood Academic.

Un examen du VIH/sida et de l'hépatite C en milieu carcéral.

**Mahon N (1997).** Methodological challenges in studies of prisoners' sexual activity and drug use. *International Journal of Drug policy*, 8 (1).

L'article souligne que les établissements carcéraux sont loin d'être les endroits idéaux pour parler de sexe et d'usage de drogues. En effet, entreprendre une étude des comportements à risque élevé des personnes incarcérées pose de nombreux défis sur les plans méthodologique, logistique et éthique. Ces défis découlent principalement de trois aspects de la vie des personnes incarcérées : les installations correctionnelles sont par nature des environnements coercitifs; le sexe et l'usage de drogues violent les règlements correctionnels; et le comportement sexuel crée des problèmes d'identité qui entraînent la honte et la peur de violence homophobe de la part d'autres personnes incarcérées. Il n'est donc pas surprenant que le nombre d'études effectuées sur les actes à risque élevé des personnes incarcérées soit relativement petit. Elles sont aussi concentrées dans quelques pays, en particulier en Angleterre, en Australie, au Canada et, plus récemment, aux États-Unis. Cet article passe en revue les défis méthodologiques que pose la recherche sur les activités sexuelles et celles liées aux drogues des personnes incarcérées ainsi que les limites que ces obstacles peuvent imposer sur les données recueillies. On souligne que les défenseurs doivent comprendre de façon approfondie la nature et les limites de la recherche afin de l'employer efficacement pour recommander des programmes.

**Pickering H, Stimson, GV (1993). Syringe sharing in prison. *The Lancet*, 342: 621-22.**

**Prison policies put inmates at risk (1995). *British Medical Journal*, 310: 278-283.**

Une série de brefs articles sur la situation du VIH/sida dans les prisons en Angleterre, au Pays de Galles, en Écosse, en Australie, en Inde, au Danemark, aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Thaïlande et en Israël. Les articles font référence aux politiques, à l'épidémiologie et aux stratégies nationales de prévention du VIH et de l'hépatite.

**Reindollar RW (1999). Hepatitis C and the correctional population. *American Journal of Medicine*, 107(6B): 100S-103S.**

**Shewan, D, Davies JB (éd.) (1999). *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. Amsterdam : Harwood Academic.**

**Stevens D (1997). Prison regime and drugs. *Howard Journal of Criminal Justice*, 36: 14-27.**

Dans le cadre d'un examen des effets du régime carcéral sur le trafic de stupéfiants, on a interrogé 172 personnes délinquantes d'une prison et 229 d'une autre prison de niveau de détention similaire. D'après les données, on a rejeté l'hypothèse qu'un régime restrictif avec des relations formelles entre la personne incarcérée et le personnel de garde contrôle plus le trafic des stupéfiants en prison qu'un régime moins restrictif avec des relations informelles entre la personne incarcérée et le personnel de garde.

**Swann R, James P (1998). The effect of the prison environment upon inmate drug taking behaviour. *Howard Journal of Criminal Justice*, 37: 252-265.**

Le but de cette étude était d'examiner, du point de vue des personnes incarcérées, leur usage de drogues et l'effet perçu du milieu carcéral sur leur comportement en ce qui a trait à l'usage de drogues. Les résultats suggèrent que le milieu carcéral n'est pas un environnement favorable pour les personnes qui désirent de cesser de consommer de la drogue et en fait, pour la plupart des personnes interrogées, il encourageait même l'usage de drogues.

## Documents selon la région

### L'Afrique (<http://www.who.int/about/regions/afro/en/index.html>)

**Adesanya A et coll. (1997). Psychoactive substance abuse among inmates of a Nigerian prison population. *Drug and Alcohol Dependence*, 47: 39-44.**

Le principal objectif de cette étude était d'évaluer le taux de prévalence de l'usage de drogues psychoactives et de la dépendance sur celles-ci dans la population carcérale nigérienne au cours du mois précédent. Au milieu de l'année 1995, on a interviewé 395 sujets (97,5 % de sexe masculin, âge moyen de 30,5 ans). Le cannabis était la seule drogue utilisée régulièrement au cours du mois précédent par 26 (6,6 %) sujets (tous de sexe masculin). L'usage de drogues intraveineuses n'était pas évident.

**Banerjee A et coll. (2000). Prevalence of HIV, sexually transmitted disease and tuberculosis amongst new prisoners in a district prison, Malawi. *Tropical Doctor*, 30(1): 49-50.**

**Jolofani D, DeGabriele J (1999). HIV/AIDS in Malawi Prisons. *Penal Reform International*.**

Les auteurs présentent une étude sur la transmission du VIH et les soins des personnes incarcérées atteintes du VIH/sida dans les prisons de Zomba, de Blantyre et de Lilongwe. Produit en anglais, en russe, en tchèque et en roumain. Pour de plus amples renseignements, rendez-vous au [http://www.penalreform.org/english/frset\\_pub\\_en.htm](http://www.penalreform.org/english/frset_pub_en.htm)

**Odujinrin MT, Adebajo SB (2001). Social characteristics, HIV/AIDS knowledge, preventive practices and risk factor elicitation among prisoners in Lagos, Nigeria. *West Afr J Med*, 20(3): 191-198.**

On a entrepris une étude transversale des personnes incarcérées en janvier 1997 à l'aide d'un questionnaire anonyme pour déterminer les facteurs de risque. On a choisi les prisons de Kirikiri (deux établissements à sécurité maximum ou moyenne et une pour femmes) au moyen d'un vote. Parmi les personnes incarcérées, on en a sélectionné 252 par échantillonnage aléatoire et systématique. Tandis que 42,8 % des personnes ont indiqué qu'elles savaient que l'homosexualité était la pratique sexuelle la plus prévalente dans la prison, 28,6 % soutenaient qu'il n'y avait pas de pratique sexuelle et 13,1 % ont fait semblant d'ignorer l'existence de pratiques sexuelles dans les prisons. Un grand nombre (53,2 %) prétendait avoir de multiples partenaires sexuels même si 94,8 % ont nié toute pratique sexuelle pendant leur séjour en prison. L'étude a conclu que des programmes bien conçus d'information, d'éducation et de communication en matière de sida, la fourniture de matériel de réduction des méfaits, et la consultation en réduction des risques sont recommandés de toute urgence pour les personnes incarcérées nigériennes afin de combattre de façon efficace la propagation du VIH parmi les personnes incarcérées.

**Simooya O et coll. (1995). Sexual behaviour and issues of HIV/AIDS prevention in an African prison. *AIDS*, 9(12): 1388-1399.**

**Simooya OO et coll. (2001) “Behind walls”: a study of HIV risk behaviours and seroprevalence in prisons in Zambia. *AIDS*, 15: 1741-1744.**

**Simooya O, Sanjobo N (2002). Study in Zambia showed that robust response is needed in prisons. *British Medical Journal*, 324(6 avril): 850.**

Dans cette lettre à l'éditeur, Simooya et Sanjobo font le compte rendu d'une enquête sur la séroprévalence du VIH et des comportements à risque dans les prisons zambiennes. La prévalence du VIH était de 27 % comparativement à une moyenne nationale de 19 %. Les auteurs ont déclaré que [Traduction] « certaines personnes incarcérées pourraient contracter le virus en prison. Lors d'entrevues directes, seulement 4 % des détenus ont admis qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais des questions posées indirectement ont laissé entrevoir que les vrais chiffres étaient beaucoup plus élevés. Aucun condom n'était disponible dans aucune prison ». Dix-sept pour cent des personnes incarcérées se sont fait tatouer en prison, et 63 % admettaient qu'elles avaient partagé des lames de rasoir.

**Vaz RG et coll. (1995). Syphilis and HIV infection among prisoners in Maputo, Mozambique. *Int J STD AIDS*, 6(1): 42-46.**

On a mené une étude transversale auprès de 1 284 prisonniers et 54 prisonnières pour évaluer la prévalence des MTS et des facteurs de risque associés dans quatre établissements correctionnels de Maputo. Parmi les hommes, 32 % avaient des antécédents de contacts avec des travailleurs ou des travailleuses de l'industrie du sexe et 41 % ont signalé des antécédents de MTS. Seulement 9 % ont indiqué qu'ils avaient déjà utilisé des condoms. Soixante-dix hommes (5,5 %) ont indiqué qu'ils avaient eu des rapports sexuels pendant qu'ils étaient en prison. Dans tous les cas, sauf un, il s'agissait de sexe avec un autre homme. Aucun usage de drogues intraveineuses n'a été signalé. Cent un détenus (7,8 %) avaient des tests sérologiques positifs pour la syphilis et huit (0,6 %) avaient des anticorps anti-VIH. L'étude a conclu qu'il existe un besoin de dépistage des MTS et de programmes de traitement pour les MTS dans les prisons au Mozambique et d'introduction d'interventions éducatives, y compris la promotion des condoms.

## **Les Amériques**

<http://www.who.int/about/regions/amro/en/index.html>

### **Amérique central et Amérique du Sud**

**Alvarado-Esquivel C et coll. (2005). Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico. *Epidemiol Infect*, 133(4): 678-685.**

Les auteurs ont cherché à déterminer la prévalence des infections par les virus de l'hépatite A, B, C et D et du VIH ainsi que les caractéristiques associées dans une prison de Durango, au Mexique. On a analysé le sérum de 181 personnes incarcérées. La prévalence du VHC et du VIH était de 10,0 % et de 0,6 % respectivement. L'infection par VHC était associée au fait d'être né dans la ville de Durango, à des antécédents d'hépatite, au perçage d'oreilles, au tatouage, à des antécédents de consommation de drogues, à l'usage de drogues intraveineuses et à l'omission d'utiliser un condom.

**Catalan-Soares BC, Almeida RT, Carneiro-Proietti AB (2000). Prevalence of HIV-1/2, HTLV-I/II, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), Treponema pallidum and Trypanosoma cruzi among prison inmates at Manhuacu, Minas Gerais State, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop, 33(1): 27-30.**

Le but de cette étude était de déterminer, entre autres, la prévalence du VIH, du VHB, du VHC chez 63 personnes incarcérées à Manhuacu, Minas Gerais, au Brésil, et de la comparer avec les données de donneurs de sang admissibles. Les résultats positifs étaient comme suit : 11/63 (17,5 %) pour le VHB, 4/63 (63 %) pour le VHC et 2/63 (3,2 %) pour le VIH.

**Cravioto P et coll. (2003). [Tendances de consommation d'héroïne dans une prison sur la frontière nord du Mexique : barrières à l'accès au traitement] (Article en espagnol). Salud Publica de Mexico, 45: 181-190.**

L'étude a évalué la prévalence de consommation d'héroïne, les scénarios d'initiation, l'usage intense, la toxicomanie, ainsi que les obstacles à l'accès au traitement pour la toxicomanie.

L'étude a été menée dans la prison Ciudad Juarez, à Chihuahua. On a sélectionné les sujets au moyen d'échantillonnage aléatoire simple à partir d'un recensement de personnes incarcérées en prison. On a déterminé les obstacles au traitement pour la toxicomanie et on les a analysés au moyen d'un modèle de régression logistique. La prévalence d'usage d'héroïne au cours des six mois précédents était de 26,4 %. Un modèle multivarié a indiqué que d'importants obstacles à l'accès au traitement pour la toxicomanie étaient : un faible niveau de scolarité, le sevrage, la surdose, la présence de maladies chroniques et la durée de la consommation d'héroïne. L'étude recommande que des programmes de traitement soient mis sur pied dans les prisons.

**Lopes F et coll. (2001). [Prévalence du VIH, du VHP et de la syphilis dans un pénitencier pour femmes dans la ville de São Paulo] (article en portugais). Cad Saude Publica, 17(6): 1473-1480.**

On a invité toutes les prisonnières du pénitencier pour femmes à São Paulo, au Brésil, à participer à l'étude, qui était divisée en deux étapes : des ateliers de prévention des MTS et du sida comprenant des entrevues; et des tests en laboratoire. En tout, 262 femmes y ont participé. Le taux de prévalence du VIH était de 14,5 %. Les auteurs concluent que les MTS et le VIH constituent un problème sérieux dans le système carcéral qui requiert des mesures de prévention urgentes.

**Magis-Rodriguez, C et coll. (2000). Injecting drug use and HIV/AIDS in two jails of the North border of Mexico. Résumé pour la XIIIe Conférence internationale sur le sida à Durban.**

**Massad E et coll. (1999). Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: Preponderance of parenteral transmission. European Journal of Epidemiology, 15(5): 439-445.**

Entre novembre 1993 et avril 1994, dans la plus grande prison en Amérique du Sud où plus de 4 700 personnes étaient incarcérées à l'époque, les auteurs ont interrogé 631 personnes incarcérées et leur ont prélevé du sang. L'entrevue comportait des questions liées au comportement à risque pour l'infection à VIH; et on a demandé aux sujets de donner du sang pour des tests sérologiques afin de détecter le VIH, le VHC et la syphilis. La prévalence globale était comme suit : VIH : 16 % (IC à 95 % (intervalle de confiance) : 13 % – 19 %); VHC : 34 %



(IC à 95 % : 30 % – 38 %), et syphilis : 18 % (IC à 95 % : 15 % – 21 %). Vingt-deux pour cent des personnes ont admis qu'elles s'étaient déjà injectées des drogues et on n'a signalé aucun autre risque parentéral. Les résultats, comparés avec d'autres études dans la même prison, suggèrent que la prévalence du VIH est stable depuis les dernières années et que le principal facteur de risque pour l'infection par VIH dans cette population est l'exposition parentérale par l'usage de drogues injectables.

**Miranda AE et coll. (2000). Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis*, 27(9): 491-495.**

L'étude visait à déterminer la prévalence des MTS et les facteurs de risque associés parmi les détenues dans une prison brésilienne. Toutes les femmes détenues de la prison d'État d'Espirito Santo se sont vues offrir la possibilité de participer à cette étude transversale. On a mené une entrevue qui explorait la démographie, les accusations criminelles et le comportement à risque. Parmi 122 femmes admissibles, 121 (99 %) ont accepté d'y participer. Les taux de prévalence étaient comme suit : le VIH : 9,9 %; le VHC : 19 %; la syphilis : 16 %. La consommation préalable ou courante de drogues (54 %), l'usage de drogues injectables (11 %) et la transfusion sanguine (16 %) étaient associés à au moins une MTS. L'utilisation de condoms était rare. L'étude a conclu que la prévalence des MTS et celle des comportements menant à la transmission sont élevées parmi les prisonnières à Vitoria, au Brésil, et démontrent l'importance des activités de prévention ciblant cette population.

**Olivero JM, Roberts JB (1995). AIDS in Mexican prisons. *AIDS Soc*, 6(4): 4.**

Cet article rapporte qu'Americas Watch, qui a fait une tournée des prisons mexicaines, a signalé en 1991 que toutes les personnes incarcérées infectées par VIH dans la région de Mexico étaient détenues dans un seul quartier pour le *sida* dans la prison de Santa Marta. En 1991, l'installation de 16 lits comptait 15 patients; en 1993, ce chiffre avait augmenté de cinq. Dans la ville de Mexico, où trois prisons détenaient chacune plus de 2 000 hommes adultes, on avait connaissance de seulement 20 cas d'infection de personnes incarcérées dans le quartier pour le *sida* de Santa Marta. En 1991, les autorités à Matamoros, dans l'État de Tamaulipas, soutenaient qu'on n'avait diagnostiqué aucune infection à VIH chez des personnes détenues dans leurs prisons. Le médecin de la prison de Reynosa a indiqué que depuis 1985, on n'avait diagnostiqué une infection que chez deux personnes détenues dans cette prison. En 1992, la prison de Saltillo, dans l'État de Coahuila, a déclaré qu'il n'y avait pas encore eu un test séropositif pour le VIH. La prison de Reynosa détenait 1 500 personnes et on avait diagnostiqué le sida chez seulement deux personnes incarcérées entre 1985 et 1991. Les prisons de Matamoros et de Saltillo détenaient des nombres semblables de personnes, mais elles n'avaient eu aucune expérience de personnes incarcérées infectées. Une enquête de deux prisons dans l'État de Tamaulipas indique qu'environ 12 % de la population pourraient consommer des drogues injectables, et 9 % disaient qu'ils partageaient des seringues. Il est possible que des personnes incarcérées meurent de maladies telles que la pneumonie, qui est associée au sida, sans que le lien au sida soit diagnostiqué. Chaque État, et possiblement chaque prison au Mexique, a ses propres politiques en matière de sida. Santa Marta était la seule installation dans la ville de Mexico où l'on détenait des personnes atteintes du sida, et ces personnes étaient placées en isolement. Enfin, la prison de Saltillo exigeait que chaque femme arrivant à la prison subisse un examen médical, y compris un test de dépistage du VIH. Le personnel d'échelons supérieurs a fait preuve d'ignorance et de peur du sida ainsi que d'intolérance envers les prisonnières et les prisonniers infectés. L'article

conclut que le Mexique doit réévaluer le besoin de fournir des soins médicaux adéquats aux délinquants et aux délinquantes qui sont malades et mourants derrière les barreaux.

**Peixinho ZF et coll. (1990). Seroepidemiological studies of HIV-1 infection in large Brazilian Cities. *Nat Immun Cell Growth Regul*, 9: 133-136.**

Cette étude, menée en 1987, a trouvé une séroprévalence pour le VIH de 12,5 % chez les personnes incarcérées.

**Strazza L et coll. (2004). The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(5): 771-776.**

### Le Canada

**Beal J et coll. (1998). Up close and personal: recruiting and interviewing federally incarcerated inmates. *Can J Infect Dis*, 9(Supplément A): 26A (résumé 177P).**

**Calzavara L et coll. (1995). To estimate rates of HIV infection among inmates in Ontario, Canada. *AIDS* 1995; 9(6): 631-637.**

L'objectif était d'estimer la prévalence d'infection par VIH-1 chez les adultes et les jeunes délinquantes et délinquants admis dans des établissements de détention provisoire dans la province d'Ontario, au Canada, au moyen d'un concept qui réduit l'erreur systématique que l'aspect volontaire pourrait entraîner. On a effectué une étude en recueillant systématiquement des échantillons d'urine d'entrants masculins et féminins dans tous les établissements carcéraux et tous les centres pour jeunes entre février et août 1993. On a aussi recueilli des renseignements concernant le genre, l'âge et les antécédents d'usage de drogues injectables. On a obtenu des données de 10 530 hommes adultes, de 1 518 femmes adultes, de 1 480 jeunes délinquants et de 92 jeunes délinquantes. Des échantillons d'urine étaient disponibles pour 88 % des nouveaux entrants. Les taux globaux d'infection par VIH-1 étaient de 1 % pour les hommes adultes, de 1,2 % pour les femmes adultes et de 0 % pour les jeunes délinquants et délinquantes. De plus, 13 % des hommes adultes, 20 % des femmes adultes, 3 % des jeunes délinquants et 2 % des jeunes délinquantes avaient signalé des antécédents d'usage de drogues. Les taux d'infection étaient les plus élevés chez les usagers et les usagères de drogues injectables autodéclarés. Les taux d'infection étaient de 3,6 % pour les hommes adultes et de 4,2 % pour les femmes adultes qui s'injectaient comparativement à 0,6 % et à 0,5 %, respectivement, pour les usagers et les usagères de drogues non injectables.

**Calzavara, L et coll. (1995). Reducing volunteer bias: using left-over specimens to estimate rates of HIV infection among inmates in Ontario, Canada. *AIDS*, 9: 631-637.**

**Calzavara, L et coll. (1995). The prevalence of HIV-1 infection among inmates in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 86(5): 335-339.**

**Calzavara L et coll. (1997). *Understanding HIV-Related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*. Toronto : HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit de la faculté de Médecine de l'Université de Toronto.**

L'article comprend les résultats d'une étude pilote exploratoire à petite échelle entreprise en 1994 afin de mieux comprendre le potentiel de transmission du VIH parmi les personnes incarcérées dans les établissements fédéraux au Canada. L'étude montre que [Traduction] « les personnes incarcérées présentaient des comportements à risque élevé et que beaucoup ne se servaient pas des outils de réduction des méfaits qui étaient à leur disposition. La structure de la vie en prison et la culture correctionnelle constituent des barrières à leur usage ».

**Calzavara L et coll. (2003). *Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates*. *Addiction*, 98: 1257-1265.**

Cette enquête transversale visait à décrire l'usage de drogues injectables chez les personnes incarcérées et à déterminer des corrélats d'usage de drogues injectables pendant l'incarcération. Dans six centres correctionnels provinciaux en Ontario, au Canada, on a mené des entrevues directes auprès d'un échantillon aléatoire de 439 hommes adultes et de 158 femmes. On a questionné les personnes incarcérées au sujet de l'usage de drogues au cours de leur vie, excluant l'année précédant leur incarcération actuelle, et pendant leur incarcération depuis un an. Parmi les 32 % ayant des antécédents d'usage de drogues injectables, des corrélats d'injection indépendants pendant l'incarcération au cours de la dernière année ont été mis en évidence au moyen de la régression logistique multiple. Parmi toutes les personnes incarcérées au cours de la dernière année, 45 % avaient fait usage de drogues et 19 % avaient consommé des drogues autres que le cannabis. Parmi ceux et celles qui avaient des antécédents d'injection, 11 % s'étaient injectés pendant leur incarcération au cours de la dernière année. Les taux d'injection avec des aiguilles usagées étaient pareils avant l'incarcération que durant leur emprisonnement (32 %). Des corrélats indépendants d'injection de drogues pendant l'incarcération étaient l'injection d'héroïne (RC (rapport de cotes) = 6,4) ou d'autres opiacés (RC = 7,9) et la non-injection avec des aiguilles usagées (RC= 0,20) à l'extérieur de la prison pendant l'année précédant l'incarcération, et le fait d'avoir déjà été incarcéré dans une prison fédérale (RC = 5,3). L'étude a conclu que la possibilité de transmission du VIH, du VHC et d'autres maladies transmissibles par le sang existe dans les centres correctionnels en Ontario.

**Calzavara LM et coll. (2005). *Prevalence and predictors of HIV and hepatitis C in Ontario jails and detention centres. Final report*. HIV Social, Behavioural, and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto.**

Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la prévalence d'infection par VIH chez les adultes et les jeunes délinquantes et délinquants admis dans les prisons et les centres de détention en Ontario; de déterminer la prévalence d'infection par VHC chez les jeunes délinquants et délinquantes et les adultes admis dans les établissements carcéraux en Ontario; et de déterminer toute différence dans les taux de VIH et de VHC qui pourrait exister dans les différents groupes démographiques, en fonction des antécédents d'incarcération et des antécédents connus des facteurs de risque d'infection.

Les jeunes délinquants et délinquantes et les adultes admis entre février 2003 et juin 2004 dans 13 établissements de détention provisoire de la province d'Ontario, étaient admissibles à participer à l'étude. Le nombre de personnes détenues qui ont participé à l'étude était de 1 942,

pour un taux de participation de 89,4%. Il y avait 1 877 personnes qui ont fourni des échantillons de salive et de l'information pour une enquête. Dans cette étude, on a procédé à un suréchantillonnage de femmes et de jeunes délinquants ou délinquantes afin d'assurer une puissance suffisante pour permettre de déceler des différences dans les taux de prévalence tant à l'intérieur de ces groupes que d'un groupe à l'autre.

Parmi les adultes, la prévalence du VIH était de 1,6 % (IC à 95 % : 1,0 - 2,3) et parmi les jeunes délinquants et délinquantes, elle était de 0% (95 % IC : 0,0 - 1,0). Parmi les personnes dont les tests étaient séropositifs pour le VIH, 21 % disaient qu'elles ne connaissaient pas leur état sérologique relativement au VIH ou qu'elles étaient séronégatives pour le VIH. Parmi les adultes, la prévalence du VHC était de 19,1 % (IC à 95 % : 17,1 - 21,0) et parmi les jeunes délinquants et délinquantes, elle était de 0,4 % (IC à 95 % : 0,01 - 2,1). Plus de 35 % des sujets dont les tests étaient séropositifs pour le VHC ne connaissaient pas leur état sérologique ou disaient qu'ils étaient séronégatifs pour le VHC.

Selon le nombre d'adultes admis et la prévalence révélée dans cette étude, on estime que 9 197 (variant de 7 942 à 10 447) adultes séropositifs pour le VHC et 828 adultes séropositifs pour le VIH (variant de 440 à 1 269) sont entrés dans le système correctionnel d'Ontario en 2003 et 2004.

Les facteurs de risque significativement associés à l'infection par VIH parmi les adultes incarcérés étaient : le fait d'être plus âgé, d'avoir été incarcéré antérieurement dans un institut fédéral, d'avoir déjà eu un diagnostic de maladie transmise sexuellement, d'avoir déjà été tatoué pendant son incarcération, d'avoir des antécédents d'usage de drogues injectables, de s'être injecté avec une aiguille usagée, et d'avoir eu des rapports sexuels non protégés.

Les facteurs de risque qui sont associés de manière significative à l'infection par VHC parmi les adultes incarcérées étaient : le fait d'avoir entre 40 et 49 ans; d'être de sexe féminin; d'être né au Canada; d'être autodéclaré comme étant de race blanche; d'avoir déjà été incarcéré dans un établissement fédéral; d'avoir déjà été diagnostiqué une maladie transmise sexuellement; d'avoir eu une transfusion de sang avant 1991; d'avoir eu un perçage corporel; d'avoir eu un perçage corporel pendant son incarcération; d'avoir déjà été tatoué; d'avoir été tatoué durant son incarcération; d'avoir déjà partagé une brosse à dents ou un rasoir; d'avoir partagé une brosse à dents ou un rasoir pendant son incarcération; de s'être déjà injecté des drogues; de s'être injecté des drogues pendant son incarcération; de s'être injecté au moyen d'une aiguille usagée; et d'avoir déjà eu des rapports sexuels avec un partenaire du même sexe.

Depuis l'étude précédente entreprise par le même auteur en 1993, la prévalence du VIH a augmenté de 1,0 % en 1993 à 1,6 % en 2003-04. Selon les comportements autodéclarés des personnes qui y ont participé, le potentiel de transmission future du VIH et du VHC est élevé.

**De P, N Connor, F Bouchard, D Sutherland (2004). HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 15(4): 221-225.**

Voir au [www.pulsus.com/Infdis/15\\_04/de\\_ed.htm](http://www.pulsus.com/Infdis/15_04/de_ed.htm)

Cette étude examine les taux de tests de dépistage et de séropositivité pour le VIH et le VHC parmi les personnes incarcérées dans tous les 53 pénitenciers fédéraux canadiens. Elle a révélé que sur 7 670 personnes nouvellement admises en 2002, 30 % ont subi des tests de dépistage du VIH et du VHC; 0,7 % étaient séropositifs pour le VIH, et 10 % ont obtenu un résultat positif pour le VHC. Les taux globaux de séroprévalence à la fin de l'année 2002 étaient de 2 % pour le VIH, de 26 % pour le VHC, et ils étaient considérablement plus élevés chez les femmes.

**Dufour A et coll. (1995). HIV prevalence among inmates of a provincial prison in Quebec City. *The Canadian Journal of Infectious Diseases*, 6(suppl B): 31B.**

**Dufour A et coll. (1996). Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS*, 10: 1009-1015.**

L'étude a évalué la prévalence du VIH et les facteurs de risque qui s'y rattachent parmi les personnes incarcérées du Centre de détention de Québec (CDQ). En septembre 1994, on a demandé aux personnes détenues au CDQ de participer à une enquête anonyme concernant l'infection à VIH. Le taux global de participation était de 95 % (618 sur 651). La prévalence du VIH était de 2 % (11 sur 499) chez les hommes. Douze détenus ont avoué qu'ils s'étaient injectés des drogues pendant leur incarcération, dont 11 qui avaient partagé des aiguilles et trois qui étaient séropositifs pour le VIH. Parmi les 119 femmes, 9 (8 %) étaient séropositives pour le VIH.

**Ford PM et coll. (1994). Séroprévalence du VIH-1 dans un pénitencier à sécurité moyenne pour hommes – Ontario », Relevé des maladies transmissibles au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 20(6): 45-47.**

**Ford, PM et coll. (1995). Séroprévalence de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral pour femmes au Canada. Relevé des *maladies transmissibles au Canada*, 21(14): 132-134.**

**Ford PM et coll. (1995). Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and Hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *Canadian Medical Association Journal*, 153(11):1605-1609.**

**Ford PM et coll. (1999). Séroprévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans une prison fédérale. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 4(2/3): 52-54.**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-prisons.htm>

**Ford PM et coll. (1999). Risk behaviour in a Canadian federal penitentiary-association with Hepatitis C and HIV seroprevalence. *Can J Infect Dis*, 10: 65B (résumé 385P).**

**Ford PM et coll. (2000). HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *Quarterly Journal of Medicine*, 93: 113-119.**

Lors d'un test anonyme de détection sérologique du VIH et de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral canadien de sécurité moyenne pour hommes, 68 % des 520 détenus ont donné volontairement un échantillon de sang, et 99 % des hommes qui ont donné un échantillon de sang ont rempli un questionnaire portant sur le comportement à risque qui était lié automatiquement à l'échantillon de sang. Comparée aux dépistages antérieurs pour le VIH (4 ans

plus tôt) et l'hépatite C (3 ans plus tôt) dans le même établissement, la séroprévalence du VIH avait augmenté de 1 % à 2% et la séroprévalence pour l'hépatite C, de 28 % à 33 %. L'énorme risque associé à l'hépatite était l'usage de drogues à l'extérieur de la prison, bien qu'il y ait un petit groupe d'hommes qui ne s'étaient injectés qu'en prison, plus de la moitié étaient atteints de l'hépatite C. La proportion des prisonniers qui s'étaient injectés des drogues en prison a augmenté de 12 % en 1995 à 24 % en 1998. La proportion d'individus qui avaient partagé du matériel d'injection à un certain moment en prison était de 19 %.

**Guyon L et coll. (1999). At-risk behaviours with regard to HIV and addiction among women in prison. *Women Health*, 29(3): 49-66.**

**Hankins C et coll. (1989). Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 15(33): 168-170.**  
La première étude sur la séroprévalence du VIH dans une prison canadienne.

**Hankins C et coll. (1991). Infection au VIH-1 chez des hommes incarcérés — Québec. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 17(43): 233-235.**

**Hankins C et coll. (1994). HIV infection among women in prison: An assessment of risk factors using a nonnominal methodology. *American Journal of Public Health*, 84(10): 1637-1640.**

On a déterminé les contributions relatives que les pratiques liées à l'usage de seringues et les comportements sexuels apportent à la séropositivité d'anticorps anti-VIH chez 394 femmes incarcérées au Québec en évaluant les facteurs de risque et la sérologie selon une méthodologie non nominative. On a détecté la séropositivité pour le VIH chez 6,9 % des participantes et chez 13 % des femmes ayant des antécédents d'usage de drogues injectables. La séropositivité pour le VIH chez les femmes ayant des antécédents d'usage de drogues injectables était prédite par le contact sexuel ou par le biais d'une aiguille avec une personne séropositive; l'herpès génital autodéclaré; et le fait d'avoir eu un partenaire sexuel régulier qui s'injectait des drogues. Toutefois, elle n'était pas prédite par la prostitution. L'étude a conclu que le dépistage non nominatif est une solution de rechange éthique au dépistage anonyme non relié qui est obligatoire dans les populations correctionnelles.

**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. *Can J Infect Dis*, 6(Supplement B): 31B (résumé n° 311).**

**Jürgens R (2004). Canada : Une étude apporte d'autres preuves du risque de VIH et de VHC en prison. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 9(3): 45-46.**

Disponible en anglais et en français au

[www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/vol9no32004/prisons.htm#p3](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/vol9no32004/prisons.htm#p3)

**Landry S et coll. (2004). Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 15 (Suppl A): 50A (résumé n° 306).**

Une étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les prisons provinciales au Québec.

**Lior LY et coll. (1998). Behind bars: an epidemiologic investigation of HIV, HBV and HCV inside a federal penitentiary. *Can J Infect Dis*, 9(Supplement A): 45A (résumé n° 262P).**

**Pearson M et coll. (1995). Dépistage volontaire de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral pour hommes au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 21(14): F4-F5.**

**Plourde C, Brochu S (2002). Drugs in prison : a break in the pathway. *Substance Use Misuse* 2002; 37: 47-63.**

La recherche présentée ici explore les profils d'usage de drogues des personnes incarcérées durant leur emprisonnement. En 1999, 317 personnes choisies au hasard dans 10 pénitenciers canadiens ont répondu à un questionnaire à remplir soi-même. Les données indiquent divers types de changements importants, notamment en ce qui concerne les drogues utilisées, la fréquence de l'usage et les facteurs qui les poussent à consommer.

**Prefontaine RG, Chaudhary RK (1990). Seroepidemiologic Study of Hepatitis B and C Viruses in Federal Correctional Institutions in British Columbia. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 16: 265-266.**

**Prefontaine RG et coll. (1994). Analysis of Risk Factors Associated with Hepatitis B and C Infections in Correctional Institutions in British Columbia. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 5: 153-156.**

**Rothon DA et coll. (1994). Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 151(6): 781-787.**

L'objectif était de déterminer la prévalence de l'infection à VIH chez les personnes entrant dans des prisons provinciales pour adultes en Colombie-Britannique et d'étudier les associations entre l'infection à VIH et les caractéristiques précises liées à la démographie et au comportement. On a entrepris une enquête prospective non reliée à participation volontaire qui comportait le dépistage d'anticorps anti-VIH dans des échantillons de salive entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre 1992. Parmi les 2 719 personnes incarcérées admissibles, 2 482 (91,3 %) se sont portés volontaire pour subir les tests. Les personnes incarcérées qui signalaient des antécédents d'usage de drogues injectables étaient plus susceptibles de refuser des tests de dépistage d'anticorps anti-VIH (12,9 % comparativement à 6,8 %;  $p < 0,001$ ). Vingt-huit personnes incarcérées ont été déclarées séropositives pour le VIH, pour un taux global de prévalence dans la population étudiée de 1,1 % (intervalle de confiance à 95 % : 0,8 % à 1,6 %). Les taux de prévalence étaient plus élevés chez les femmes que les hommes (3,3 % comparativement à 1,0 %;  $p = 0,023$ , méthode exacte de Fisher). Une analyse de régression logistique a révélé que le taux de prévalence plus élevé chez les femmes s'expliquait par le fait que plus de femmes que d'hommes avaient déclaré des antécédents d'usage de drogues injectables. Sur 30 personnes qui s'étaient déclarées séropositives pour le VIH et qui ont subi le test, 19 (63,3 %) avaient un résultat négatif; en revanche, 17 de celles qui s'étaient déclarées séronégatives pour le VIH ou qui n'avaient pas été testées ont eu un résultat positif.

**Rothon D et coll. (1997). Determinants of HIV-related high risk behaviours among young offenders: a window of opportunity. *Can J Public Health*, 88(1): 14-17.**

**Santé Canada (2004). Répertoire des études portant sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada. Ottawa : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.**  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hips-ipvc04/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hips-ipvc04/index_f.html)

Aux pages 104 et 105 se trouve un tableau qui contient des renseignements clés provenant d'études effectuées au Canada sur la prévalence du VIH chez les personnes incarcérées.

**Service correctionnel Canada (1996). Sondage national auprès des détenus de 1995 : Rapport final. Ottawa : SCC (Recherche et développement correctionnels), n° SR-02.**

Le rapport présente les résultats d'un sondage de 4 285 personnes incarcérées qui confirment qu'une grande proportion d'entre elles adopte des comportements à risque élevé.

**Service correctionnel Canada. (1996b) 1995 National Inmate Survey: Main Appendix. Ottawa : Le Service, Recherche et développement correctionnels.**

**Service correctionnel Canada (2003). Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001. Rapport sur le Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC, pages 5 et 7.**

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index_f.shtml)

**Small W et coll. (2005). Incarceration, addiction and harm reduction: inmates' experience injecting drugs in prison. *Substance Use & Misuse*, 40: 831-843.**

Le but de la recherche était de rassembler des données qualitatives sur le risque de VIH associé à l'injection dans des prisons de la Colombie-Britannique. On conclut que [Traduction] « les méfaits normalement associés à la toxicomanie et à l'usage de drogues injectables sont aggravés en prison. Les relations interpersonnelles et la possession de ressources échangeables déterminent l'accès aux seringues rares. La rareté des seringues a entraîné des tendances vers le partage entre un grand nombre de personnes. La réutilisation continue des seringues rares pose des dangers sérieux à la santé, et la distribution d'eau de Javel est une solution inadéquate ».

**Svenson LW et coll. (1995). Past and current drug use among Canadian correctional officers. *Psychol Rep*, 76(3 Pt 1): 977-978.**

Les auteurs ont évalué l'usage de drogues actuel et antérieur dans un échantillon de 77 agentes et agents de correction canadiens qui travaillent dans deux pénitenciers à sécurité moyenne. Cinquante-huit pour cent d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient fait usage de drogues illicites antérieurement comparativement à 20 % des canadiens et des canadiennes qui admettent avoir utilisé des drogues illicites. Les agents et les agentes de correction étaient plus susceptibles d'avoir consommé de la marijuana et de la cocaïne que la population générale.

**Wood E et coll. (2004). Incarceration is independently associated with syringe lending and borrowing among a cohort of injection drug users. *The Canadian Journal of Infectious Diseases*, 15 (supplement A).**



## Les États-Unis d'Amérique

**Altice FL et coll. (1998). Predictors of HIV infection among newly sentenced male prisoners. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 18(5): 444-53.**

On a effectué une enquête sérologique pour le VIH auprès de 975 prisonniers masculins nouvellement condamnés. La prévalence du VIH était de 6,1 %; l'analyse de régression multivariée indiquait que l'usage de drogues injectables (RC = 18,9), les personnes de race noire (RC = 5,5), une origine hispanique (RC = 3,4), une maladie psychiatrique (RC = 3,1) et des antécédents de maladies transmises sexuellement (RC = 2,2) étaient des prédicteurs d'infection par VIH. La majorité (71 %) des personnes séropositives pour le VIH ont déclaré elles-mêmes leur séropositivité. Ce résultat pourrait suggérer que les individus infectés au VIH signaleraient eux-mêmes leur séropositivité si les soins pour le VIH étaient complets et uniformes. Le nombre élevé de personnes infectées par VIH dans les prisons en fait des sites importants pour l'introduction de soins complets liés au VIH. La prévalence élevée de personnes incarcérées séropositives pour le VIH ayant des comportements à risque élevé autodéclarés suggère aussi l'importance des prisons comme sites pour l'introduction d'interventions appropriées visant la réduction des risques.

**Altice FL et coll. (2005). Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection. *Journal of Urban Health – Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(2): 312-326.**

Afin de déterminer la séroprévalence du VIH et de définir les corrélats d'infection à VIH chez les prisonnières, on a mené une enquête sérologique anonyme, mais reliée, pour le VIH à la seule installation correctionnelle pour femmes au Connecticut (recensement = 1 100). Parmi les 3 315 sujets pour qui on avait des renseignements complets, 250 (7,5 %) étaient séropositifs pour le VIH. De ceux-ci, 157 (63 %) se sont déclaré séropositifs pour le VIH. En se servant d'une analyse de régression logistique multiple, le fait d'avoir des rapports sexuels avec une personne dont la séropositivité pour le VIH est connue [rapport de cotes ajusté = 9,1] et l'usage de drogues injectables (rapport de cotes ajusté = 6,1) étaient les facteurs de risque pour le VIH les plus hautement corrélés.

**Baillargeon J et coll. (2003). Hepatitis C seroprevalence among newly incarcerated inmates in the Texas Correctional System. *Public Health*, 117(1): 43-48.**

On a examiné la séroprévalence d'infection causée par le VHC dans un échantillon de personnes entrant dans le système carcéral du Texas Department of Criminal Justice (TDCJ). On a comparé les taux de divers facteurs démographiques dans trois types d'établissements carcéraux : les substance abuse felony punishment units (SAFP) [unités de sanctions pour actes délictueux graves liées à l'abus de drogues], les maisons de détention et les prisons d'État. L'échantillon étudié comportait 3 712 entrants pour toute période de temps, du 1<sup>er</sup> novembre 1998 au 31 mai 1999. Les prisonniers masculins entrant dans les SAFP et les maisons de détention d'État avaient des taux d'infection par VHC (29,7 % et 27,0 %, respectivement) comparables à ceux des entrants dans les prisons (27,3 %). Les prisonnières entrant dans les prisons avaient un taux d'infection plus élevé (48,6 %) que celles entrant dans les maisons de détention d'État (35,1 %) ou dans les SAFP (38,3 %).

**Baillargeon J et coll. (2005). The infectious disease profile of Texas prison inmates. *Prev Med*, 38(5): 607-612.**

L'étude a examiné la prévalence des plus importantes maladies infectieuses au Texas. La population étudiée comportait 336 668 personnes incarcérées au Texas Department of Criminal Justice (TDCJ) qui étaient emprisonnées pendant toute période de temps entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2001. L'étude a révélé que la population carcérale avait des taux de prévalence considérablement plus élevés pour la tuberculose, le VIH/sida et l'hépatite C latents que ceux signalés pour la population en général et certaines populations carcérales. Toutefois, le taux de tuberculose active chez les personnes incarcérées dans les établissements du TDCJ était comparable à celui de la population en général et d'autres populations carcérales.

**Clarke JG et coll. (2001). Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Subst Abus*, 22(4): 209-216.**

Le rapport a trouvé que 31 % des personnes qui font usage de drogues injectables avec des antécédents d'emprisonnement avaient consommé des drogues illicites en prison, et presque la moitié de ces personnes s'étaient injectées des drogues pendant leur incarcération. Le sexe masculin et le nombre de fois qu'une personne avait été incarcérée étaient associés à l'usage de drogues en prison. Les auteurs ont conclu qu'aux États-Unis, on a besoin de porter attention aux interventions pour les usagers et les usagères de drogues incarcérés qui sont offerts dans certaines prisons européennes, telles que des programmes d'échange de seringues et l'entretien à la méthadone.

**Dean-Gaitor HD, Fleming PL (1999). Epidemiology of AIDS in incarcerated persons in the United States, 1994-1996. *AIDS*, 13: 2429-2435.**

Dans ce sondage mené entre 1994 et 1996, 70 % des personnes incarcérées atteintes du sida ont indiqué l'usage de drogues parentérales comme leur mode d'exposition.

**Gellert GA et coll. (1993). HIV infection in the women's jail, Orange County, California, 1985 through 1991. *American Journal of Public Health*, 83 (10): 1454-1456.**

On a évalué l'incidence et la prévalence d'infection à VIH chez les femmes qui demandent des tests de dépistage confidentiels dans la prison pour femmes d'Orange County de 1985 à 1991. On a effectué un total de 4 616 tests volontaires sur 3 051 femmes, et 865 femmes ont été testées à plusieurs reprises. Quatre-vingt-deux femmes ont été déclarées séropositives pour le VIH, un ratio de 1,8 test positif sur 100 tests ou 2,7 % de toutes les personnes testées. La prévalence cumulative du VIH, qui est passée de 2,5 % à 2,7 % entre 1985 et 1991, a augmenté selon l'âge et a présenté des différences raciales. Parmi les femmes qui ont subi plusieurs tests, 29 ont séroconverti. L'incidence a baissé de 5,7 à 1,4 cas par 100 années-personnes d'observation entre 1985 et 1991. Le taux global de séroconversion était de 1,6 par 100 années-personnes d'observation.

**Glass G et coll. (1988). Seroprevalence of HIV antibody among individuals entering the Iowa prison system. *American Journal of Public Health*, 78(4): 447-449.**

**Hammett TM (1986). Acquired immunodeficiency syndrome in correctional facilities: a report of the National Institute of Justice and the American Correctional Association. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 35(12): 195-199.**

La première étude détaillée du VIH dans les systèmes carcéraux aux États-Unis.

**Hammett TM, MP Harmon, W Rhodes (2002). The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health, 92*: 1789-1794.**

Cette étude a établi des estimations nationales du fardeau que représentent certaines maladies infectieuses chez les personnes incarcérées dans des établissements correctionnels et celles libérées au cours de 1997. On a synthétisé des données provenant d'enquêtes, de surveillances, et d'autres rapports afin d'arriver à ces estimations. Au cours de 1997, entre 20 % et 26 % de toutes les personnes vivant avec le VIH aux États-Unis, entre 29 % et 43 % de toutes celles infectées par le virus de l'hépatite C et 40 % de toutes celles atteintes de tuberculose durant cette année-là sont passées par un établissement correctionnel. L'étude a conclu que les établissements correctionnels sont des milieux critiques en ce qui concerne la prestation efficace d'interventions de prévention et de traitement des maladies infectieuses. De telles interventions bénéficieraient non seulement les personnes incarcérées, leurs familles et leurs partenaires, mais aussi la santé publique des collectivités dans lesquelles les prisonniers et les prisonnières retournent.

**Hanrahan JP et coll. (1982). Opportunistic infections in prisoners (lettre). *New England Journal of Medicine, 307*: 498.**

Le premier rapport sur le sida dans un établissement correctionnel.

**Hensley C (2001). Consensual homosexual activity in male prisons. *Corrections Compendium, American Correctional Association, 26*(1): 1-4.**

**Mahon N (1996). New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs. *American Journal of Public Health, 86*: 1211-1215.**

Une étude qui explore les perceptions des personnes incarcérées à l'égard du comportement à risque élevé dans les prisons d'État de la ville de New York. L'étude a trouvé qu' [Traduction] « une variété d'activités sexuelles consensuelles et non consensuelles se pratiquent parmi les personnes incarcérées et entre les personnes incarcérées et le personnel [...] Les personnes incarcérées se piquent aussi de drogues par voies intraveineuses à l'aide de seringues usagées, de pièces de stylos et des morceaux d'ampoules électriques ». L'étude conclut que [Traduction] « c'est à cet endroit que l'absence de matériel de réduction des méfaits derrière les barreaux pourrait créer un plus grand risque de transmission du VIH que dans la collectivité » et que [Traduction] « les autorités devraient envisager la distribution de matériel de réduction des risques aux personnes incarcérées par le biais de méthodes anonymes ».

**Maruschak L (2004). HIV in Prisons and Jails, 2002. Washington, DC: US Dept of Justice, Bureau of Justice Statistics Bulletin.**

Disponible au <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/hivpj02.htm>

Ce bulletin résume la situation concernant le VIH/sida en milieu carcéral aux États-Unis. Il est mis à jour annuellement. Il fournit le nombre de cas de séropositivité pour le VIH et de sida actif chez les personnes incarcérées dans les établissements d'État et les prisons fédérales à la fin de 2002. Il indique le nombre de décès liés au sida dans les prisons et présente un profil des personnes incarcérées qui sont décédées, le nombre de personnes incarcérées atteintes du sida et une comparaison des taux de sida pour les populations carcérales et celles en générale. En se

fondant sur le Survey of Inmates in Local Jails [enquête des personnes incarcérées dans les maisons de détention locales] de 2002, ce rapport fournit des estimations de l'infection par VIH chez les personnes incarcérées dans les prisons selon l'âge, le sexe, la race, l'origine hispanique, l'éducation, la situation familiale, l'infraction à l'origine de la peine actuelle et certains facteurs de risque, tels que l'usage antérieur de drogues. On y inclut aussi l'information sur les décès liés au sida chez les personnes incarcérées.

**Seal DW et coll. (2004). A qualitative study of substance use and sexual behavior among 18-29-year-old men while incarcerated in the United States. *Health Educ Behav*, 31(6): 775-789.**

L'étude décrit les perceptions et les expériences des hommes quant à l'usage de drogues et les comportements sexuels au cours de l'incarcération. On a effectué des analyses de contenu selon la théorie fondée sur les faits d'entrevues qualitatives auprès de 80 hommes âgés de 18 à 29 ans, dans quatre États américains. Les participants croyaient que les drogues étaient facilement accessibles en prison. La moitié d'entre eux ont déclaré qu'ils faisaient usage de drogues, surtout la marijuana ou l'alcool, pendant leur incarcération. Les thèmes clés comprenaient les rôles du personnel de correction dans la circulation des drogues en prison et l'importance économique du trafic de drogues. En ce qui concerne le comportement sexuel, la plupart des hommes ont reconnu que cela se passait mais ils hésitaient à en parler plus en détail. Il y avait une forte croyance en l'attitude « on ne regarde pas, on ne parle pas », et le sexe en prison était souvent associé à l'identité ou au comportement homosexuel. Douze hommes ont signalé qu'ils avaient eu des rapports sexuels durant l'incarcération, surtout avec des partenaires féminines. Les participants étaient pessimistes par rapport aux efforts de prévention du VIH, des MTS et de l'hépatite dans les établissements correctionnels. Ces constatations soulignent le besoin de programmes de réduction des risques pour les hommes incarcérés.

**Stephens TT et coll. (2003). History of prior TB infection and HIV/AIDS risk behaviours among a sample of male inmates in the USA. *Int J STD AIDS*, 14(8): 514-518.**

Cette étude portait sur les données autodéclarées de prisonniers ayant suivi un traitement antérieur pour la tuberculose et le risque de VIH/sida d'un échantillon de détenus dans une prison à sécurité moyenne. Les résultats suggèrent que les détenus qui indiquaient qu'ils avaient subi un traitement pour la tuberculose étaient plus susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels avec un homme pendant qu'ils étaient en prison et de déclarer qu'ils avaient eu un principal partenaire sexuel au cours de leur incarcération. Ils étaient aussi 1,15 fois plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels avec une personne de la communauté transsexuelle pendant leur séjour en prison et 2,53 fois plus susceptibles de déclarer qu'ils avaient été forcés d'avoir des rapports sexuels pendant leur séjour en prison que ceux qui n'avaient pas des antécédents de soins pour la tuberculose.

**Swartz JA, Lurigo AJ, Aron Weiner D (2004). Correlates of HIV-risk behaviors among prison inmates: implications for tailored AIDS prevention programming. *The Prison Journal*, 84(4): 486-504.**

Pour cette étude, on a eu recours à des entrevues détaillées de personnes incarcérées en Illinois afin d'évaluer les pratiques sexuelles et celles liées à l'usage de drogues, la connaissance des techniques de réduction des risques du VIH et les croyances concernant leur propre statut de risque pour le VIH et la capacité d'éviter d'être infectées par VIH.

**Truman B et coll. (1988). *HIV seroprevalence and risk factors among prison inmates entering New York State Prisons*. Présenté à la IV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida. Résumé n° 207.**

Vingt pour cent des personnes incarcérées à New York ont été déclarés séropositives pour le VIH.

**Vlahov D et coll. (1989). Temporal trends of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Infection among inmates entering a statewide prison system, 1985-1987. *JAIDS*, 2(3): 283-290.**

**Vlahov D et coll. (1991). Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to US correctional facilities. *Journal of the American Medical Association*, 265: 1129-32.**

**Vlahov D et coll. (1993). Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among male prison inmates in Maryland. *European Journal of Epidemiology*, 9(5): 566-569.**

**Weinbaum CM, Sabin KM, Santibanez SS (2005). Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention. *AIDS*, 19(Suppl 3): S41-46.**

Les deux millions de personnes incarcérées dans des établissements carcéraux aux États-Unis sont touchés de façon disproportionnée par le VHB, le VHC et le VIH, les taux de prévalence d'infection étant de deux à dix fois plus élevés que la population en général. Les infections sont en grande partie dues aux comportements à risque liés au sexe et aux drogues adoptés à l'extérieur du milieu carcéral; néanmoins, la transmission de ces infections a aussi été documentée dans les prisons. L'article soutient que les stratégies en matière de santé publique visant à prévenir la morbidité et la mortalité causées par ces infections devraient comprendre le vaccin contre l'hépatite B, le dépistage et la consultation liés au VHC et au VIH, la gestion médicale des personnes infectées et le traitement pour la toxomanie pour les populations carcérales.

**Wormser GP et coll. (1983). Acquired immunodeficiency syndrome in male prisoners. *Annals of Internal Medicine*, 98: 297-303.**

Avec Hanrahan (1982, *supra*), le premier rapport sur le sida en milieu carcéral.

## **La Méditerranée orientale (<http://www.who.int/about/regions/emro/en/index.html>)**

**Afshar P (2003). Iranian prisons organisation and harm reduction initiatives. *Connections*, 13: 6-7.**

Disponible au <http://www.ceendsp.net/?pid=6>

L'article signale que selon une étude récente, 30,7 % de toutes les personnes incarcérées font usage de drogues et 2,3 % étaient séropositives pour le VIH. Il en résulte donc que l'Iran a introduit une gamme d'interventions de réduction des méfaits dans son système carcéral.

**Baqi S et coll. (1998). HIV antibody seroprevalence and associated risk factors in sex workers, drug users, and prisoners in Sindh, Pakistan. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 18(1): 73-9.**

On a effectué une enquête sérologique volontaire pour détecter le VIH-1 et le VIH-2 ainsi qu'un sondage des comportements à risque de 3 525 personnes incarcérées au Sind entre juillet 1994 et décembre 1994. Sur 3 441 prisonniers, un était infecté au VIH-1, et sur 84 prisonnières, une était infectée au VIH-1. Aucun n'était séropositif pour l'anticorps anti-VIH-2. L'étude a conclu que la prévalence du VIH chez les personnes incarcérées au Sind était basse et que les programmes d'intervention mis sur pied à ce stade peuvent avoir un impact sur la prévention du VIH.

Les prisonniers infectés ont signalé des rencontres multiples avec les travailleuses et les travailleurs de l'industrie du sexe à Bombay en 1990. Le seul facteur de risque de la prisonnière séropositive pour le VIH était plusieurs injections à la pharmacie de la prison avec des seringues usagées.

**Nassirimanesh B (2002). Proceedings of the Fourth National Harm Reduction Conference, Seattle, USA; résumé.**

Une étude dans une prison locale de la province de Fars, en Iran, a révélé des taux de prévalence de 30 % et de 78 % pour les infections au VIH et au VHC respectivement, chez les usagers et les usagères de drogues.

**Rowhani-Rahbar A, Tabatabae-Yazdi A, Panahi M (2004). Prevalence of common blood-borne infections among imprisoned injection drug users in Mashhad, North-East Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 7(3): 190-194.**

Le but de cette étude était d'estimer la prévalence des infections transmissibles par le sang chez les UDI (utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables) incarcérés à Machhad. La population étudiée comportait un échantillon de commodité de 101 UDI incarcérés. La séroprévalence pour le VHC, le VHB et le VIH était de 60 %, de 3 % et de 7 %, respectivement. L'étude a conclu qu'il y avait un besoin urgent pour des programmes de réduction des méfaits en Iran, surtout parmi les UDI incarcérés.

**L'Europe (<http://www.who.int/about/regions/euro/en/index.html>)**

### **L'Europe occidentale et l'Europe du Sud**

**Allwright S et coll. (1990). Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prisoners: Prevalence and Risk. Dublin : The Stationary Office.**

Cette étude de 1 200 femmes et hommes incarcérés a révélé un taux global d'infection par VIH de 2 % et par VHC de 37 %. La même étude a révélé que presque la moitié des femmes incarcérées qui ont subi un test étaient infectées par VHC.

**Babudieri et coll. (2003) [HIV and related infections in Italian penal institutions: epidemiological and health organization note] (article en Italien). *Ann Ist Super Sanita*,**

**39(2): 251-7.**

Le VIH et les autres infections représentent un sérieux problème de santé dans les prisons italiennes. En particulier, la prévalence du VIH est élevée en raison des caractéristiques de la population carcérale, qui comporte une grande proportion de personnes qui utilisent des drogues injectables et de personnes de l'étranger. De plus, les données provenant d'autres pays suggèrent que le comportement à risque n'est pas rare durant la période d'emprisonnement, et la transmission du VIH et d'autres infections dans ce milieu pourrait aussi se produire. Des données provenant de enquêtes menées par l'autorité pénitentiaire dans les prisons italiennes indiquent une diminution de la séroprévalence du VIH de 9,7 % en 1990 à 2,6 % en 2001. Toutefois, ces données sont en grande partie incomplètes et ne tiennent pas compte des erreurs systématiques possibles dues à l'autosélection de personnes incarcérées pour le dépistage sérologique du VIH ou aux variations dans l'accès aux activités de dépistage. Des données plus précises, possiblement obtenues au moyen d'enquêtes anonymes non reliées, sont nécessaires afin de mieux planifier les services de santé et les mesures préventives.

**Bird A et coll. (1992). Anonymous HIV surveillance in Soughton Prison, Edinburgh. *AIDS*, 6: 725-33.**

**Bird A et coll. (1993). Study of infection with HIV and related risk factors in young offenders' institution. *British Medical Journal*, 307: 228-231.**

**Bird A et coll. (1995). Anonymous HIV Surveillance with Risk Factor Elicitation at Scotland's Largest Prison, Barlinnie. *AIDS*, 9: 801-808.**

L'objectif était de déterminer la prévalence de l'infection à VIH et les comportements à risque parmi les prisonniers masculins de Her Majesty's Prison Barlinnie, à Glasgow, en Écosse, les 8 et 9 septembre 1994. On s'est servi d'une étude transversale : surveillance du VIH (au moyen d'échantillons de salive) volontaire et anonyme de toutes les personnes incarcérées et questionnaire lié autorempli sur les facteurs de risque. Sur 1 073 personnes incarcérées disponibles pour participer à l'étude, 985 (92 %) ont rempli un questionnaire sur les facteurs de risque et ont fourni 982 salivettes à des fins de tests, dont 978 pour des anticorps anti-VIH. Neuf échantillons de salive [huit d'UDI, un d'un autre risque connu] sur 978 étaient séropositifs pour le VIH. La prévalence globale du VIH était estimée à 1 %. La moitié des personnes incarcérées qui consomment des drogues ont déclaré qu'elles s'étaient injectées pendant leur incarcération et 6 % avaient commencé à s'injecter lors de leur séjour en prison. La régression logistique indiquait que les UDI qui s'étaient injectés en prison et ceux dont la carrière d'injection avait commencé avant 1989 étaient plus susceptibles d'avoir l'hépatite aiguë.

**Bird SM (2000). Prevalence of drug injecting among prison inmates. *Commun Dis Public Health*, 3(4): 308-309.**

**Blasotti A, Blotta MH, Gomes MC (1987). Serological survey of the prevalence of anti-HIV antibodies in prisoners of the public prison of Sorocaba. *Rev Paul Med*, 105(2): 117-8.**

[Article en portugais]

**Boys A et coll. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97(12): 1551-1560.**

Plus de 60 % des personnes qui consomment de l'héroïne et du cannabis ont déclaré qu'elles avaient fait usage de drogues en prison comparativement à moins d'un quart des usagers et des usagères de cocaïne à vie. Plus d'un quart des personnes qui consomment de l'héroïne ont déclaré qu'ils avaient commencé à consommer cette drogue en prison. L'ampleur de l'expérience carcérale d'une personne était liée plus invariablement à l'usage d'héroïne ou de cocaïne à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison qu'aux autres contextes personnels, antécédents sociaux ou variables psychiatriques évalués. Les auteurs concluent que [Traduction] « les résultats indiquent que les prisons sont un environnement à risque élevé pour l'initiation et la consommation d'héroïne et d'autres drogues. Même si elles ont rapport à l'usage de drogues, les variables psychiatriques n'étaient généralement pas associées à l'initiation en prison, qui était dominée par l'exposition en prison. Il est nécessaire d'explorer des manières de réduire l'initiation à l'héroïne en milieu carcéral dans le cadre d'une plus vaste stratégie de prévention des risques ».

**Carvell A, Hart G (1990). Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison. *British Medical Journal*, 300: 1383-1384.**

Un groupe d'UDI à Londres ont fait l'objet d'une étude visant à déterminer le degré d'usage de drogues illicites en milieu carcéral et la prévalence des comportements à risque pour l'infection par VIH. L'étude a montré que la plupart des personnes incarcérées continuaient à consommer de la drogue pendant leur incarcération et un peu plus de la moitié non seulement s'injectait des drogues, mais partageait le matériel. Certains des prisonniers masculins aggravaient leur risque d'infection à VIH en se livrant à des activités sexuelles avec plusieurs partenaires.

**Curtis SP, Edwards A (1995). HIV in UK prisons: a review of seroprevalence, transmission, and patterns of risk. *Int J STD AIDS*, 6: 387-391.**

Dans cette étude, les données sur le comportement à risque et la séroprévalence sont examinées et comparées avec des expériences dans d'autres pays. L'étude conclut que l'usage des drogues injectables en prison semble être courant. La majorité de ceux qui s'injectent partagent souvent le matériel qui peut avoir servi de nombreuses fois. Même si les activités sexuelles sont un facteur de risque moins important, elles existent néanmoins entre les hommes en prison. De plus, les personnes incarcérées semblent avoir des taux élevés de changement de partenaire entre leurs peines. La véritable prévalence du VIH dans les prisons du Royaume-Uni est difficile à évaluer, mais les données disponibles suggèrent qu'elle se situe entre 0,1 et 4,5 %. Il existe encore un créneau pendant lequel on pourrait prévenir davantage les éclosions du VIH dans les établissements carcéraux du Royaume-Uni et maintenir ces taux de prévalence peu élevés.

**Dillon L (2001). *Drug Use among Prisoners: An Exploratory Study*. Dublin: The Health Research Board.**

Disponible au [http://www.hrb.ie/display\\_content.php?page\\_id=71&stream=1&div\\_id=2](http://www.hrb.ie/display_content.php?page_id=71&stream=1&div_id=2)

Les buts de l'étude étaient, entre autres, d'explorer la nature de l'usage de drogues chez les personnes incarcérées et d'étudier l'impact de l'incarcération sur leur consommation de drogues. On a mené des entrevues détaillées auprès de 29 personnes incarcérées à la prison de Mountjoy, à Dublin. Parmi les personnes interviewées, 24 avaient des antécédents d'usage de drogues avant leur emprisonnement; 17 continuaient à consommer des drogues illicites en prison; 4 ont déclaré qu'elles avaient eu leur toute première expérience d'héroïne et d'usage de drogues injectables pendant leur incarcération. Une fois emprisonnés, les individus qui ont continué à faire usage de



drogues illicites ont réduit considérablement la quantité de drogues qu'ils consommaient, et la fréquence à laquelle ils le faisaient, comparativement à leur usage de drogues dans la collectivité. L'usage de drogues injectables était courant, et les sujets interrogés disaient que l'usage de drogues injectables en prison était synonyme de partage du matériel d'injection.

**Dolan K, Donoghoe M, Stimson G (1990). Drug injecting and syringe sharing in custody and in the community: An exploratory survey of HIV risk behaviour. *Howard Journal of Criminal Justice*, 29(3): 177-186.**

On a mené des entrevues auprès de 183 UDI dans 12 villes en Angleterre, en Écosse et en Pays de Galles. L'expérience de détention était courante (79 % étaient détenus à un certain moment), récente (58 % étaient détenus depuis 1987) et les peines étaient courtes (pour 64 %, la période la plus récente de détention a duré un mois ou moins). Vingt-trois pour cent des sujets ont signalé qu'ils s'étaient injectés au cours de la dernière détention et 75 % des individus qui s'injectaient pendant leur détention ont déclaré qu'ils avaient partagé des aiguilles et des seringues. Parmi les personnes incarcérées, 6% de l'échantillon ont signalé des activités sexuelles pendant la détention et 12 %, la séropositivité pour le VIH. Du groupe en détention, ceux qui étaient séropositifs pour le VIH étaient plus susceptibles que le groupe séronégatif pour le VIH de déclarer qu'ils s'injectaient et qu'ils partageaient les seringues lors de leur détention. Une fois libéré, un grand nombre (46 %) avait partagé des seringues au cours des trois mois précédents, et 50 % d'entre eux avaient des partenaires sexuels qui ne s'injectaient pas. Les résultats suggèrent qu'il est possible que l'infection à VIH se produise en milieu de détention. Les niveaux de comportement à risque lorsqu'elles ne sont pas incarcérées sont une indication du croisement de la prison à la collectivité, advenant le cas où le VIH serait transmis dans le contexte de détention.

**Dolan K (1993). Drug injectors in prison and the community in England. *International Journal of Drug Policy*, 4 (4): 179-183.**

**Dye S, Isaacs C (1991). Intravenous drug misuse among prison inmates: implications for spread of HIV. *British Medical Journal*, 302, 1506.**

**Edwards A, Curtis S, Sherrard J (1999). Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS*, 10(7): 464-6.**

On a effectué une étude de cohortes reliée, volontaire et anonyme afin de déterminer la prévalence d'infection à VIH et de déterminer les facteurs de risque pour la propagation d'infection dans une prison de l'Angleterre. Parmi les personnes incarcérées, 378 (68 %) ont participé à l'étude. La prévalence du VIH était de 0,26 %. L'usage de drogues injectables était le facteur de risque de VIH le plus important; 20 % ont admis qu'ils faisaient usage de drogues injectables en tout temps, et 58 % de ces derniers s'injectaient en prison. De ceux qui s'injectaient en prison, 73 % partageaient des aiguilles. Deux sujets ont admis qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire masculin en prison. Cette étude démontre que le potentiel d'une éclosion d'infections virales transmissibles par le sang existe dans ce milieu. L'usage de drogues injectables et le partage des aiguilles représentent le plus grand risque.

**Estebanez P et coll. (1988). Prevalence and risk factors for HIV infection among inmates. IV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida. Résumé n° 4202.**

Environ la moitié des personnes incarcérées dans les prisons de Madrid ont été déclarées séropositives pour le VIH.

**Fotiadou M et coll. (2004). Self-reported substance misuse in Greek male prisoners. *European Addiction Research*, 10(2): 56-60.**

Le but était de déterminer les niveaux et la gravité des abus d'alcool et de drogues autodéclarés par les détenus masculins grecs ainsi que les problèmes physiques et ceux de santé mentale qui s'y rattachent. On a choisi au hasard 80 prisonniers condamnés en détention préventive dans une prison du nord de la Grèce pour faire partie de l'échantillon. Parmi les détenus de ce groupe, 27 % des toxicomanes opiacés, 26,3 % étaient alcooliques et 73,8 % consommaient du cannabis, alors que 13,8 % abusaient autant de l'alcool que des drogues illicites. On a trouvé que la gravité de la dépendance est sérieuse pour tous les hommes qui consommaient des opiacés et des stimulants. Aucun prisonnier n'était séropositif pour le VIH, mais 26,5 % étaient séropositifs pour l'hépatite B.

**Gore S, Bird A, Ross A (1995). Prison rites: Starting to inject inside. *British Medical Journal*, 311: 1135-1136.**

Les auteurs ont examiné la nature des comportements liés à l'injection à l'intérieur des prisons au moyen d'enquêtes dans deux prisons d'Écosse : Glenochil et Barlinnie. Parmi les injecteurs, 25 % à Glenochil et 6 % à Barlinnie ont indiqué qu'ils avaient commencé à s'injecter lorsqu'ils étaient en prison.

**Gore SM et coll. (1997). Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Perth (for men) and Cornton Vale (for women) prisons in Scotland. *International Journal on STDs and AIDS*, 8: 166-175.**

On a effectué une surveillance transversale et anonyme du VIH à l'aide d'échantillons de salive; 404 prisonniers et 145 prisonnières ont consenti à y participer et à répondre à un questionnaire relié à remplir eux-mêmes à la HMP (Her Majesty's Prison) de Perth, le 17 mai, et à la HMP de Cornton Vale, le 18 mai 1995. Parmi les sujets disponibles, 304 hommes (70 %) et 136 femmes (94 %) ont rempli un questionnaire portant sur les facteurs de risque, et on a reçu 304 et 135 échantillons pour le dépistage d'anticorps anti-VIH. On a établi que 6 des 304 échantillons de salive testés de l'établissement de Perth (tous des injecteurs) étaient séropositifs pour les anticorps anti-VIH et aucun des 134 de la prison de Cornton Vale ne l'était. La prévalence globale du VIH était estimée à 2 % comparativement à une prévalence connue de 1,4 % (6/434), pour un ratio global de 1,5 : prévalence révélée à la HMP de Perth. À Cornton Vale, où les deux personnes dont l'infection à VIH était connue ont abs tenu, la prévalence globale et celle révélée du VIH étaient égales à 1,4 %. À la prison de Perth, 29 % des personnes incarcérées s'étaient injectées des drogues (82/278); 85 % de celles qui s'injectaient ont déclaré qu'elles s'étaient injectées en prison et 31 % (25/80) avaient commencé pendant qu'elles étaient emprisonnées, y compris 7 durant leur peine actuelle. Des 21 personnes qui s'étaient injectées pour la première fois après 1991, 10 avaient commencé à s'injecter en prison, y compris un des 69 détenus masculins qui n'avaient jamais été incarcérés auparavant. Les chiffres correspondants pour l'établissement de Cornton Vale, où 46 % de personnes incarcérées s'injectaient (58/132), montraient que 57 % de celles qui s'injectaient l'avaient fait en prison (32/56) mais seulement une femme, pour qui ce n'était pas la première peine qu'elle purgeait, avait commencé à s'injecter en prison.

**Gore SM et coll. (1999). Prevalence of hepatitis C in prisons: WASH-C surveillance linked to self-reported risk behaviours. *Q J Med*, 92: 25-32**

Les auteurs se sont servis de la surveillance transversale, anonyme et volontaire de l'hépatite C par prélèvement salivaire (WASH-C), reliée à des questionnaires portant sur les facteurs de risque pour évaluer la prévalence des anticorps anti-hépatite C par prélèvement salivaire (HepCAbS) dans cinq prisons écossaises de 1994 à 1996. Parmi les 2 121 personnes incarcérées disponibles, 1 864 (88 %) ont participé à la surveillance et 1 532 des 1 864 (82 %) échantillons emmagasinés pouvaient se prêter au test. Dans l'ensemble, 311 des 1 532 échantillons (20,3 %, prévalence et IC à 95 % 18,3 – 22,3 %) étaient séropositifs pour les anticorps anti-hépatite C. Les auteurs ont conclu que la prévalence et la transmissibilité potentielle de l'hépatite C chez les personnes incarcérées qui s'injectaient étaient toutes les deux élevées. Ils affirment que la promotion de l'idée *sans injection* avant celle de *sans drogues* (à l'intérieur et à l'extérieur de la prison), la prescription de la méthadone durant les courts séjours, des solutions autres que la prison, et le soutien des personnes incarcérées séropositives pour les HepCAbS afin qu'elles soient admissibles pour des traitements, méritent d'être envisagés de tout urgence.

**Keene J (1997). Drug use among prisoners before, during and after custody. *Addiction Research*, 4(4): 343-353.**

Cette étude examine l'usage de drogues dans une prison galloise. Sur l'ensemble de la population étudiée, 27,5 % s'injectaient une gamme de drogues dans la collectivité et 14 % le faisaient en détention, desquels 9 % disaient qu'ils partageaient des aiguilles et des seringues.

**Kennedy D et coll. (1990). *Illicit drug use, injecting and syringe sharing in Scottish prisons in the 1990's: Final report for the Nuffield Foundation. Ruchill Hospital : Glasgow.***

On a distribué un questionnaire à 81 personnes qui assistaient à un échange d'aiguilles à Glasgow, en janvier 1990. On a mené des entrevues de suivi non structurées auprès de 19 des personnes présentes au même échange en juin 1990. Presque tous les ex-détenus étaient au courant que d'autres personnes incarcérées faisaient usage de drogues illicites, et la majorité ont admis qu'eux-mêmes avaient consommé de la drogue en prison. Cette information est appuyée par les remarques faites lors d'entrevues non structurées : [*Traduction*] « Leur habitude est pire à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison. » (Répondant B); [*Traduction*] « Il y a plus de drogues en prison qu'à l'extérieur » (Répondant G); [*Traduction*] « Je le faisais quand j'étais en dedans. J'ai pris des tem, du hasch, du valium, du speed, des DFs, de l'héro » (Répondant R). Les sujets interrogés étaient moins prêts à admettre qu'ils s'étaient injectés des drogues en prison (25 % l'on fait), mais encore, une grande majorité avait vu d'autres personnes s'injecter. Ceux qui admettaient qu'ils s'injectaient étaient tous de sexe masculin, et ceux qui avaient été emprisonnés plus récemment et pour de plus longues périodes étaient un peu plus susceptibles de s'être injectés. Même si 80 % du groupe ont déclaré qu'ils avaient vu d'autres personnes partager des aiguilles et des seringues, seulement 10 % étaient prêts à admettre qu'ils avaient eux-mêmes partagé du matériel en prison.

**Kennedy D et coll. (1991). Drug misuse and sharing of needles in Scottish prisons. *British Medical Journal*, 302: 1507.**

La plupart des utilisateurs et des utilisatrices de drogues injectables qui assistent aux échanges d'aiguilles à Glasgow ont déjà été en prison. Six sujets (11 %) ont admis qu'ils partageaient des

aiguilles en prison. Il se pourrait que le partage soit encore plus répandu puisqu'il est peu probable que les huit autres qui ont avoué qu'ils s'injectaient en prison aient eu un accès exclusif à leur propre matériel. Les sujets interrogés lors d'entrevues semi-structurées ont mis l'accent sur le fait suivant : [Traduction] « Quand tu caches ton aiguille, quelqu'un d'autre pourrait la trouver et l'on s'en servira dans son entourage, donc tu ne peux pas dire combien de personnes ont l'occasion de l'utiliser ». Les estimations du nombre de personnes qui partagent une aiguille variaient entre 5 et 100. L'étude a conclu qu' [Traduction] « il semble donc très probable que lorsqu'une personne qui consomme des drogues à mauvais escient partage des aiguilles en prison, cela peut se produire plus fréquemment et parmi un plus grand groupe de personnes qu'à l'extérieur de prison ».

**Korte T, Pykalainen J, Seppala T (1998). Drug abuse of Finnish male prisoners in 1995. *Forensic Sci*, 97(2-3): 171-183.**

Le but de la recherche était d'évaluer l'importance et la variété liées à l'usage de drogues illicites, à l'usage et à l'abus d'hypnotiques, de calmants et de stéroïdes anaboliques au sein de la population carcérale finlandaise. On a effectué l'étude en octobre et en novembre 1995 dans quatre prisons, dont trois étaient des établissements fermés et un était ouvert; un des trois établissements fermés était une prison pour juvéniles. On a sélectionné 707 détenus dans les prisons pour l'étude. On a remis en personne des questionnaires à tous les détenus dans la prison ouverte et à ceux de la division de prisonniers de bas âge dans la prison pour juvéniles, mais dans deux grandes prisons centrales, on a choisi seulement certaines divisions pour l'étude. Dans l'ensemble, 354 prisonniers ont rempli les questionnaires; 75 ont refusé de répondre. Parmi les sujets, 27,7 % ont déclaré qu'ils avaient consommé des drogues illicites pendant qu'ils étaient dans leur prison actuelle, et 70,1 % en avaient consommé quelquefois. De ceux qui étaient libres de drogue avant leur premier emprisonnement, 21,7 % ont commencé à en faire usage en prison. Le cannabis et les amphétamines étaient les drogues illicites les plus couramment déclarées. Il y avait 19,2 % des répondants qui ont déclaré l'usage des drogues intraveineuses à un certain moment de leur vie, et 10,7 % s'étaient injectés des drogues dans leur prison actuelle. L'usage de drogues illicites et l'abus de drogues étaient considérablement plus élevés chez les jeunes détenus (< ou = 25 ans).

**Koulierakis et coll. (1999). Injecting drug use amongst inmates in Greek prisons. *Addiction Research*, 7(3): 193-212.**

Les auteurs présentent une étude comparative transversale nationale de l'usage de drogues injectables chez les détenus masculins dans les prisons grecques. On a choisi au hasard mille détenus dans dix établissements correctionnels. L'analyse comportait 861 questionnaires. Dans l'ensemble, 290 détenus (33,6 %) ont déclaré qu'ils s'injectaient des drogues, dont 174 (60 %) qui avaient utilisé des drogues injectables en prison et 146 (50,3 %) qui avaient partagé du matériel en milieu carcéral.

**Long J et coll. (2000) *Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prisoners, Part II: Prevalence and risk in committal prisoners 1999*. Dublin : The Stationary Office.**

Cette étude de 600 personnes en détention préventive a trouvé un taux d'infection à VIH de 2 % et un taux d'infection à VHC de presque 22 %. Parmi les prisonnières, le taux de séroprévalence du VIH était de presque 10 %, et le taux d'infection par VHC était de 56 %.

**Long J et coll. (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*, 323(7323): 1209-13.**

L'objectif était de déterminer la prévalence des anticorps antigènes capsidiques de l'hépatite B ainsi que les anticorps anti-VHC et anti-VIH chez les personnes entrant dans les prisons irlandaises et d'examiner les facteurs de risque d'infection. On a mené une enquête transversale et anonyme, qui comprenait un questionnaire à remplir soi-même sur les facteurs de risque et des échantillons fluides oraux pour des fins de dépistage d'anticorps dans cinq des sept prisons de la République d'Irlande. Sur 718 personnes entrant consécutivement du 6 avril au 1<sup>er</sup> mai 1999, 607 ont participé à l'enquête. La prévalence d'anticorps antigènes capsidiques de l'hépatite B était de 37/596 (6 %; intervalle de confiance à 95 % 4 % à 9 %); celle des anti-VHC était de 130/596 (22 %; 19 % à 25 %); et celle des anti-VIH était de 12/596 (2 %; 1 % à 4 %). Parmi les sujets interrogés, 29 % (173/593) ont déclaré qu'ils s'étaient déjà injectés des drogues, mais seulement 7 % (14/197) de ceux qui entraient en prison pour la première fois disaient qu'ils l'avaient fait comparativement à 40 % (157/394) de ceux qui avaient déjà été en prison. L'usage de drogues injectables était le plus important prédicteur d'anticorps antigènes capsidiques de l'hépatite B et anti-VHC. L'étude a conclu que l'usage de drogues injectables et l'infection par VHC sont endémiques dans les prisons irlandaises, et il est nécessaire d'accroître les mesures de contrôle d'infection et de réduction des méfaits dans les prisons irlandaises.

**Long J, Allwright S, Begley C (2004). Prisoners' view of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, 15(2): 139-149.**

Cette étude qualitative cherchait à examiner les points de vue qu'ont les personnes incarcérées par rapport aux pratiques d'injection de drogues et aux interventions de réduction des méfaits dans les prisons de Dublin. Dans l'ensemble, 31 prisonniers masculins ont participé à des entretiens (16 usagers de drogues injectables et 15 qui ne s'injectaient pas). Deux thèmes qui ont à voir aux pratiques d'usage de drogues ont émergé. Les répondants ont décrit les risques pour la santé liés à l'usage de drogues injectables pendant la détention et associés au milieu carcéral. On y comptait : la faible disponibilité d'héroïne qui favorisait un changement en passant de la pratique de fumer à celle de s'injecter; la rareté du matériel d'injection qui encourageait des réseaux de partage beaucoup plus étendus qu'à l'extérieur de prison; des pratiques de nettoyage du matériel d'injection inadéquates; et la location d'aiguilles et de seringues en échange de drogues. Autant les détenus interviewés qui ne s'injectaient pas que celles qui s'injectaient appuyaient les interventions de réduction des méfaits en prison et croyaient que la gamme de services liés aux drogues disponibles en prison devraient refléter ceux offerts dans la collectivité, mais la moitié s'opposait à l'échange de seringues en prison ou avait des réserves à cet égard. Les détenus considéraient leur séjour en prison comme une occasion de traiter des problèmes liés à l'usage de drogues.

**Martin V et coll. (1990). Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. *AIDS*, 4: 1023-1026.**

L'article signale une séroprévalence du VIH de 34 % dans une prison catalane en 1989.

**Montella M, Crispo A, Wynn-Bellezza J (2003). In search of the correct strategy for preventing the spread of HCV infection ... [lettre électronique]. *British Medical Journal*, 6 novembre 2003.**

Disponible au <http://gut.bmjournals.com/cgi/eletters/52/10/1500>

La lettre signale un taux de prévalence du VHC de 37,4 % chez 524 détenus masculins dans le sud de l'Italie en 2000 et 2001.

**Perez-Agudo F, Alonso Moreno FJ, Urbina Torija J (1998). Prevalence of human immunodeficiency virus type 1 and Mycobacterium tuberculosis infections in a prison population in the years 1989 to 1995. *Med Clin*, 110(5):167-70. [article en espagnol]**

L'étude comprenait 1 173 hommes d'un centre pénitentiaire entre 1989 et 1995. De ceux-ci, 49,7 % faisaient usage de drogues illicites. La prévalence de l'infection à VIH était de 24,3 %. Au moyen d'un test multivarié, les auteurs ont trouvé que la probabilité d'être séropositif pour le VIH dans un centre pénitentiaire était 21,9 fois plus élevée chez les usagers et les usagères de drogues intraveineuses; 5,6 fois plus chez les personnes incarcérées espagnoles; 2,6 fois chez les sujets qui avaient été en prison à plus d'une reprise; et 1,7 fois s'ils avaient des tatouages.

**Peters A, Davies T, Richardson A (1998). Multi-site samples of injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates of risky injecting practices. *Addiction*, 93(2): 253-267.**

Une analyse multivariée a indiqué que l'injection à risque était associée, entre autres, à l'injection en prison.

**Pickering H, Stimson G (1993). Syringe sharing in prison. *The Lancet*, 342(8871): 621-622.**

Cette étude pilote signale une réutilisation fréquente de matériel d'injection non stérile et les risques appréciables d'infection par VIH et aux autres maladies transmissibles par le sang que cela entraîne et le besoin urgent de mettre en place des mesures de prévention appropriées. Les modèles liés au risque de transmission du VIH exigent de l'information sur le nombre d'individus qui partagent chaque élément du matériel ainsi que la fréquence et l'ordre dans lequel il est utilisé. Jusqu'ici, de tels renseignements n'ont pas été disponibles; cette étude montre qu'il est possible de l'obtenir.

**Pont J et coll. (1994). HIV epidemiology and risk behaviour promoting HIV transmission in Austrian prisons. *European Journal of Epidemiology*, 10: 285-289.**

De 1989 à 1992, entre 10 % et 19 % de toutes les personnes récemment admises dans les prisons et les pénitenciers en Autriche ont subi des tests de dépistage des anticorps anti-VIH. On a déterminé les taux de prévalence du VIH en se fondant sur des tests effectués dans certaines prisons où on a testé plus de 80 % des personnes incarcérées nouvellement admises. Les résultats ont montré que les taux de prévalence chez les personnes incarcérées en Autriche sont cinq fois plus élevés que les taux dans la population autrichienne en général. Environ 5 % de toutes les personnes incarcérées font partie de groupes d'usagers et d'usagères de drogues intraveineuses à risque élevé, et des enquêtes portant sur le comportement à risque pour le VIH parmi les personnes incarcérées ont montré que, tout comme dans d'autres pays, l'usage de drogues intraveineuses et les contacts sexuels sont des pratiques courantes. Puisque les personnes incarcérées n'ont pas accès à des aiguilles ou à des condoms, ces pratiques comportent un risque élevé de transmission du VIH.

**Pont J (1997). HIV epidemiology and risk behaviour in Austrian prisons. Dans : O'Brien O (éd.). 1997, Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Cranstoun Drug Services: Londres, 12-14.**

L'usage de drogues injectables et les contacts sexuels continuent à se produire dans les prisons. Le risque connexe de contracter le VIH, le VHB et le VHC lors de ces expositions est plus élevé que dans la population en général parce que les personnes incarcérées n'ont pas un accès facile au matériel d'injection propre ou aux condoms. A l'heure actuelle, il n'y a pas de programmes d'échange d'aiguilles dans les prisons autrichiennes. Depuis 1994, la loi exige que les condoms soient facilement disponibles dans toutes les prisons.

On a recueilli des données sur la prévalence du VIH dans les prisons (recueillies au moyen de tests volontaires) en 1989, 1990, 1992, 1994 et 1996. On a obtenu de l'information sur les comportements à risque pour la transmission du VIH, du VHB et du VHC durant les examens médicaux d'admission. Il n'y a pas de chiffres précis en ce qui concerne le nombre de personnes qui font usage de drogues dans les prisons autrichiennes, mais on peut estimer qu'environ 10 % des 6 700 personnes incarcérées purgeant une peine sont des UDI. Cela suggérerait qu'environ 7 % des 10 000 UDI probables en Autriche sont en prison.

**Power K et coll. (1992) Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons. *British Journal of Addiction*, 87: 35-45.**

On a mené une enquête sur le comportement lié à l'usage de drogues intraveineuses et les stratégies de réduction des risques pour le VIH utilisées par un groupe de personnes incarcérées écossaises avant d'entrer en prison, au cours de l'emprisonnement et prévues après la mise en liberté. Sur un échantillon de 559 personnes incarcérées (490 de sexe masculin et 79 de sexe féminin), 27,5 % se livraient à l'usage de drogues intraveineuses avant d'être emprisonnées; 7,7 % y ont eu recours à au moins une occasion au cours de la période d'emprisonnement; et 14,7 % prévoyaient le faire après la mise en liberté. Avant d'être emprisonnées, 17,3 % avaient partagé des aiguilles, 5,7 % l'avaient fait à certains moments pendant l'emprisonnement et 4,3 % prévoyaient le faire après la libération. La majorité des personnes incarcérées faisant usage de drogues intraveineuses pratiquaient certaines formes de stratégies de réduction des risques pour le VIH avant l'emprisonnement et pendant l'emprisonnement. Elles prévoyaient continuer de la faire après la mise en liberté. Les personnes incarcérées les plus à risque étaient celles qui continuaient de partager le matériel d'injection sans réduction et sans stérilisation. La réduction de l'usage de drogues intraveineuses et du partage des aiguilles au cours de l'emprisonnement comparativement à avant l'emprisonnement s'alignait avec la perception de la personne incarcérée concernant la réduction du risque personnel d'infection à VIH pendant la période d'incarcération.

**Rotily M et coll. (1994). HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons. *AIDS*, 8(9): 1341-4.**

L'objectif de l'étude était d'estimer la séroprévalence du VIH dans deux principales prisons de détention provisoire et de court séjour du sud-est de la France et de recueillir de l'information anonyme liée sur les facteurs de risque. Le contexte était la prison de Baumettes à Marseille, en France, entre le 16 novembre et le 21 décembre 1992. En se servant d'un questionnaire autoadministré portant sur le dépistage du VIH et les facteurs de risque pour l'infection à VIH, on a interviewé 295 prisonniers et 137 prisonnières. Le taux de réponse était de 96 %. Parmi les

432 personnes incarcérées, 279 (65 %) ont subi des tests pour le VIH et 153 (35 %) ont refusé de fournir un échantillon de sang. L'état sérologique pour le VIH était disponible pour 356 personnes incarcérées (82 %; 65 % provenant des échantillons de sang et 17 % du questionnaire); 39 étaient séropositives pour le VIH (10,9 %; intervalle de confiance à 95 %, 7,7 - 14,2). La séroprévalence du VIH était considérablement plus élevée parmi les personnes incarcérées récidivistes (19,9 comparativement à 4,4 %;  $P < 0,0001$ ). Les auteurs ont conclu que le taux plus élevé de séroprévalence chez les personnes incarcérées récidivistes pourrait être dû à des comportements à risque pendant l'emprisonnement. Une autre hypothèse est que les personnes incarcérées récidivistes sont exposées à des risques plus élevés d'infection à VIH en raison de leurs niveaux plus élevés d'usage de drogues.

**Rotily M et coll. (1998). Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred. *British Medical Journal*, 316(7133): 777.**

**Rotily M et coll. (2001) Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health*, 11(3): 243-250.**

On a mené un sondage transversal dans six prisons européennes (en France, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Écosse et en Suède). Parmi les 817 personnes incarcérées, 27 % ont déclaré qu'elles s'étaient déjà injectées des drogues et 49 % d'entre elles ont affirmé qu'elles s'étaient injectées en prison. Dix-huit pour cent ont indiqué qu'elles s'étaient fait tatouer en prison. De plus, 1 % des sujets ont déclaré qu'ils avaient déjà eu des rapports homosexuels et 16 % ont affirmé qu'ils avaient eu des rapports hétérosexuels en prison. La prévalence du VIH parmi les UDI était de 4 % (comparativement à 1 % parmi les non UDI) ( $p = 0,02$ ). Les auteurs ont conclu que le fait que la prévalence du VIH et le potentiel de propagation du virus dans les prisons continuent d'être élevés devrait encourager les décideurs à mettre en place des programmes de réduction des méfaits et d'éducation ainsi que des services de traitement pour la toxicomanie dans les prisons ou à les améliorer.

**Shewan D, Gemmell M, Davies JB. *Drug Use and Scottish Prisons: Full Report. Scottish Prison Service Occasional Paper, no 6. Voir aussi Shewan D, Gemmell M, Davies JB (1994). Drug Use and Scottish Prisons: Summary Report. Scottish Prison Service Occasional Paper, n° 5.***

Le rapport recommande aux gouvernements et aux systèmes carcéraux d'aborder les effets négatifs possibles associés au fait d'envoyer les usagers et les usagères de drogues en prison, surtout l'impact potentiel de la prison sur l'augmentation du risque pour le VIH et le sida. On conclut que [Traduction] «ce serait avantageux si les autorités carcérales adoptaient les buts et les objectifs liés à des mesures de réduction des méfaits en ce qui concerne l'usage de drogues et le VIH. Cela demanderait des mesures pragmatiques et que l'on se rende compte que l'idée d'une prison sans drogues ne semble pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogues et que la stabilité pourrait en fait être instaurée en ne se limitant pas à ce concept. De plus, le fait d'adopter une perspective de réduction des méfaits place les prisons dans la meilleure position possible pour s'assurer qu'elles ne sont pas associées aux importants domaines de préoccupation pour la santé publique, tels que la propagation du VIH ».

**Shewan D, Gemmell M, Davies JB (1994). Prison as a modifier of drug using behaviour. *Addiction Research*, 2(2): 203-216.**



**Shewan D, Gemmell M, Davies JB (1994). Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med*, 39(11): 1585-1586.**

On a mené une étude du comportement lié à l'injection au sein d'un échantillon choisi à dessin d'usagers et d'usagères de drogues dans des prisons écossaises. De ce groupe, 32 % ont déclaré qu'ils s'étaient injectés avant leur peine actuelle. Le pourcentage de ceux qui s'injectaient au cours de leur peine actuelle était passé à 11 %. De ceux qui s'injectaient avant d'être emprisonnés, 24 % ont déclaré qu'ils partageaient le matériel d'injection à ce moment-là. Toutefois, de ceux qui s'injectaient encore en prison, 76 % ont affirmé qu'ils partageaient le matériel. Donc, dans l'ensemble, il y avait moins d'injecteurs en prison, mais une plus grande proportion de ceux-ci partageait des aiguilles. Des facteurs associés plus étroitement avec le partage courant du matériel d'injection en prison étaient : le fait de s'être injecté une plus vaste gamme de drogues en prison (durant les peines actuelles et antérieures); la fréquence de l'usage de Temgesic; et le fait de s'être fait prescrire de la méthadone dans la collectivité, pour ensuite voir cesser la prescription à l'entrée en prison.

**Shewan D et coll. (1995). HIV infection in prisons. Most drug injectors stop injecting on entry to prison. *British Medical Journal*, 310: 1264.**

Des études ont montré que l'ampleur et la tendance d'injection et de partage d'aiguilles varient d'une prison à l'autre; que beaucoup, voire la plupart des personnes qui s'injectent avant d'être emprisonnées arrêtent de le faire lorsqu'elles entrent en prison; et que celles qui s'injectent en prison sont beaucoup plus susceptibles de partager le matériel d'injection que les injecteurs de drogue dans la collectivité. On souligne que la mise en oeuvre de mesures de prévention appropriées dans une prison en particulier devrait tenir compte des caractéristiques du comportement lié à l'usage de drogues dans cette prison et dans le territoire qu'elle dessert.

**Shewan D et coll. (1995). Patterns of injecting and sharing in a Scottish prison. *Drug and Alcohol Dependency*, 39(3): 237-243.**

**Smyth BP (2000). Many injectors stop injecting while imprisoned. *British Medical Journal*, 321: 1406.**

Pour un résumé, voir la section « usage de drogues injectables – programmes en matière d'aiguilles et de seringues ».

**Strang J et coll. (1998). HIV/AIDS Risk Behaviour among Adult Male Prisoners. Research Findings N° 82. Londres : Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Disponible au [www.homeoffice.gov.uk/rds/rf1998.html](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/rf1998.html)**

On a mené une enquête sur les comportements à risque pour le VIH auprès des hommes adultes dans 13 prisons en Angleterre et en Pays de Galles. Elle portait sur le comportement associé à l'injection des drogues, aux pratiques sexuelles et au tatouage. On a aussi examiné les histoires de vie des personnes intéressées, l'impact que l'emprisonnement a eu sur elles et leurs intentions pour l'avenir. L'étude a conclu qu'en général, [Traduction] « la grande majorité des comportements à risque lié au VIH/sida cesse à l'arrivée en prison, même si le comportement résiduel a tendance à être plus risqué ».

**Turnbull PJ, Dolan KA, Stimson G (1992). Prison Decreases the Prevalence of Behaviours but Increases the Risks (Résumé n° PoC 4321 sur affiche). VIII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, Amsterdam.**

**Turnbull P, Stimson G, Dolan K (1992). Prevalence of HIV infection among ex-prisoners in England. *British Medical Journal*, 304: 90-91.**

**Turnbull PJ, Stimson GV (1994). Drug use in prison. *British Medical Journal*, 308(6945): 1716.**

En 1993, à Londres, on a interviewé un échantillon de 507 UDI, et 99 ont été choisis au hasard pour répondre à des questions concernant leurs expériences en prison. Soixante-seize avaient déjà eu des expériences d'emprisonnement. De ces personnes, 45 n'avaient reçu aucun traitement, aucun conseil et aucune aide pour leur problème de drogue la dernière fois qu'elles étaient incarcérées. De plus, 21 personnes ont signalé qu'elles s'étaient injectées en prison et de celles-ci, 14 avaient partagé des aiguilles et des seringues en moyenne à 20,2 (intervalle de variation de 2 à 100) occasions.

**Turnbull PJ, Power R, Stimson G (1996). "Just using old works": injecting risk behaviour in prison. *Drug and Alcohol Review*, 15: 251-260.**

Dans cette étude, on a interviewé 44 injecteurs de drogues mis en liberté qu'on avait recrutés en Angleterre. On a demandé aux personnes interviewées de raconter leurs expériences d'usage de drogues au cours de leur plus récente période d'incarcération. Les sujets interrogés ont tous affirmé qu'ils avaient consommé de la drogue pendant leur emprisonnement, et 16 ont déclaré qu'ils s'étaient injectés des drogues. La plupart s'injectaient à intervalles irréguliers et à un niveau réduit comparativement à lorsqu'ils s'injectaient dans la collectivité. Neuf ont déclaré qu'ils se servaient d'aiguilles et de seringues que d'autres avaient utilisées avant.

**Van Haastrecht H, Bax Anneke JS, Van Den Hoek AR (1998). High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction*, 93(9): 1417-25.**

Cette étude visait à déterminer les niveaux d'usage de drogues injectables et de comportement sexuel à risque chez les personnes qui font usage de drogues injectables pendant et immédiatement après leur emprisonnement aux Pays-Bas. On a entrepris un sondage transversal d'injecteurs de drogues qui s'étaient rendus à des cliniques de méthadone, à une clinique offrant des services pour les maladies transmises sexuellement et à un site central de recherche à Amsterdam. On a établi que 78 % étaient des hommes et que 34 % avaient des anticorps anti-VIH. Parmi les 463 injecteurs de drogues interviewés, 188 (41 %) ont signalé une période d'incarcération au cours des trois années précédentes. La durée moyenne du dernier emprisonnement était de 3,6 mois. La consommation de cannabis, d'héroïne ou de cocaïne durant l'emprisonnement a été déclarée par 55 %, 37 % et 20 % des personnes, respectivement. Cinq injecteurs (3 %) ont admis qu'ils s'étaient injectés en prison, mais aucun n'a déclaré qu'il avait partagé des aiguilles ou des seringues. Deux des hommes (1 %) ont signalé des rapports sexuels vaginaux ou anaux et aucune des femmes n'en a signalés. Sur 186 (42 %) participants et participantes, 78 ont déclaré une reprise d'injection de drogues durant la semaine suivant la mise en liberté, dans la plupart des cas (34 %) au cours de la première journée en liberté. L'étude a

souligné que, contrairement aux résultats d'autres pays, les injecteurs de drogues emprisonnés au Pays-Bas présentaient des niveaux peu élevés de comportements à risque pour le VIH.

### **La Fédération de Russie**

#### **Drobniewski FA et coll. (2005). Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. *Eur Respir J*, 26(2): 298-304.**

Les personnes incarcérées atteintes de tuberculose ont fait l'objet d'une étude afin de déterminer la prévalence du VIH; les facteurs de risque pour le VIH et autres infections virales transmissibles par le sang; et les facteurs cliniques et sociaux qui pourraient compromettre l'efficacité du traitement pour la tuberculose ou l'observance du patient ou de la patiente et par conséquent, encourager l'échec du traitement. On a mené une étude transversale de prévalence d'une durée d'un an qui comprenait 1 345 personnes incarcérées atteintes de tuberculose dans un établissement hospitalier de soins pour la tuberculose à Samara, dans la Fédération de Russie. La co-infection à VIH et à l'hépatite B ou C s'est produite dans 12,2 % et 24,1 % des personnes incarcérées, respectivement, et les taux étaient considérablement plus élevés que dans la population en général. Dans l'ensemble, 48,6 % des personnes incarcérées consommaient de la drogue, dont 88,3 % utilisaient des drogues intraveineuses. Les personnes incarcérées étaient plus susceptibles de faire usage de drogues intraveineuses et d'être séropositives pour le VIH comparativement aux personnes civiles atteintes de la tuberculose, et 40,2 % des personnes incarcérées partageaient des aiguilles. Les deux tiers des personnes incarcérées (68,6 %) avaient suivi une pharmacothérapie antérieure pour la tuberculose (souvent plusieurs traitements interrompus) et étaient considérablement plus susceptibles que la population en générale d'avoir suivi une thérapie antérieure, ce qui correspondait aux taux de pharmacorésistance constatés. L'étude a conclu que les prisons sont des catalyseurs importants des épidémies de tuberculose et de VIH et que des nouvelles stratégies sont nécessaires pour réduire la propagation des maladies transmissibles par le sang, particulièrement chez les personnes qui font usage de drogues intraveineuses.

#### **Frost L, Tchertkov V (2002). Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Education and Prevention*, 14 (Suppl B): 7-23.**

Parmi quelques publications sur la prévalence du comportement à risque dans les prisons russes, cette étude, effectuée en 2000 par MSF dans 10 pénitenciers russes, mérite une attention spéciale. Lorsqu'on les a interviewés, 10 % des personnes incarcérées ont déclaré qu'elles avaient fait au moins une injection de drogues illicites au cours leur emprisonnement; et presque 2 % de la population carcérale entière s'injectaient régulièrement. Deux tiers des personnes qui s'injectaient des drogues en prison ont aussi admis qu'elles partageaient des aiguilles. De plus, 26 % des personnes incarcérées ont signalé que le tatouage existait en prison. Le tatouage en prison a été signalé par 26 % des personnes incarcérées, et 62 % partageaient l'équipement de tatouage. Enfin, 9,7 % des personnes incarcérées ont admis qu'elles avaient eu des rapports sexuels pendant leur emprisonnement. Considérant le caractère extrêmement délicat des problèmes liés aux drogues illicites et au sexe, les auteurs de l'étude recommandaient que les résultats de la recherche soient interprétés d'une perspective modeste comme des estimations minimums du risque potentiel.

**Human Rights Watch (2004). *Russian Federation. Lessons Not Learned – Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*. New York: HRW.**

Disponible au [www.hrw.org/doc/?t=hivaid\\_s\\_pub](http://www.hrw.org/doc/?t=hivaid_s_pub).

Le rapport signale que :

[Traduction] « Des ex-prisonniers et des ex-prisonnières interviewés par Human Rights Watch à Saint-Pétersbourg ont confirmé la présence de toutes sortes de narcotiques dans les prisons, obtenues surtout des gardes qui approvisionnaient les prisonniers et les prisonnières en aiguilles moyennant des frais. Fyodor N [...] disait : « Il y avait beaucoup d'usage de drogues dans les prisons en 2002 et 2003, toutes sortes de drogues. Les gardes à qui l'on avait acheté le silence approvisionnaient les personnes incarcérées en drogues et en aiguilles. Les gens pouvaient obtenir n'importe quoi de l'extérieur; les gardes se fermaient les yeux moyennant des sommes d'argent ». Ekaterina S., qui vit avec le VIH/sida et dont le copain était incarcéré en 2002, disait qu'il était capable d'obtenir une plus grande variété de drogues lorsqu'il était en prison, mais elles étaient toutes beaucoup plus chères qu'à l'extérieur ».

**Morozov A, Fridman A (2000). *HIV testing, prevalence and risk behaviours among prisoners incarcerated in St Petersburg, Russia*. XIIIe Conférence internationale sur le sida, Durban, Afrique du Sud (résumé n° MoPpCI1103).**

Les auteurs ont signalé une prévalence du VIH de 46 % dans un échantillon de 9 727 personnes incarcérées qui faisaient usage de drogues injectables à Saint-Pétersbourg en 1999, dont 58 % s'étaient injectées au cours de 12 derniers mois. Parmi ces personnes, 22 % ont déclaré qu'elles s'étaient injectées avec une seringue partagée au cours des 12 derniers mois.

**Rhodes T et coll. (2003). *Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation*. 14e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Chiang Mai, Thaïlande (Résumé n° 571).**

Les UDI arrêtés ou détenus par la police dans le passé et qui, la dernière fois, avaient été arrêtés ou détenus par rapport à la drogue, étaient quatre fois plus susceptibles d'avoir partagé des aiguilles et des seringues au cours des quatre dernières semaines.

## **L'Asie du Sud-Est**

**Ministry of Law and Human Right of Republic Indonesia (2005). *National Strategy Prevention and Control HIV/AIDS and Drug Abuse Indonesian Correction and Detention, 2005 – 2009*. Jakarta : Directorate General Correction.**

L'article signale une augmentation des taux de prévalence du VIH dans les prisons en Indonésie, avec des taux qui variaient de 0,36 à 21,3 % en 2003. Le document indique qu'en 2002, on estimait qu'entre 8 % et 12 % de toutes les personnes incarcérées étaient séropositives pour le VIH.

**Singh S, Prasad R, Mohanty A (1999). *High prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections amongst the inmates of a district jail in Northern India*. *Int J STD AIDS*, 10(7): 475-8.**

Une étude menée pour établir le taux de séroprévalence des infections transmises sexuellement et celles transmises par le sang chez les personnes dans des prisons de district en Inde du Nord. On a demandé aux sujets (240 hommes et 9 femmes détenues), âgés de 15 à 50 ans, de répondre à un questionnaire qui portait sur leurs caractéristiques historiques, leurs antécédents criminels allégués, leur période d'incarcération, leurs activités sexuelles et leurs partenaires sexuels. On a prélevé des échantillons de sérum afin de les tester pour les anticorps anti-VIH et anti-VHC. Parmi les répondants, 71 % des sujets avaient eu des rapports sexuels seulement avec des femmes, tandis que 28,8 % étaient homosexuels ou bisexuels. Aussi, 126 (52,75 %) étaient alcooliques, 44 (18,33 %) avaient une dépendance à l'héroïne ou au charas, et 8 (3,33 %) faisaient usage de drogues intraveineuses. Enfin, 11,8 % étaient atteints d'une hépatite active et 1,3 % étaient séropositifs pour le VIH-1.

**Singh S (2002). High prevalence of viral and other sexually transmitted diseases was found in Indian prisons. *British Medical Journal*, 324: 850.**

La lettre décrit une étude de maladies virales et transmises sexuellement dans des prisons en Inde. Elle indique une prévalence élevée de telles maladies, les plus remarquables étant l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH, liées surtout aux activités homosexuelles. L'usage de drogues injectables était un facteur beaucoup moins important, surtout en raison du faible nombre d'UDI au sein de la population carcérale. La lettre souligne le besoin d'activités favorisant une sensibilisation accrue aux MTS dans les prisons de l'Inde.

**Sundar M, Ravikumar KK, Sudarshan MK. (1995). A cross-sectional seroprevalence survey for HIV-1 and high risk sexual behaviour of seropositives in a prison in India. *Indian J Public Health*, 39(3): 116-118.**

À la prison centrale de Bangalore, en Inde du Sud, on a mené une enquête de prévalence séro-épidémiologique pour une période donnée. L'étude touchait 1 007 personnes dont le procès était en cours et 107 personnes détenues en permanence de janvier à décembre 1993. Vingt (1,98 %) personnes dont le procès était en cours et aucune des personnes détenues en permanence n'étaient séropositives pour le VIH.

## **Le Pacifique occidental**

### **L'Australie**

**Butler T et coll. (2003). Drug use and its correlates in an Australian Prisoner Population. *Addiction Research and Theory*, 11: 89-101**

La prévalence antérieure et courante d'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illicites est examinée dans un échantillon transversal aléatoire de personnes incarcérées. Il y avait 189 prisonniers et prisonnières de 27 centres correctionnels en Nouvelle-Galles-du-Sud qui ont participé au sondage. Des renseignements ont été recueillis au moyen d'entrevues directes. On a relevé que 64 % des personnes incarcérées avaient consommé des drogues illicites à un certain moment dans le passé, le cannabis et l'héroïne étant les plus courants. De plus, 44 % avaient des antécédents d'usage de drogues injectables, et la prévalence d'injection était considérablement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (64 % comparativement à 40 %). Environ la

moitié des injecteurs masculins et féminins ont déclaré qu'ils s'étaient injectés pendant leur séjour en prison. L'étude a conclu que les autorités correctionnelles ont besoin de s'assurer que des programmes de traitement de la toxicomanie sont mis à la disposition des personnes incarcérées et devraient envisager des programmes pilotes d'échange d'aiguilles et de seringues dans les prisons.

**Cregan J (1998). Hepatitis C, prisons, and public health. *Aust N Zealand J Public Health*, 22: 5-7.**

**Crofts N et coll. (1996). Risk behaviours for blood-borne viruses in a Victorian prison. *Australia and New Zealand Journal of Criminology*, 29: 20-28.**

**Dolan K, Donoghue M, Stimson G (1990). Drug injecting and syringe sharing in custody and in the community: an exploratory survey of HIV risk behaviour. *Howard Journal of Criminal Justice* 29(3): 177-186.**

L'enquête a révélé que les personnes incarcérées séropositives pour le VIH étaient beaucoup plus susceptibles de s'injecter que celles qui n'étaient pas infectées ou qui étaient incertaines de leur état sérologique pour le VIH.

**Dolan K et coll. (1996). HIV risk behaviour of IDUs before, during and after imprisonment in New South Wales. *Addiction Research*, 4(2): 151-160.**

La recherche dénote que les personnes incarcérées séropositives pour le VIH étaient beaucoup plus susceptibles de se livrer à des activités sexuelles que celles qui n'étaient pas infectées ou qui étaient incertaines de leur état sérologique pour le VIH.

**Dolan K, Crofts N (2000). A review of risk behaviours, transmission and prevention of blood borne viral infections in Australian prisons. Dans : Shewan D, Davies J (éd.). *Drug Use and Prisons. An International Perspective*. Amsterdam : Harwood, 215 - 232.**

**Douglas RM et coll. (1989). Risk of transmission of the human immunodeficiency virus in the prison setting (lettre). *Medical Journal of Australia*, 150: 722.**

L'article fait rapport d'une étude australienne qui estime qu'au cours de leur incarcération, 25 % à 44 % des personnes incarcérées s'injectaient de drogues illicites occasionnellement, 14 % à 34 % se livraient à des rapports sexuels anaux occasionnels et 5 % à 18 % faisaient les deux.

**Gaughwin MD et coll. (1991). HIV prevalence and risk behaviours for HIV transmission in South Australia prisons. *AIDS*, 5: 845-51.**

**Hellard ME, JS Hocking, N Crofts (2004). The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiology and Infection*, 132: 409-415.**

Voir le résumé dans la section «*Transmission du VIH et du VHC*».

**Indermauer D, Upton K (1988). Alcohol and drug use patterns of prisoners in Perth. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 3: 144-167.**

On estime que 36 % des personnes incarcérées s'étaient injectées par voie intraveineuse et 12 % avaient eu des rapports anaux au moins une fois pendant leur séjour en prison.

**Kevin M (2000). Addressing the Use of Drugs in Prison: A Survey of Prisoners in New South Wales. Sydney: NSW Department of Corrective Services (Publication de recherche n° 44) et Kevin M (2003). Addressing the Use of Drugs in Prison: Prevalence, Nature and Context. Sydney: NSW Department of Corrective Services (Publication de recherche n° 45)**

Disponible au [www.dcs.nsw.gov.au/Documents/index.asp](http://www.dcs.nsw.gov.au/Documents/index.asp)

Le but était d'obtenir des données sur les tendances de la consommation de drogues des personnes incarcérées avant et pendant qu'elles purgeaient leur peine et de fournir une plus grande compréhension des facteurs contextuels et culturels associés à l'usage de drogues en milieu carcéral. On a recueilli les données pour la première étude en 1998 et en 2001 pour la seconde. Les études ont révélé que la grande majorité des gens qui partageaient le matériel d'injection en prison ne l'avaient pas partagé dans la collectivité.

**McDonald AM et coll. (1999). HIV prevalence at reception into Australian prisons, 1991-1997. *Medical Journal of Australia*, 171: 18-21.**

L'objectif était de mesurer l'ampleur et le résultat du dépistage d'anticorps anti-VIH. On a effectué une enquête transversale à l'accueil des prisons australiennes de 1991 à 1997. Au cours de cette période, on a effectué le dépistage des anticorps anti-VIH pour 72 % des personnes entrant en prison en Australie. Le pourcentage testé a diminué considérablement de 76 % en 1991 à 67 % en 1997 ( $P < 0,001$ ). La prévalence du VIH était de 0,2 % chez les personnes admises dans les prisons australiennes de 1991 à 1997. La plupart des personnes infectées au VIH (242/378; 64 %) admises en prison de 1991 à 1997 avaient reçu un diagnostic lors d'une entrée précédente; 136 personnes (36 % du nombre total de diagnostics) ont nouvellement reçu leur diagnostic lors de leur admission à la prison.

**Seamark RW, Gaughwin M (1994). Jabs in the dark: Injecting equipment found in prisons, and the risks of viral transmission. *Australian Journal of Public Health*, 18(1): 113-116.**

**Seamark RW et coll. (1997). HIV infection among male prisoners in South Australia, 1989 to 1994. *Aust N Z J Public Health*, 21(6): 572-6.**

On a vérifié la prévalence du VIH chez les prisonniers masculins en Australie du Sud de juillet 1989 à juin 1994 au moyen d'une étude transversale répétée. Les auteurs ont aussi comparé les caractéristiques et les antécédents criminels et démographiques d'usage de drogues de 39 personnes incarcérées infectées par VIH et un échantillon choisi au hasard de 86 personnes incarcérées non infectées admises en même temps. Les nombres de personnes incarcérées infectées au VIH en prison variaient de 4 à 12 par mois. La prévalence dans la population carcérale totale variait de 0,4 % à 1,4 %, et de 1,25 % à 4,36 % dans la sous-population de personnes qui font usage de drogues injectables. De nombreuses personnes incarcérées séropositives pour le VIH continuaient, après avoir eu leur diagnostic, de mener des modes de vie qui conduisent à l'emprisonnement. Les personnes incarcérées infectées étaient nettement plus âgées, avaient passé plus de temps en prison et étaient plus susceptibles de consommer de l'héroïne (RC = 13,1) et de la méthadone (RC = 25,4) que le groupe témoin. L'étude conclut que la récidive chez de nombreuses personnes incarcérées infectées non seulement contribue à la

variation de la prévalence mais soulève aussi des inquiétudes concernant la façon de les gérer. Elle termine en disant que de plus grands efforts visant à minimiser la récurrence des personnes incarcérées séropositives pour le VIH pourraient réduire la prévalence du VIH dans la population carcérale.

**Wodak A (1990). Behind Bars: HIV Risk-Taking Behaviour of Sydney Male Drug Injectors While in Prison. In J. Norberry et coll. (éd.), *HIV/AIDS and Prisons*. Canberra : Institut australien de criminologie, 181-191.**



## Transmission du VIH et du VHC en milieu carcéral

Cette section couvre des études qui ont réussi à démontrer la transmission du VIH ou du VHC en milieu carcéral, ainsi que des études qui révèlent que l'emprisonnement est en corrélation avec l'infection par VIH, par VHC ou par VHB. Une courte section sur les infections transmises sexuellement est aussi incluse.

Pour rendre la documentation plus accessible, la section est divisée selon les sous-sections suivantes :

- Aperçus (documents qui fournissent des renseignements sur de nombreux pays ou régions, ou de l'information qui s'applique à un bon nombre de pays ou de régions)
- Documents selon la région
  - L'Afrique
  - Les Amériques
    - L'Amérique centrale et l'Amérique du Sud
    - Le Canada
    - Les États-Unis d'Amérique
  - La Méditerranée orientale
  - L'Europe
    - L'Europe occidentale et l'Europe du Sud
    - L'Europe de l'Est
    - La Fédération de Russie
  - L'Asie du Sud-Est
  - Le Pacifique occidental
    - L'Australie
- La transmission des infections transmises sexuellement

Pour chacune des régions, on peut trouver le territoire couvert par les bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé au <http://www.who.int/about/en/>

## Aperçus

**Dolan K (1997). AIDS, Drugs, and risk behaviour in prison: state of the art. *International Journal of Drug Policy*, 8(1).**

Un résumé des preuves disponibles depuis 1997.

**Dolan K (1997/98). Evidence about HIV transmission in prisons. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 3(4)/4(1): 32-35.**

Un autre excellent résumé moins volumineux que le précédent qui offre des preuves disponibles depuis 1997, au

[www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/Winter9798/26DOLANE.html](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/Winter9798/26DOLANE.html)

**Gill O, Noone A, Heptonstall J (1995). Imprisonment, injecting drug use, and bloodborne viruses (editorial). *British Medical Journal*, 310: 275-276.**

Cet éditorial explique que l'on a constaté des associations entre l'emprisonnement, l'usage de drogues injectables, le VIH et les autres virus transmissibles par le sang, mais que le débat continue à savoir si l'emprisonnement est un facteur de risque pour le VIH ou non. Il est difficile de mesurer l'incidence de la transmission du VIH en prison par l'usage de drogues injectables et il est donc difficile de déterminer si l'emprisonnement augmente ou diminue la transmission du VIH. Il conclut que : [Traduction] «L'incertitude pourrait demeurer à savoir si l'emprisonnement cause l'usage de drogues injectables ou s'il augmente la transmission globale des virus transmissibles par le sang, mais il n'y a aucun doute qu'il nous donne la possibilité de tirer parti de l'accès à ceux qui sont à risque. Si l'on pouvait réorienter les efforts consacrés à l'étude de la transmission vers l'élaboration et l'évaluation de mesures de prévention appropriées et acceptables, et si l'on utilisait de façon créative le taux élevé de roulement, cela aurait un impact substantiel sur le réservoir d'infections virales transmissibles par le sang dans la population ».

**Krebs CP, Simmons M (2002). Intraprison HIV transmission: an assessment of whether it occurs, how it occurs, and who is at risk. *AIDS Education and Prevention*, 14 (Suppl. B): 53-64.**

Il est évident que les comportements à risque élevé de transmission du VIH se manifestent en milieu carcéral; par contre, les données qui documentent de manière valide les cas de transmission du VIH en prison sont rares. Cette étude trouve de façon valide 33 personnes incarcérées dans un grand échantillon de personnes détenues dans des prisons d'État qui ont contracté le VIH lors de leur emprisonnement et présente des données sur la manière la plus probable dont elles l'ont contracté. De plus, elle compare ces personnes incarcérées à celles qui n'ont pas contracté le VIH en prison en fonction de l'âge, de la race et du niveau d'éducation. Le fait de documenter le fardeau posé par la transmission du VIH en milieu carcéral et de donner une idée de la façon dont les personnes contractent le VIH en prison ainsi que des types de personnes incarcérées qui sont à risque aidera les responsables de la santé publique et de la santé en milieu carcéral à réformer leurs pratiques existantes d'éducation et de prévention et, en fin de compte, à réduire ou à prévenir la transmission du VIH autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des prisons.

**Maguire H et coll. (1995). Testing in prison is uncommon (lettre). *British Medical Journal*, 310: 1265.**

La lettre souligne certaines des raisons qui font qu'il est difficile de mesurer l'incidence d'infection par VIH contractée en prison.

**Rosen HR (1997). Acquisition of hepatitis C by a conjunctival splash. *American Journal of Infection Control*, 9: 566-569.**

**Santé Canada – Agence de santé publique du Canada (2004). Transmission du virus de l'hépatite C au sein de la population carcérale. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 30(16): 141 à 148.**

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/04vol30/rm3016fa.html>

Le document offre un aperçu de la transmission du VHC en milieu carcéral.

## **Documents selon la région**

### **Les Amériques**

#### **L'Amérique central et l'Amérique du Sud**

**Burattini, M, et coll. (2000) Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica*, 34(5), 431-436.**

Des techniques mathématiques ont servi à estimer l'incidence en fonction du moment d'infection par VIH au sein de la population carcérale. L'analyse est fondée sur les résultats d'un sondage transversal effectué auprès d'un échantillon de 631 personnes incarcérées d'un important pénitencier de São Paulo. L'utilisation de techniques mathématiques [*Traduction*] « a fait naître des soupçons concernant la transmission active du VIH dans la prison ». La dérivation du ratio de la densité d'incidence a montré que le risque d'infection à VIH augmente en fonction du temps d'emprisonnement, atteignant son plus haut niveau autour de trois ans après l'incarcération.

**Diaz RS et coll. (1999). Use of a new “less-sensitive enzyme immunoassay” testing strategy to identify recently infected persons in a Brazilian prison: estimation of incidence and epidemiological tracing. *AIDS*, 13: 1417-1418**

Diaz et ses collaborateurs se sont servis d'une stratégie de dépistage au dosage immunoenzymatique moins sensible afin de trouver les personnes récemment infectées dans une prison brésilienne. Parmi les 846 personnes incarcérées, 113 (13,4 %) ont été déclarées séropositives pour le VIH. Des 78 personnes incarcérées séropositives pour le VIH pour qui le sérum était disponible à des fins de tests selon la stratégie de dépistage au dosage immunoenzymatique sensible, cinq avaient des infections récentes, probablement contractées dans la prison. Le taux annuel d'incidence du VIH chez les personnes incarcérées vulnérables était estimé à 2,8 % par année (IC à 95 % : 2.4 – 3.4 % par année).

**Guimaraes T et coll. (2001). High prevalence of hepatitis C infection in a Brazilian prison: identification of risk factors for infection. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 5(3): 111-118.**

**Hacker MA et coll. (2005). The role of “long-term” and “new” injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Use Misuse*, 40(1): 99-123.**

Entre octobre 1999 et décembre 2001, on a recruté 609 UDI anciens ou actifs de différentes communautés pour les interviewer et les tester pour le VIH. La régression logistique multiple a servi à déterminer des prédicteurs indépendants de l'état sérologique pour le VIH chez les nouveaux injecteurs et ceux de longue date. On a trouvé qu'au sein des injecteurs de longue date de sexe masculin, le fait de *s'être déjà injecté avec quelqu'un d'infecté au VIH* (rapport de cotes ajusté = 3,91; IC à 95 % : 1,09 – 14,06) et *d'avoir déjà été en prison* (rapport de cotes ajusté = 2,56; IC à 95 % : 1,05 - 6,24) étaient associés de manière significative à l'infection à VIH.

**Kallas EG et coll. (1998). HIV seroprevalence and risk factors in a Brazilian prison. *Braz J Infect Dis*, 2(4): 197-204.**

On a conçu l'étude pour déterminer la séroprévalence du VIH chez les personnes incarcérées à la Casa de Detencao de São Paulo et les facteurs de risque indépendants d'acquisition du VIH; ainsi que pour vérifier s'il y a eu transmission d'infection à VIH dans la prison. Du 20 décembre 1993 au 5 janvier 1994, on a interviewé 780 personnes incarcérées au moyen d'un questionnaire uniformisé et on leur a prélevé du sang pour des fins de dépistage du VIH. Parmi les 766 personnes incarcérées qu'on a testées, 105 (13,7 %) étaient séropositives et 24 (3,1 %) avaient des résultats de test indéterminés. L'analyse de régression logistique multivariée a déterminé les variables suivantes comme facteurs de risque indépendants de séropositivité pour le VIH : âge de moins de 29 ans; incarcération antérieure à la Casa de Detenca; plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année à la Casa de Detenca; et usage de drogues intraveineuses avant l'admission à la Casa de Detenca.

**Marins JR et coll. (2000). Seroprevalence and risk factors for HIV infection among incarcerated men in Sorocaba, Brazil. *AIDS and Behavior*, 4(1): 121-128.**

L'étude décrit la prévalence et les facteurs de risque pour l'infection à VIH parmi 1 059 détenus dans deux prisons de Sorocaba, au Brésil. On a évalué les données sociodémographiques, les antécédents d'incarcération ainsi que les expositions sexuelles et celles liées aux drogues au moyen d'un questionnaire rempli par l'intervieweur. On a détecté l'infection à VIH chez 115 (12,6 %) détenus. Soixante-six pour cent ont signalé qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec des visiteurs féminins et 10 % ont indiqué qu'ils avaient eu des rapports homosexuels avec d'autres détenus. Les prédicteurs indépendants d'infection par VIH étaient l'âge < 35 ans (RC = 1,9, IC à 95 %, 1,1 – 3,4), le lieu de naissance (personnes natives de Sorocaba; RC = 2,1, IC à 95 %, 1,2 – 3,8) et le nombre d'incarcérations antérieures (1 comparativement à 0) (RC = 1,7, IC à 95 %, 1,07 – 2,7).

**Massad E et coll. (1999). Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: Preponderance of parenteral transmission. *European Journal of Epidemiology*, 15(5): 439-445.**

L'article fournit une description détaillée des résultats cliniques et épidémiologiques de l'étude menée par Burattini et ses collaborateurs (2000, *supra*).

**Osti, NM et coll. (1999). Human Immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, State of Sao Paulo, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1999; 94(4): 479-83.**

Un total de 693 détenus masculins de trois pénitenciers, deux (A et B) à sécurité maximum et un (C) à sécurité minimum, situés à Campinas, au Brésil, ont fait l'objet d'une étude de présence d'anticorps anti-VIH, au moyen d'une conception transversale. La réactivité du sérum pour les anticorps anti-VIH était de 14,4%. On a trouvé la plus haute fréquence d'anti-VIH dans les prisons A et B à sécurité maximum : 17 % et 21,5 %, respectivement. Dans la prison C, la fréquence de réactifs était de 10,9 %. On a effectué une nouvelle vérification de 73 détenus, séronégatifs au départ, 5 et 7 mois plus tard. Trois d'entre eux, provenant tous des pénitenciers à sécurité maximum, sont devenus réactifs lors du test dosage immunoenzymatique sur microplaque] et la réactivité a été confirmée par transfert Western, ce qui suggérait que la conversion sérologique s'était produite après l'emprisonnement.

**Varella D et coll. (1996). HIV infection among Brazilian transvestites in a prison. *AIDS Patient Care STDS*, 10(5): 299-302.**

Quatre-vingts travestis masculins emprisonnés à la Casa de Detencao (São Paulo, Brésil) ont subi des tests de dépistage des anticorps anti-VIH et ont rempli un questionnaire portant sur leurs caractéristiques démographiques, leurs dossiers d'arrestation et d'emprisonnement, leurs pratiques sexuelles et leur usage de drogues. On a ensuite analysé les données afin d'évaluer l'incidence d'infection à VIH et son association aux divers facteurs liés au comportement et à d'autres facteurs. Parmi les 82 travestis, 64 (78 %, intervalle de confiance [IC] à 95 %, 67-87 %) étaient séropositifs pour l'infection à VIH. Les facteurs associés aux importantes différences dans la séropositivité entre les individus étaient le temps passé en prison et le nombre de partenaires sexuels au cours de l'année précédente.

## Le Canada

**Elwood Martin R et coll. (2005). Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2): 97-101.**

Des cliniciens et des cliniciennes qui travaillaient dans une prison pour femmes en Colombie-Britannique ont observé la séroconversion de l'hépatite C chez des détenues, et cela a mené à cette étude pour déterminer : les caractéristiques des femmes qui signalent l'usage de drogues illicites en prison et de celles qui ne le signalent pas; les tendances d'usage de drogues en prison; les facteurs associés à l'usage des drogues illicites qui pourraient contribuer à la transmission par le sang en prison. On a créé un ensemble de données provenant d'observations transversales à l'aide d'un sondage anonyme à remplir soi-même comportant 61 éléments. Il y avait 83 % des personnes incarcérées admissibles qui ont participé. Parmi elles, 93 % ont signalé des antécédents d'usage de drogues illicites, dont 70 % qui ont déclaré des antécédents d'usage de drogues injectables; 36 % ont admis qu'elles consommaient des drogues illicites en prison, et 21 % ont indiqué qu'elles faisaient usage de drogues injectables en prison. Il y avait 52 % des détenues qui ont signalé qu'elles étaient séropositives pour l'hépatite C et 8 % ont indiqué qu'elles étaient séropositives pour le VIH. Parmi les 22 femmes qui ont signalé l'usage de

drogues injectables en prison; 91 % ont révélé qu'elles étaient infectées à l'hépatite C; et 86 % ont déclaré qu'elles s'injectaient avec des aiguilles partagées en prison, avec ou sans nettoyage à l'eau de Javel. L'étude a conclu que [Traduction] « les prisons canadiennes sont des milieux à risque pour la transmission de pathogènes transmis par le sang et offrent des occasions pour des stratégies de réduction des méfaits ».

**Hagan H. (2003). The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning. *AIDS*, 17: 911-913.**

Hagan a effectué une évaluation externe des données présentées par Tyndall et ses collaborateurs (2003) et suggère que 21 % des infections à VIH parmi les UDI à Vancouver de 1996 à 2001 pourraient être attribuées à une infection contractée pendant l'incarcération.

**Service correctionnel Canada (1999). *Rapport sur le projet Springhill*. Ottawa : SCC.**

Un document qui compile divers rapports sur une intervention contre une écloserie dans une prison fédérale canadienne, l'établissement de Springhill.

**Tyndall et coll. (2003). Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS*, 17: 887-893.**

Cette étude d'UDI de Vancouver a démontré que le fait d'avoir été incarcéré au cours des six derniers mois était indépendamment associé au taux d'incidence d'infection par VIH extrêmement élevé. Cette association n'avait pas été étudiée à fond puisque l'objectif de l'étude était d'évaluer le risque de séroconversion du VIH lié à l'injection de la cocaïne. Néanmoins, une évaluation externe des données suggérait que 21 % des infections à VIH chez les UDI à Vancouver de 1996 à 2001 pourraient être attribuables à une infection durant l'incarcération (voir Hagan, 2003, *supra*).

**Wood E et coll. (2005). Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. *Public Health Reports*, 120: 150-156.**

Cette étude a trouvé que les UDI infectés à VIH étaient beaucoup plus susceptibles de signaler qu'ils avaient utilisé une seringue usagée lors du suivi de six mois s'ils avaient été incarcérés durant la même période. De façon similaire, parmi les individus qui étaient séronégatifs pour le VIH à l'origine, l'emprunt de seringues était extrêmement répandu chez les individus qui avaient été incarcérés pendant au moins une nuit à un certain moment durant la période de suivi. L'étude suggère que les observations antérieures de Tyndall et de ses collaborateurs, 2003 (voir *supra*) ne s'expliquent peut-être pas par le biais de sélection. De plus, elle fournit des preuves qui appuient la conclusion que le VIH pourrait être en train de se propager dans les prisons puisque l'étude a trouvé que les comportements qui peuvent contribuer directement à l'infection à VIH étaient fermement et indépendamment associés aux déclarations d'incarcération récente.

## Les États-Unis de l'Amérique

**Adimora AA et coll. (2000). Incarceration and heterosexual HIV infection among rural African Americans [abstract 486]. Dans : 7<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and**

**Opportunistic Infections: program and abstracts (San Francisco). Alexandria, VA : Foundation for Retroviruses and Human Health.**

Cette étude a montré que le fait d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire ayant des antécédents d'incarcération était le principal comportement à risque pour les femmes afro-américaines aux États-Unis chez qui une infection par VIH due à des rapports hétérosexuels était nouvellement détectée.

**Boutwell A, Rich JD (2004). HIV infection behind bars. *Clinical Infectious Diseases*, 38: 1761-1763.**

**Brewer TF et coll. (1988). Transmission of HIV-1 within a statewide prison system. *AIDS*, 2: 363-367.**

Brewer et ses collaborateurs ont testé 393 personnes incarcérées à deux reprises au Maryland en 1985 et ont trouvé deux personnes incarcérées qui avaient séroconverti en prison. Les personnes qui ont séroconverti avaient passé entre 60 et 146 jours en prison la dernière fois qu'elles avaient été déclarées négatives pour l'infection par VIH. Il n'a pas été possible de déterminer avec certitude qu'elles avaient contracté le VIH derrière les barreaux, même si c'était probable. Dans l'étude, les personnes incarcérées qui ont refusé de participer à l'étude ou celles que l'on a manquées lors du suivi étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir commis une infraction liée à la drogue, d'être noire ou d'avoir été condamnées à des peines de moins de cinq ans. Comme ces caractéristiques étaient associées à l'infection par VIH à l'entrée, il est probable que les individus les plus vulnérables à l'infection par VIH étaient sous-représentés dans cette étude. En se servant des résultats de cette étude, Hammett a calculé que jusqu'à 60 nouveaux cas d'infection à VIH se produisaient annuellement dans la population carcérale du Maryland (Hammett et coll., 1993).

**Castro K et coll. (1991). HIV transmission in correctional facilities. Présenté à la VII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, Florence, 16-21 juin 1991, p 314.**

La prévalence du VIH parmi les personnes entrant en prison en Illinois était de 3,9 % (n = 2 390) en 1989. Après une année en prison, huit personnes incarcérées avaient séroconverti. Les preuves de transmission en prison étaient solides, mais encore une fois, on ne pouvait pas exclure la possibilité qu'ils avaient contracté le virus avant l'incarcération. L'étude reposait sur le dépistage collectif de personnes incarcérées purgeant des peines d'au moins un an, c'est-à-dire que les personnes incarcérées condamnées à des peines à courte échéance étaient exclues.

**Centers for Disease Control (1986). Acquired Immunodeficiency Syndrome in correctional facilities: Report of the National Institute of Justice and the American Correctional Association. *Morbidity and Mortality Weekly Review*, 35 (12): 195-199.**

Une des premières études américaines sur l'incidence du VIH parmi les personnes incarcérées aux États-Unis. Le dépistage du VIH était offert en 1985 aux personnes incarcérées qui avaient été emprisonnées au Maryland depuis au moins sept ans. Environ un tiers des personnes incarcérées ont accepté de subir les tests. De celles-ci, deux (1 %) ont été déclarées séropositives pour le VIH. Les deux avaient été incarcérées depuis neuf ans.

**Centers for Disease Control and Prevention (2001). Hepatitis B outbreak in a state correctional facility, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(25): 529-532.**

**Éditeur (2004). Study links incarceration and HIV rates in black communities. *AIDS Policy & Law*, 19(6): 5.**

De nombreuses études ont documenté la prévalence du VIH dans les prisons, mais les chercheurs et les chercheuses ont maintenant établi un lien entre les taux d'emprisonnement parmi les personnes afro-américaines aux États-Unis et les taux élevés de VIH/sida dans les communautés afro-américaines en dehors des prisons.

Une étude menée par l'épidémiologiste James Thomas de l'Université de Caroline du Nord a trouvé une *forte corrélation* entre les taux d'incarcération et ceux de VIH et des maladies transmises sexuellement. Les chercheurs et les chercheuses ont noté qu'en Caroline du Nord, les personnes afro-américaines comptent pour plus de 70 % des cas de VIH/sida et environ 60 % des personnes incarcérées de l'État. À l'échelle nationale, plus de la moitié de toutes les nouvelles infections au VIH aux États-Unis se produisent chez les personnes afro-américaines, et les femmes afro-américaines constituent 72 % des nouveaux cas de VIH de toutes les femmes. Des 2,1 millions de personnes actuellement incarcérées aux États-Unis, 40 % sont afro-américaines.

**Fox et coll. (2005). Hepatitis C virus infection among prisoners in the California state correctional system. *Clinical Infectious Diseases*, 41(2): 177-186.**

Dans une étude d'infection à VHC chez les personnes incarcérées dans le système correctionnel de l'État de Californie, la prévalence globale d'infection à VHC était de 34,3 % et de 65,7 % chez celles qui avaient des antécédents d'usage de drogues injectables. Des corrélats indépendants d'infection à VHC parmi les personnes incarcérées qui faisaient usage de drogues injectables et celles qui n'en utilisaient pas comprenaient le temps cumulatif d'incarcération.

**Gauney W, Gido R (1986). *AIDS: a demographic profile of New York State inmates' mortalities 1981-1985*. New York : New York State Commission of Correction.**

Dans l'État de New York, on a trouvé six personnes incarcérées séropositives pour le VIH qui avaient été incarcérées sans interruption avant que l'infection soit devenue prévalente dans leurs collectivités.

**Gendney K (1999). State of Nevada Department of Prisons, unpublished data.**

May et Williams (*infra*, 2002) font référence à ces données non publiées. Entre 1985 et 1988, l'État du Nevada a testé approximativement 13 000 personnes incarcérées lors de leur entrée dans le système carcéral et lors de leur mise en liberté et a trouvé que 12 (0,09 %) personnes incarcérées avaient séroconverti.

**Horsburgh CR, JQ Jarvis, T MacArthur, T Ignacio, P Stock (1990). Seroconversion to Human Immunodeficiency virus in prison inmates. *American Journal of Public Health*, 80(2): 209-10.**

Des tests répétés sur 1 069 personnes incarcérées au Nevada en 1985 ont révélé que trois personnes incarcérées avaient séroconverti en prison. Les trois qui ont séroconverti avaient passé une période relativement courte en prison au moment où leurs tests s'étaient révélés négatifs pour l'infection à VIH, et il se pourrait que certaines d'entre elles aient été infectées avant d'être emprisonnées. Les auteurs de l'étude ont conclu que la transmission du VIH parmi les personnes incarcérées était rare au Nevada.



**Kelley PW et coll. (1986). Prevalence and incidence of HTLV-111 infection in a prison. *Journal of the American Medical Association*, 256(16): 2198-99.**

La première étude à enquêter sur la séroconversion du VIH dans les prisons. Parmi les 913 personnes incarcérées dans une prison à sécurité maximum aux États-Unis, 1 % était séropositif pour le VIH en 1983. Des tests répétés sur 542 personnes incarcérées qui sont restées en prison n'ont révélé aucun cas de séroconversion du VIH. Toutefois, l'échantillon était atypique des populations carcérales, avec une sous-représentation des personnes condamnées pour une infraction liée aux drogues (15 %) et une surreprésentation (38 %) des délinquantes et délinquants sexuels. De plus, les personnes incarcérées en sécurité maximum ont souvent des occasions limitées de fréquenter d'autres personnes incarcérées et de se livrer à des comportements à risque.

**Khan AJ et coll. (2005). Ongoing Transmission of Hepatitis B Virus Infection among Inmates at a State Correctional Facility. *Am J Public Health*, 95: 1793-1799.**

L'étude cherchait à déterminer la prévalence d'infection par le VHB, les expositions associées et l'incidence parmi les détenus masculins à un établissement correctionnel d'État. On a mené une enquête sérologique transversale en juin 2000, et les détenus vulnérables ont à nouveau subi des tests en juin 2001. À l'origine, 230 détenus (20,5 %; intervalle de confiance [IC] à 95 % = 18,2 %; 22,9 %) présentaient des signes d'infection par VHB, y compris 11 infections aiguës et 11 chroniques. Les détenus infectés par VHB étaient plus susceptibles de s'être injectés des drogues (38,8 % comparativement à 18,0 %; le rapport de cotes ajusté = 3,0; IC à 95 % = 1,9; 4,9), d'avoir eu plus de 25 partenaires sexuelles féminines (27,7 % comparativement à 17,5 %; prévalence ajustée rapport de cotes ajusté = 2,0; 95 % IC = 1,4; 3,0), et d'avoir été incarcérés plus de 14 ans (38,4 % comparativement à 17,6 %; prévalence ajustée RC = 1,7; IC à 95 % = 1,1, 2,6). Un an plus tard, 18 (3,6 %) présentaient des signes d'une nouvelle infection par VHB. Parmi 19 individus infectés, une analyse moléculaire a identifié deux groupes de 10 détenus, ayant chacun une séquence VHB unique. L'étude a documenté la transmission continue du VHB dans un établissement correctionnel d'État et a conclu qu'une transmission semblable pourrait se produire dans d'autres établissements correctionnels aux États-Unis et pourrait être prévenue en vaccinant les personnes incarcérées.

**Macalino GE et coll. (2004). Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. *American Journal of Public Health*, 94(7): 1218-1223.**

L'étude a observé la prévalence pour 4 269 détenus lors de leur entrée au Rhode Island Adult Correctional Institute entre 1998 et 2000 et l'incidence parmi 446 personnes incarcérées sans interruption (pour 12 mois ou plus). La prévalence du VIH, du VHB et du VHC était de 1,8 %, de 20,2 % et de 23,1 % respectivement. L'incidence pour 100 personnes-années était de 0 pour le VIH, de 2,7 pour le VHB et de 0,4 pour le VHC.

**Mutter RC, RM Grimes, D Labarthe. Evidence of intraprisoon spread of HIV infection. *Archives of Internal Medicine* 1994; 154: 793-795.**

On a repéré toutes les personnes incarcérées dans le Florida Department of Corrections qui étaient incarcérées sans interruption depuis 1977. On a examiné les dossiers médicaux de ces personnes incarcérées pour déterminer si elles avaient subi des tests de dépistage pour l'infection à VIH et dans l'affirmative, si les résultats étaient positifs. Ils étaient considérés comme étant

positifs s'il y avait des réactions à deux dosages immunoenzymatiques confirmées par transfert Western. Si le test d'un individu était positif, le dossier médical était examiné pour déterminer si le patient avait été soigné pour des conditions qui correspondaient à l'infection à VIH. Les résultats présentent des preuves solides de transmission de l'infection à VIH en milieu carcéral. Étant donné que la plupart des personnes incarcérées purgent des peines relativement courtes, il y a une bonne possibilité que l'infection par VIH contractée en prison soit transportée dans le *monde libre*. Des programmes de prévention dans les prisons pourraient être importants pour le contrôle de l'infection à VIH dans notre société.

**Rich JD et coll. (1999). Prevalence and incidence of HIV among incarcerated and reincarcerated women in Rhode Island. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 22: 161-166.**

Cette étude explore les tendances temporelles récentes concernant la prévalence du VIH chez les femmes entrant en prison ainsi que l'incidence et les facteurs de risque associés parmi les femmes réincarcérées au Rhode Island. On a examiné les résultats des tests obligatoires de dépistage du VIH entre 1992 et 1996 pour toutes les femmes incarcérées. De plus, on a mené une étude de contrôle de cas sur toutes celles qui ont séroconverti entre 1989 et 1997. En tout, on a fait subir 5 836 tests de dépistage du VIH au moment de l'incarcération à 3 146 femmes, dont 105 étaient séropositives (prévalence de 3,3 %). Entre 1992 et 1996, la prévalence annuelle du VIH parmi toutes les femmes de séropositivité connue était stable ( $p = 0,12$ ). On a associé l'âge > 25 ans, la race non blanche et l'incarcération antérieure à la séropositivité. Parmi 1 081 femmes initialement séronégatives qui ont à nouveau subi des tests lors de la réincarcération, 12 ont séroconverti dans une période de 1 885 personnes-années (PA) de suivi (incidence, 0,6/100 PA). L'usage de drogues injectables autodéclaré (UDI; rapport de cotes (RC), 3,7; intervalle de confiance (IC) à 95 %, 1,3 -10,1) était associé de façon significative à la séroconversion, mais le risque sexuel ne l'était pas (RC, 1,1; intervalle de confiance (IC) à 0,4 -3,5). L'incarcération sert d'occasion pour commencer le traitement et le lien aux services communautaires pour une population qui est à risque élevé d'infection par VIH. Cette étude démontre qu'au Rhode Island, le temps passé dans la collectivité, plutôt qu'en prison, expose répétitivement les femmes incarcérées au risque d'infection à VIH.

**Samuel MC et coll. (2001). Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited injecting drug users in New Mexico, USA. *Epidemiology and Infection*, 127(3): 475-484.**

Cette étude montre que le fait de recevoir un tatouage dans un établissement correctionnel était associé aux infections par le VHB et par le VHC.

**Tsang T, Horowitz E, Vugia D (2001). Transmission of hepatitis C through tattooing in a United States prison. *American Journal of Gastroenterology*, 96 (4): 1304-1305.**

**Vlahov D et coll. (1993). Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among male prison inmates in Maryland. *European Journal of Epidemiology*, 5: 566-569.**

Afin de déterminer l'incidence d'anticorps anti-VHC parmi 265 détenus masculins, Vlahov et ses collaborateurs ont dosé des échantillons appariés de sérum obtenus à l'entrée entre 1985 et 1986 avec des échantillons de suivi en 1987. La prévalence à l'entrée était de 38 %. La séroincidence était de 1,1/100 personnes-années en prison. Selon les auteurs, cette constatation

[Traduction] « pourrait refléter une saturation de sous-groupes à risque élevé ou possiblement une fréquence réduite d'exposition à la suite de l'incarcération ».

## **La Méditerranée orientale**

**Zamani S et coll. (2005). Prevalence of factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centres in Tehran, Iran. *AIDS*, 19(7): 709-716.**

Parmi les injecteurs de sexe masculin dont la prévalence du VIH-1 était de 15,2 %, des antécédents d'injection partagée en prison (ratio d'incidence ajusté (RCA, 12,37; IC à 95 %, 2,94-51,97) était le facteur principal associé à l'infection par VIH-1. L'étude a conclu qu'il faudrait élargir les programmes de réduction des méfaits de toute urgence, surtout dans les milieux carcéraux.

## **L'Europe**

### **L'Europe occidentale et du Sud**

**Allright S et coll. (2000). Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321: 78-82.**

**Anon C et coll. (1995). [Le virus de l'hépatite C dans la population carcérale à Valencia] (Article en espagnol). *Rev Esp Enferm Dig*, 87(7): 505-508.**

On a entrepris cette étude en 1991 auprès de 750 personnes incarcérées à Valencia. On a trouvé que l'infection par VHC était en corrélation avec le nombre d'emprisonnements et leur durée.

**Arrada A, Zak Dit Zbar O, Vasseur V (2001). Prevalence of HBV and HCV infections and incidence of HCV infection after 3, 6 and 12 months detention in La Santé prison, Paris. *Ann Med Interne*, 152 Suppl 7: 6-8. [Titre français : Évaluation de la prévalence des infections à VHB et VHC et de l'incidence de l'infection à VHC après 3 mois, 6 mois et 1 an de détention, chez des détenus incarcérés à la Maison d'Arrêt de Paris - La Santé.]**

En juin 1998, on a lancé un programme de dépistage afin de déterminer la prévalence d'infection par VHB et par VHC chez les détenus et de déterminer l'incidence après 3 mois, 6 mois et 12 mois de détention. On a proposé le programme de dépistage à 900 individus détenus dans une prison de Paris (Maison d'arrêt de Paris-La Santé) du 3 juin au 10 novembre 1998. Le programme comprenait la sérologie de l'hépatite B et de l'hépatite C à l'incarcération. Pour les individus qui étaient séronégatifs pour le VHC à l'incarcération, une nouvelle sérologie pour le VHC était proposée après 3 mois, 6 mois et 12 mois de détention. On avait postulé que la contamination au VHC pourrait se produire durant l'incarcération (seringues, partage, tatouage). Après un an d'incarcération, on n'a observé aucune séroconversion du VHC parmi les détenus dans cette étude. On devrait interpréter ces résultats avec circonspection en raison des conditions

particulières de détention à la prison concernée qui soulèvent d'importantes questions de méthodologie concernant ce type d'enquête.

**Babudieri S et coll. (2005). Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: Results from a multicentre study in Italy. *Journal of Medical Virology*, 76 (3): 311-317.**

On a entrepris une étude transversale sur les corrélats d'infection pour le VIH, le VHB, et le VHC dans un échantillon de personnes incarcérées de huit prisons italiennes. Neuf cent soixante-treize personnes incarcérées ont été inscrites (87,0 % hommes, âge moyen 36 ans, 30,4 % usagers de drogues intraveineuses (UDI), 0,6 % hommes qui avaient eu des rapports sexuels avec des hommes). Dans cet échantillon, on a trouvé des taux de séroprévalence élevés (VIH : 7,5 %; VHC : 38,0 %; anti-HBc : 52,7 %; HBsAg : 6,7 %). La séropositivité pour le VIH et le VHC était fortement associée à l'usage de drogues intraveineuses (RC : 5,9 pour le VIH; 10,5 pour le VHC). Après l'exclusion des UDI et des hommes homosexuels, la prévalence du VIH est quand même demeurée assez élevée (2,6 %). Les tatouages étaient associés à la séropositivité pour le VHC (RC : 2,9). Le nombre d'emprisonnements était associé à l'infection par VIH, alors que la durée de l'emprisonnement était associée seulement à l'anti-HBc. En conclusion, on a observé la prévalence élevée d'infection par VIH, par VHC, et par VHB parmi les personnes incarcérées. La fréquence d'emprisonnement et les tatouages étaient associés à la séropositivité pour le VIH et le VHC, respectivement. Même s'il est possible que la population étudiée ne soit pas représentative de la population carcérale des prisons d'Italie, les résultats soulignent le besoin d'améliorer les mesures de contrôle d'infection dans les prisons.

**Bath G et coll. (1993). Imprisonment and HIV prevalence. *The Lancet*, 342(8883): 1368.**

Cette lettre est une réponse à la lettre de Pickering et Stimson, *Syringe sharing in prison* (voir *infra*). L'auteur soutient que la surveillance rigoureuse ne prévient pas l'injection dans les prisons. Il mentionne que l'association entre l'emprisonnement et la séropositivité pour le VIH est peut-être le résultat d'un facteur de confusion qui mène autant à la séropositivité pour le VIH qu'à l'emprisonnement. Par exemple, le comportement dangereux pourrait exposer un usager ou une usagère de drogues au risque des deux conséquences. Toutefois, vu les signes d'usage de drogues dans les prisons, l'emprisonnement pourrait très bien avoir été un facteur dans la propagation du VIH.

**Bellis M et coll. (1997). Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison. *British Medical Journal*, 315: 30-31.**

On a demandé à des personnes récemment arrivées en prison qui y étaient pour la première fois pour leur détention préventive actuelle de remplir un bref questionnaire anonyme concernant leur comportement sexuel et lié aux drogues. De plus, on leur a demandé de fournir des échantillons de salive. Cette étude a examiné le rôle potentiel des prisons de l'Angleterre dans la transmission liée aux drogues du VIH et d'autres virus transmissibles par le sang. On a conclu que même si l'emprisonnement pourrait faire réduire le nombre de personnes qui s'injectent des drogues, il reste encore un risque accru d'infection chez les personnes qui s'injectent en prison.

**Champion J et coll. (2004). Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 159: 514-519.**

Afin de mesurer l'incidence d'infection par VHC et les facteurs de risque associés parmi les détenus durant leur emprisonnement, les auteurs ont recruté des hommes adultes dans une prison écossaise de long séjour pour une étude de cohortes entre avril 1999 et octobre 2000. À deux occasions (à 0 et à 6 mois), on a prélevé de la salive pour des tests anonymes de dépistage d'anticorps anti-VHC. Pour les prisonniers qui ont déclaré qu'ils ne s'étaient jamais injectés de drogue, s'étaient déjà injectés des drogues, s'étaient injectés des drogues durant le suivi, et avaient partagé des aiguilles ou des seringues durant le suivi, les incidences du VHC pour 100 personnes-années de risque d'incarcération étaient de 1, 12, 19, et 27, respectivement. Le fait de s'être déjà injecté des drogues (risque relatif = 13,0, IC à 95 % : 1,5, 114,3) et d'avoir partagé des aiguilles ou des seringues durant le suivi (risque relatif = 9,0, IC à 95 % : 1,1, 71,7) était associé de façon significative à la séroconversion du VHC.

**Christensen P et coll. (2000). Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *European Journal of Epidemiology*, 16(11): 1043-1049.**

Christensen et ses collaborateurs ont mené une étude prospective dans une prison danoise à sécurité moyenne pour hommes. On a offert aux détenus une entrevue et un test de sang pour l'hépatite et le VIH à l'admission ainsi qu'à leur libération de prison ou à la fin de l'étude. Des 403 détenus disponibles, 325 (79 %) ont participé au sondage initial et pour 142 (44 %) un test de suivi était disponible. Quarante-trois pour cent (140/325) des participants étaient des UDI dont 64 % étaient séropositifs pour le VHB et 87 % pour les marqueurs du VHC. Aucun cas de VIH n'a été trouvé. Trente-deux pour cent de tous les prisonniers pouvaient transmettre le VHB ou le VHC par le contact de sang. Soixante-dix pour cent des UDI avaient partagé le matériel d'injection, et 60 % s'étaient injectés à l'intérieur de la prison. Seulement 2 % des UDI étaient vaccinés contre le VHB. La durée de l'usage des drogues injectables, le nombre d'emprisonnements, et l'injection en prison étaient indépendamment et positivement associés à la présence des anticorps anti-VHB parmi les UDI selon l'analyse de régression logistique. L'incidence du VHB était de 16/100 PY (IC à 95 % : 2-56/100 PY) et l'incidence du VHC de 25/100 PY (1-140) parmi les UDI. Les auteurs ont conclu que les UDI en prison ont une incidence d'hépatite B et C 100 fois plus élevée que signalée dans la population générale danoise; qu'ils devraient être vaccinés contre l'hépatite B; et qu'il y a un besoin urgent de nouvelles initiatives visant à arrêter le partage du matériel d'injection à l'intérieur et à l'extérieur de prison.

**Christie B (1993). HIV outbreak investigated in Scottish jail. *British Medical Journal*, 307: 151-152.**

**Davies A et coll. (1995). HIV and injecting drug users in Edinburgh: Prevalence and correlates. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Human-Retroviral*, 8: 399-405.**

Un échantillon provenant de partout dans la ville d'usagers et d'usagères de drogues injectables qui s'étaient injectés au cours des six derniers mois a été invité à remplir un questionnaire sur l'usage de drogues, le partage de seringues, le comportement sexuel et l'emprisonnement. On a trouvé une association significative entre l'infection par VIH et le fait d'avoir entre 27 et 36 ans, de s'être injecté pour la première fois entre 1975 et 1980 et de s'être injecté durant 1980-1987 en particulier, d'avoir partagé le matériel, **d'avoir été emprisonné** et enfin, d'être résident d'Édimbourg du Nord. Les auteurs ont conclu que [Traduction] « les résultats suggèrent que le

potentiel de transmission du VIH par le matériel contaminé existe encore à Édimbourg, surtout en prison, où les UDI n'ont pas accès à de nouvelles aiguilles et seringues.

**Estebanez PE et coll. (1990). Jails and AIDS. Risk factors for HIV infection in the prisons of Madrid. *Gaceta sanitaria*, 4(18): 100-105.**

L'étude a trouvé que le tatouage était un facteur de risque indépendant pour l'infection par VIH chez un groupe de 383 prisonniers et prisonnières à Madrid, en Espagne.

**Estebanez PE et coll. (2000). Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *International Journal of Epidemiology*, 29: 734-43.**

On a entrepris une étude transversale multicentrique afin d'explorer la multitude de facteurs possibles associés au VIH dans une population d'usagères de drogues injectables. On a mené des entrevues directes auprès de 1 198 usagères de drogues injectables recrutées dans une variété de milieux à Paris, à Madrid, à Rome, à Londres et à Berlin. On a déterminé leur état sérologique pour le VIH au moyen d'analyses de détection d'anticorps effectuées sur des échantillons de sang ou de salive ou de confirmation écrite de résultats de dépistage du VIH d'un médecin. Un modèle de régression logistique hiérarchique a servi à déterminer les associations directes et indirectes entre les facteurs socioéconomiques, la marginalisation et le comportement à risque à la prévalence du VIH. La prévalence du VIH dans l'échantillon d'usagères de drogues injectables était de 27,8 % (variation : 1,4 % à Londres et 52,6 % à Madrid). Les facteurs indépendamment associés à la prévalence du VIH dans l'analyse de régression comprenaient l'emprisonnement antérieur (RC = 1,4).

**Goldberg D. Outbreak of HIV infection in a Scottish prison: why did it happen? *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 1996; 2(3): 13-14.**

Disponible au [www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/April1996/14avrilE.html](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/April1996/14avrilE.html).

Le compte rendu expliquant l'éclosion d'infection par VIH qui s'est produite dans une prison écossaise (voir Taylor, *infra*).

**Goldberg D et coll. (1998). A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *Int J STD AIDS*, 9(1): 25-30.**

**Gore S, A Bird (1993). Transmission in jail. Prisons need protocols for HIV outbreaks. *British Medical Journal*, 307: 147-148.**

L'article fait référence à l'éclosion de l'hépatite B et de transmissions du VIH dans une maison de détention écossaise. On indique que les services pénitentiaires ont travaillé fort pour éduquer les détenus à éviter l'infection par VIH mais, contrairement aux autres citoyens et citoyennes, les personnes incarcérées se voient refuser l'accès aux condoms et ne peuvent pas désinfecter les aiguilles qu'elles pourraient utiliser. Presque la moitié des adultes incarcérés à Édimbourg qui s'injectaient l'avaient fait durant leur incarcération; en octobre 1992, un sixième des 16 à 20 ans dans la plus importante institution pour jeunes délinquants masculins à Polmont, en Écosse, étaient des injecteurs, dont un quart s'étaient injectés pendant qu'ils purgeaient leurs peines en prison. En dehors de prison, les échanges d'aiguilles étaient bien établis, et c'est la possession de drogues injectables interdites et non l'injection comme telle, qui est contre la loi. Une peine de prison, interdisant l'accès aux aiguilles propres pour les injecteurs, peut devenir une peine de mort.

La deuxième réalisation des services pénitentiaires est d'avoir encouragé des membres de l'administration bénévoles à recevoir une formation de conseiller en matière de VIH pour que des tests personnels et confidentiels de dépistage du VIH soient offerts aux détenus. Les études menées par des équipes de recherche indépendantes ont montré que les détenus sont plus susceptibles que la population libre de s'injecter des drogues, d'avoir de nombreuses partenaires sexuelles féminines, et d'avoir eu des rapports sexuels avec d'autres hommes. Les répercussions claires pour la santé publique de cette recherche sont que les personnes incarcérées ont un plus grand besoin que la population générale de moyens pratiques de réduction des méfaits; donc de condoms ainsi que de programmes de réhabilitation pour les usagers et les usagères de drogues. On conclut que [*Traduction*] « l'éducation en matière de VIH à elle seule ne suffit pas pour échapper à la peine de mort par transmission du VIH en prison ».

**Gore S et coll. (1995). Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *British Medical Journal*, 310, 293-296.**

L'objectif était de déterminer la prévalence de l'infection par VIH et du comportement lié à l'injection de drogues parmi les détenus à la prison de Glenochil à une date précise un an après l'écllosion de l'hépatite B et de l'infection par VIH. On a utilisé un concept transversal : la surveillance d'anticorps anti-VIH salivaires volontaire et anonyme et un questionnaire sur les facteurs de risque auto-rempli relié. Des 352 détenus à la prison de Glenochil, 295 (84 %) ont participé, et 284 questionnaires (96 %) ont passé le test de logique. La principale mesure des résultats était la prévalence du VIH; la proportion de tous les détenus qui s'étaient déjà injectés des drogues, s'étaient déjà injectés en prison, et avaient commencé à utiliser les drogues injectables lorsqu'ils étaient en prison.

Plus de la moitié (150/284) des détenus qui ont participé avaient aussi été à la prison de Glenochil Prison durant la période critique de janvier à juin 1993, lorsque l'hépatite B et le VIH avaient été transmis. Un quart des usagers de drogues injectables (18/72) s'étaient injectés pour la première fois en prison. Lorsqu'on a effectué des tests de dépistage du VIH, sept échantillons de salive sur 293 se sont révélés positifs; quatre étaient présumés être des personnes dont l'infection par VIH était connue, et les autres provenant de personnes qui font usage de drogues injectables à Glasgow, dont tous avaient été à Glenochil de janvier à juin 1993, lorsque deux des trois s'étaient injectés des drogues et avaient subi des tests de dépistage du VIH qui s'étaient révélés négatifs. Pour les hommes qui s'étaient injectés des drogues à Glenochil durant janvier à juin 1993, la prévalence du VIH était estimée à 29 %. Entre un quart et un tiers des détenus qui s'étaient injectés des drogues à Glenochil de janvier à juin 1993 étaient infectés au VIH.

**Gore SM, Bird A (1998). Study size and documentation to detect injection-related hepatitis C in prison. *QJM*, 91(5): 353-357.**

Les auteurs se sont servis de données existantes sur la prévalence d'hépatite C, la transmission d'hépatite C liée à l'injection, l'usage d'aiguilles dans les prisons et de nouvelles données sur la nature infectieuse, pour estimer l'ampleur de l'étude requise pour détecter l'hépatite C liée à l'injection dans les prisons du Royaume-Uni. Une étude pilote de 500 personnes incarcérées suivi pendant 10 semaines auraient 65 % de chance de détecter une séroconversion de l'hépatite C, en supposant une injection par personne par semaine, et un taux de transmission de

3 % par injection, mais une incertitude pourrait persister à savoir si la transmission s'était produite pendant ou avant une incarcération de courte durée. Si le taux de transmission réel était de 10 %, tel qu'il a été documenté récemment, une telle étude aurait plus de puissance statistique adéquate. On pourrait s'attendre à ce qu'une étude définitive de 3 000 personnes incarcérées pendant 10 semaines détecte environ six séroconversions, même avec des estimations conservatrices de la fréquence d'injection et le taux de transmission. Selon les auteurs, le concept et la puissance adéquats de ces études sont importants à cause du relâchement de la vigilance que pourraient entraîner des faux négatifs. Ils suggèrent six thèmes de facteur de risque que les études devraient documenter.

**Granados et coll. (1990). HIV seropositivity in Spanish prisons. Présenté à la VI<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, San Francisco. Résumé n° Th.D.116.**

En Espagne, on a associé l'infection par VIH à l'emprisonnement.

**Holsen et coll. (1993). Prevalence of antibodies to hepatitis C virus and association with intravenous drug abuse and tattooing in a national prison in Norway. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 12(9): 673-676.**

Holsen et ses collaborateurs ont effectué une étude afin de déterminer la prévalence d'anticorps anti-VHC, les facteurs de risque d'infection par VHC et les marqueurs de maladies hépatiques dans la population carcérale. Quarante-six pour cent des personnes incarcérées comprises dans cette étude étaient séropositives pour les anticorps anti-VHC. L'usage de drogues intraveineuses était le facteur de risque prédominant pour l'infection par VHC, même si l'on a trouvé au moyen d'analyse de régression logistique que des antécédents de tatouage étaient un facteur de risque indépendant de l'usage de drogues intraveineuses. L'article mentionne que la plupart des personnes incarcérées séropositives pour les anticorps anti-VHC avaient des antécédents d'incarcération antérieure.

**Jürgens R. Preuve inquiétante de la transmission du VIH dans les prisons. *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 1995; 1(2): 2-3.**

L'article présente des données provenant d'une étude entreprise dans une prison écossaise (voir Taylor, *infra*) qui a fourni des preuves définitives que des éclosions d'infection par VIH peuvent se produire et se produiront à moins que la prévention du VIH soit prise au sérieux. Il soulève la question de responsabilité morale et légale des gouvernements et des responsables d'administration pénitentiaires de la propagation du VIH et du VHC parmi les personnes incarcérées et au public.

**Keppler K, Nolte F, Stöver H. Transmission of Infectious Diseases in Prison: Results of a Study in the Prison for Women in Vechta, Lower Saxony, Germany. Publié originalement en allemand dans *Sucht* 1996; 42(2): 98-107. Voir aussi Keppler K et Stöver H. (1999). Transmission of infectious diseases during imprisonment – results of a study and introduction of a model project for infection prevention in Lower Saxony.**

**Gesundheitswesen, 61(4): 207-213 [article en allemand]. Résumé en anglais dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 1996; 2(2), 18-19 (Disponible au [www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/January1996/17studieE.html](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/January1996/17studieE.html))**



Les résultats d'une étude allemande, effectuée dans une prison pour femmes à Vechta, ont montré qu'au moins 20 femmes avaient définitivement été infectées pendant qu'elles étaient en prison. On a examiné 1 032 dossiers de santé pour évaluer des données sur la prévalence du VIH, de l'hépatite A, B et C, et de la syphilis chez les prisonnières entre 1992 et 1994. Environ un tiers de la population étudiée était des UDI, et 74 % avaient subi des tests de dépistage des maladies infectieuses mentionnées ci-dessus au moins une fois. La prévalence de maladies infectieuses était comme suit :

- Le VIH : 4,9 % parmi les UDI, 0,5 % parmi les non UDI
- L'hépatite A : 65,6 % parmi les UDI, 34,7 % parmi les non UDI
- L'hépatite B : 78 % parmi les UDI, 12,7 % parmi les non UDI
- L'hépatite C : 74,8 % parmi les UDI, 2,9 % parmi les non UDI
- La syphilis : 4,5 % parmi les UDI, 5,1 % parmi les non UDI

On a examiné les dossiers des prisonnières qui ont subi au moins deux tests pour la même maladie pour déterminer si la séroconversion s'était produite durant des peines de prison non interrompues. Pour 41 UDI, on pouvait documenter la séroconversion; de celles-ci, 20 (48,8 %) avaient définitivement été infectées pendant qu'elles étaient en prison.

**Koulierakis G et coll. (2000). HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction*, 95(8):1207-16.**

L'étude visait à déterminer les corrélats d'usage de drogues injectables en prison. On a entrepris une étude transversale nationale dans dix prisons grecques, se servant d'un échantillon représentatif de 1 000 détenus masculins. Huit cent soixante et un questionnaires ont été remplis et analysés. Deux cent quatre-vingt-dix détenus (33,7 %) ont indiqué qu'ils s'étaient injectés des drogues à un moment donné dans leur vie, dont 174 (60 %) s'étaient injectés pendant qu'ils étaient emprisonnés. Parmi ceux qui s'étaient injectés en prison, 145 (83 %) avaient partagé le matériel durant leur incarcération. L'analyse de régression logistique suggérait que le temps total passé en prison, une ou des infractions antérieures en matière de drogue, le fait d'être condamné détenu (par opposition à être en détention provisoire) et d'avoir de multiples partenaires sexuelles féminines un an avant l'incarcération étaient des corrélats significatifs de comportement à risque pour le VIH. Pour chaque année d'emprisonnement, le risque d'injection en prison augmentait d'environ 17 % [RC = 1,17 (IC à 95 % : 1,07-1,27)]. Les détenus qui avaient des condamnations antérieures liées aux drogues étaient deux fois plus susceptibles de s'injecter en prison [RC = 1,97 (IC à 95 % : 1,16-3,33)]. Enfin, les détenus condamnés étaient marginalement ou considérablement plus enclins à s'injecter en prison [RC = 1,58 (IC à 95 % : 0,92-2,74)]. L'étude a conclu que les variables liées à la carrière carcérale ont une influence sur les comportements à risque pour le VIH en prison; et qu'il y a un besoin d'aider les UDI à réduire la probabilité de comportement à risque élevé en considérant les facteurs tels que la fréquence d'incarcération, la durée de l'incarcération et la disponibilité des programmes de désintoxication en prison.

**Malliori M et coll. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998; 93(2): 243-251.**

**Martin V et coll. (1998) Predictive factors of HIV-infection in injecting drug users upon incarceration. *European Journal of Epidemiology*, 14(4): 327-331.**

L'objectif était de déterminer les prédicteurs d'infection par VIH chez les personnes qui font usage de drogues injectables au moment de l'incarcération. On a étudié 639 UDI ou ex-UDI admis dans une prison provinciale dans le Nord-ouest de l'Espagne entre le 1 janvier 1991 et le 31 décembre 1995. La prévalence d'infection par VIH était de 46,9 %. Pour les personnes incarcérées pour la première fois, la prévalence a chuté de 38 % en 1991 à 19 % en 1995. Celles qui avaient des antécédents d'incarcérations multiples et de peines de prison à long terme étaient associées à un risque plus élevé d'infection par VIH.

**McBride AJ, Ali IM, Clee W (1994). Hepatitis C and injecting drug use in prisons. *British Medical Journal*, 309: 876.**

Les auteurs ont mesuré les anticorps anti-VHC chez 157 UDI à Mid Glamorgan (Grande-Bretagne) dont les antécédents d'emprisonnement étaient connus. De ces personnes qui avaient des antécédents d'emprisonnement, 46 % avaient des anticorps comparativement à 29 % de celles qui n'avaient pas d'antécédents d'emprisonnement ( $X^2=4,87$ ,  $df=1$ ,  $P<0.05$ ).

**McKee KJ, Power KG (1992). HIV/AIDS in prisons. *Scottish Medical Journal*, 37: 132-137.**

Les auteurs suggèrent que l'emprisonnement pourrait réduire, plutôt qu'augmenter, le risque global de transmission du VIH.

**Medley G, KA Dolan, G Stimson (1993). A model of HIV transmission by syringe sharing in English prisons using surveys of injecting drug users. Présenté à la VIII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, Amsterdam, résumé n° MoD 0038, p 75.**

Se servant d'un modèle mathématique, cette étude a calculé le niveau de transmission dans une prison en Angleterre. Elle a estimé le nombre de personnes incarcérées ayant des antécédents d'usage de drogues injectables, le nombre de personnes ayant continué de s'injecter en prison, et la proportion qui partageait des seringues. La prévalence du VIH et le nombre de seringues en circulation ont été pris en considération. L'étude a estimé que deux pour cent des personnes qui partageaient des seringues deviendraient infectées chaque année. Voir aussi Dolan, Kaplan, Wodak, Hall et Gaughwin, 1994, pour une étude très semblable en Australie.

**Muller R et coll. (1995). Imprisonment: A risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS*, 9: 183-190.**

Une étude transversale multi-site a été menée au moyen de questionnaires uniformisés et d'échantillons de sang et de salive d'UDI à Berlin pour examiner les changements de comportement à risque pour l'infection par VIH ainsi que ses déterminants. On a porté une attention particulière aux modèles de risque spécifiques associés à l'emprisonnement. La recherche a démontré que le partage des aiguilles en prison était le plus important facteur de risque pour l'infection par VIH. Au total, 58 % des UDI ont signalé des comportements à risque réduits, plutôt en raison de changements du comportement lié à l'injection qu'aux pratiques sexuelles. Cela suggérerait que l'information, les campagnes et les autres mesures de prévention semblent avoir sensibilisé les UDI. Cependant, la situation dans les prisons, à savoir le manque

de matériel d'injection stérile et l'inexistence de désinfectant efficace, va à l'encontre des méthodes de prévention mises en oeuvre à l'extérieur des prisons. Une des tâches importantes des stratégies futures devrait être de donner les moyens aux UDI d'éviter la transmission du VIH pendant qu'ils sont en prison.

**Pallas JR et coll. (1999). Coinfection by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drug users. *European Journal of Epidemiology*, 15(8): 699-704.**

Cette étude, entreprise dans deux prisons dans le nord de l'Espagne, a montré que la réincarcération et l'injection à long terme étaient les premiers facteurs de risque de coinfection pour le HBC-VHC et le VIH-VHB-VHC chez les personnes incarcérées UDI.

**Pallas JR et coll. (1999). Risk factors for mono-infections and co-infections with HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in northern Spanish prisoners. *Epidemiol Infect*, 123: 95-102.**

**Richardson C, Ancelle-Park R, Papaevangelou G (1993). Factors associated with HIV seropositivity in European injecting drug users. *AIDS*, 7: 1485-1491.**

L'article indique que l'infection par VIH a été associée à l'emprisonnement en France.

**Seaman SR, Bird SM (2001) Proportional hazards model for interval-censored failure times and time-dependent covariates: application to hazard of HIV infection of injecting drug users in prison. *Stat Med*, 20(12): 1855-70.**

Les données de survie à intervalle censuré sont des données pour lesquelles le temps d'échec n'est pas connu spécifiquement, mais que l'intervalle dans lequel elles tombent est connu. De telles données peuvent être analysées au moyen d'un modèle de hasards proportionnels avec hasard de base exponentiel par morceaux, un modèle qui peut être ajusté par un algorithme EM facile à programmer dans un logiciel standard de statistique. Dans ce document, nous étendons le modèle pour tenir compte des covariables dépendantes du temps et de la troncature à gauche, et démontrons son utilité en évaluant l'effet de l'emprisonnement sur le risque d'infection par VIH dans une cohorte d'UDI d'Édimbourg. Aucun effet conclusif de l'incarcération sur le risque d'infection par VIH n'a été trouvé, mais il y avait des signes indiquant que l'emprisonnement pourrait avoir été un facteur significatif et relatif de risque d'infection dans la période ultérieure, quand le comportement à risque des usagers et des usagères de drogues dans la communauté était réduit.

**Stark K, Muller R (1993). HIV prevalence and risk behaviour in injecting drug users in Berlin. *Forensic Sci Int*, 62(1-2): 73-81.**

Cette étude d'UDI allemands a démontré que l'infection par VIH était solidement associée à l'emprunt du matériel d'injection en prison.

**Stark K et coll. Prevalence and determinants of anti-HCV seropositivity and of HCV genotype among intravenous drug users in Berlin. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 1995; 27(4) 331-337.**

Une étude transversale pour déterminer les facteurs de risque liés à la séropositivité pour les anticorps anti-VHC parmi les UDI. Le partage de seringues en prison était un facteur de risque indépendant pour la séropositivité pour l'anti-VHC.

**Stark K et coll. Determinants of HIV infection and recent risk behaviour among injecting drug users in Berlin by site of recruitment. *Addiction* 1995; 90(10): 1367-1375.**

Le partage de seringues en prison était le plus important déterminant indépendant d'infection par VIH parmi les UDI dans l'étude.

**Stark K et coll. History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26(6): 1359-1366.**

Des antécédents de partage de seringues en prison étaient associés de manière significative à l'infection par VHB, par VHC, et par VIH.

**Taylor A et coll. (1995). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 310(6975): 289-292.**

Cet article décrit ce qui peut se passer si des mesures de prévention du VIH complètes ne sont pas mises sur pied dans les prisons : une éclosion d'infection par VIH dans une prison écossaise, où l'on a estimé qu'entre 22 et 43 des détenus ont contracté le VIH dans une courte période de temps.

**Taylor A, D Goldberg (1996). Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2(3): 13-14.**

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Avril1996/14AVRILF.html>

**Weild AR et coll. (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(2): 121-126.**

On a mené une enquête auprès des personnes incarcérées dans huit des 135 prisons en Angleterre et en Pays-de-Galles en 1997 et en 1998. Le but était d'étudier la prévalence et les facteurs de risque de transmission des virus transmissibles par le sang en prison. Parmi les personnes testées (3 930), 0,4 % (14) étaient séropositives pour l'anti-VIH et 7 % (293) pour l'anti-VHC. Vingt-quatre pour cent ont indiqué qu'elles s'étaient injectées des drogues, dont 30 % (224/747) ont affirmé qu'elles s'étaient injectées en prison. De celles qui s'étaient injectées en prison, les trois quarts (167/224) partageaient des aiguilles ou des seringues. La présence d'anti-VHC était associée à l'injection en prison et le nombre de séjours antérieurs en prison. Les auteurs ont conclu que les résultats suggèrent que les virus hépatiques se transmettent en prison par le partage de matériel d'injection non stérile et que le risque de VIH transmission existe.

**Yirrell D et coll. (1997). Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 314: 1446.**

Taylor et ses collaborateurs (1995) ont entrepris une étude de suivi de l'enquête sur l'éclosion à l'institution de Glenochil, montrant que le nombre de détenus infectés au VIH pendant l'éclosion de 1993 était deux fois plus élevé que ce que l'on avait pensé auparavant.

## Europe orientale

**Caplinskas S, Likatavicius G (2002). Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania. *Eurosurveillance Weekly*, 6(2).**

Version en ligne disponible au : <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020627.asp>

L'article révèle que 207 personnes incarcérées avaient contracté le VIH dans la prison à sécurité maximum à Alytus, en Lituanie, en 2002. Tel que Bobrik l'a signalé, voir *infra*, en référence aux publications russes, ce chiffre est passé à 296 personnes lors d'un examen de suivi.

**Caplinskiene I, Caplinskas S, Griskevicius A (2003). Narcotic abuse and HIV infections in prisons [article en lituanien]. *Medicina (Kaunas)*, 38(8): 797-803.**

L'article affirme que le nombre de personnes qui consomment de la drogue dans les prisons lituaniennes croît chaque année : au début de 2001, 1 010 personnes étaient inscrites dans un registre d'un dispensaire de soins, 8,8 % de toutes les personnes incarcérées à cette époque. Ce pourcentage a atteint 12,25 % au début de 2002 et 13,3 % au début de 2003. La disponibilité de drogues et l'usage dangereux de drogues illicites, surtout le partage d'aiguilles et de seringues dans un des 14 établissements pénitentiaires du pays, l'installation correctionnelle à régime strict d'Alytus, ont entraîné une éclosion rapide du VIH au printemps de 2002. On a identifié trois cent personnes incarcérées infectées au VIH lors de tests de dépistage volontaires. Le manque de traitement pour la toxicomanie, de réhabilitation et d'occupation des personnes détenues crée des conditions propices à la propagation rapide du VIH et autres infections transmissibles par le sang dans les pénitenciers lituaniens. Beaucoup de personnes incarcérées sont incapables de réintégrer la société après leur libération à cause de relations sociales brisées et d'un manque de services sociaux au pays. Elles retombent donc souvent dans l'usage de drogues.

## Fédération de Russie

**Bobrik A et coll. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*, 26: 30-59.**

En fournissant trois références à des publications russes, Bobrik signale qu'en 2001, 260 personnes incarcérées ont été infectées au VIH dans une colonie correctionnelle à Tatarstan, en Russie. Bobrik affirme aussi que dans certaines régions, des augmentations marquées de cas de VIH ont été enregistrées suite à une amnistie et une libération en masse de personnes détenues, citant Wright et ses collaborateurs (voir ci-dessus), mais aussi Badrieva et Karchevsky (*Building volunteer network: secondary needle exchange, peer education*. Kazan 2001, 72). Bobrik discute aussi d'interrelations entre la santé en prison et la santé de la société en général : [*Traduction*] « Les institutions pénitentiaires ont des effets directs et indirects à divers égards sur la santé. Indirectement, ils influent sur la composition familiale, les perspectives économiques des ménages, et les valeurs communautaires normatives en ce qui a trait au mode de vie, au sexe, à la drogue et à la violence. Les prisons ont souvent un impact direct sur la situation épidémiologique dans la société. Par exemple, aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles en Angleterre, on avait noté que quand les personnes incarcérées venaient en cour pour leur procès, elles pouvaient infecter les jurés et les juges avec la fièvre de prison. Aujourd'hui, la transmission de l'infection à la tuberculose et à la

méningococcique des personnes incarcérées au personnel carcéral et aux personnes civiles a été bien documentée de manière semblable. Dans certaines régions, on a enregistré une augmentation marquée des cas de VIH suite à une amnistie et une libération en masse de personnes incarcérées. En 2002, une seule éclosion dans la prison d'Alytus (voir Caplinskas, ci-dessous) a changé radicalement l'ensemble des statistiques en Lituanie, qui jusqu'à ce moment-là était considérée comme un pays peu touché. Les institutions pénitentiaires russes ont toujours eu un impact considérable sur l'ensemble de la situation épidémiologique de la tuberculose au pays; au début des années 1990, les personnes libérées des institutions de travail correctionnelles représentaient jusqu'à 20 % des nouveaux cas de tuberculose et 57 % des cas de frottis positifs parmi la population civile ».

**Heimer R et coll. (2005). *Imprisonment as risk for HIV in the Russian Federation: evidence for change*. 16e conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues.**

Dans une étude de 826 personnes qui s'injectent actuellement dans diverses villes de la Fédération de Russie, 44,8 % ont indiqué qu'elles avaient déjà été en prison. Quatre facteurs de santé ont été corrélés avec l'emprisonnement (séropositivité pour le VIH; TB+, surdose, et abcès), tandis que trois ne l'ont pas été (les MTS, le VHB, et le VHC). L'étude a conclu que les réductions d'emprisonnement pour les infractions liées aux drogues sont une priorité en matière de santé publique et de droits de la personne.

## **L'Asie du Sud-Est**

**Beyrer C et coll. (2003) *Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand*. *AIDS and Behavior*, 7(2): 153-161.**

**Buavirat et coll. (2003) *Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study*. *British Medical Journal*, 326(7384): 308.**

Cette étude a trouvé que les usagers et les usagères de drogues injectables à Bangkok sont à risque considérablement accru d'infection à VIH parce qu'ils partagent des aiguilles avec de multiples partenaires lorsqu'ils sont en cellule de détention provisoire avant d'être incarcérés. L'étude a conclu que le temps passé dans des cellules provisoires offre une occasion importante pour la consultation et l'intervention en réduction des risques pour diminuer l'incidence du VIH.

**Buavirat A, Sacks R, Chiamwongpat S. *HIV risk behaviors during incarceration among intravenous drug users in Bangkok, Thailand: a qualitative approach*. *AIDS Public Policy*.**

**Choopanya K et coll. (1991). *Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok*. *AIDS*, 1509-1513.**

La première évaluation de risque parmi une vaste cohorte d'UDI à Bangkok a déterminé seulement deux facteurs de risque comme étant associés indépendamment à l'infection par VIH : le fait d'avoir partagé des aiguilles avec deux individus ou plus au cours des six derniers mois et le fait d'avoir été en prison. En contrôlant tous les autres risques, les UDI de Bangkok ayant des

antécédents d'incarcération étaient environ deux fois plus susceptibles d'être infectés au VIH que ceux qui n'avaient jamais été en prison. Sur le plan de risques absolus, 70 % de tous les UDI dans cette étude avaient été incarcérés au moins une fois, et 80 % de tous ceux infectés au VIH avaient déjà été en prison.

**Choopanya K et coll. (2002). Incarceration and risk for HIV infection among injection drug users in Bangkok. *Journal of AIDS*, 29: 86-94.**

Un des plus récents rapports sur les taux d'infection à VIH durant incarcération en Thaïlande a mesuré 35/100 personnes-années à risque (95 % IC 21,2; 55,2) parmi des UDI emprisonnés à Bangkok. Le rapport fournit des preuves solides d'une relation causale entre les nouvelles infections à VIH et l'incarcération.

**Kitayaporn D et coll. (1994). HIV-1 incidence determined retrospectively among drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 8: 1443-1450.**

**Kitayaporn D et coll. (1998). Infection with HIV-1 subtypes B and E in injecting drug users screened for enrollment into a prospective cohort in Bangkok, Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 19: 289-295.**

De mai à août 1995, on a mené un sondage transversal auprès d'UDI recrutés de 15 cliniques de traitement pour la toxicomanie à Bangkok. Selon l'analyse de régression logistique multiple, la séropositivité pour le VIH était associée, parmi d'autres facteurs, à l'incarcération. L'étude a conclu que les UDI à Bangkok continuent d'être à risque élevé d'infection à VIH liée au partage d'aiguilles et à l'incarcération.

**Thaisri H et coll. (2003). HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand : a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 3: 25.**

Une cohorte prospective de 689 prisonniers masculins dans une prison centrale de Bangkok a fait l'objet d'une étude en 2001-2002. On a effectué des visites de suivi pendant cinq mois. Sur 689 prisonniers, la moitié (50,9 %) étaient des injecteurs de drogues. À peu près 49 % de ces derniers s'étaient injectés durant leur incarcération. La plupart (94,9 %) des injecteurs avaient partagé du matériel d'injection avec d'autres. Le taux de suivi réussi était de 98,7 % après 2 581 personnes-mois d'observation. L'incidence du VIH était de 4,18 sur 100 personnes-années parmi toutes les personnes incarcérées, et de 11,10 sur 100 personnes-années parmi les détenus qui s'injectaient. L'analyse multivariée a déterminé des variables associées à la prévalence du VIH : antécédents d'injection [RC = 2,30, 95 % IC : 1,91-2,77], analyse d'urine positive pour opiacées [RC = 5,04, 95 % IC : 2,63-9,67], antécédents de participation à des cliniques de sevrage de drogues [RC = 2,00, 95 % IC : 1,19-3,35] et la présence de tatouages sur le corps [RC = 1,23, 95 % IC : 1,01-1,52]. Les auteurs ont conclu que les principaux facteurs de risque des détenus à Bangkok étaient ceux liés à l'injection de drogues : [Traduction] « On devrait mettre en application des mesures de réduction des méfaits et des stratégies d'intervention contre le VIH pour empêcher que le VIH se propage davantage parmi les détenus et dans la communauté ».

**Vanichseni S et coll. (2001). Continued high HIV-1 incidence in a vaccine trial preparatory cohort of injection drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 15: 397-405.**

Dans cette cohorte d'UDI à Bangkok, les personnes qui s'injectaient pendant leur incarcération avaient une plus haute incidence d'infection à VIH (35,3 sur 100 personnes-années

d'observation) que celles qui avaient été incarcérées mais qui ne s'étaient pas injectées (11,3 sur 100) et celles qui n'avaient pas été incarcérées (4,9 sur 100). Les auteurs ont conclu que le [Traduction] « risque important associé à l'incarcération est digne d'attention spéciale. Même si le risque associé à l'incarcération n'est pas entièrement caractérisé, il est probable qu'une grande proportion de ce risque résulte du partage de matériel d'injection de drogues dans des milieux où l'accès aux aiguilles et aux seringues propres est sérieusement limité ».

**Wright N et coll. (1994). Was the 1988 HIV epidemic among Bangkok's injecting drug users a common source outbreak? *AIDS*, 8: 529-532.**

## **Le Pacifique occidental**

### **L'Australie**

**Butler T et coll. (1997). Hepatitis B and C in New South Wales prisons: prevalence and risk factors. *Medical Journal of Australia*, 166: 127.**

Les auteurs s'étaient proposés de déterminer la prévalence de l'infection du VHB et du VHC parmi les personnes incarcérées entrant dans le nouveau système correctionnel de la Nouvelle-Galles-du-Sud et de déterminer les facteurs de risque d'infection. Une analyse multivariée a déterminé que l'emprisonnement antérieur était un prédicteur significatif de l'infection à VHC.

**Butler T et coll. (1999). Seroprevalence of markers for hepatitis B, C and G in male and female prisoners - NSW, 1996. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(4), 377-384.**

Les objectifs de l'étude étaient 1) d'établir la prévalence de marqueurs du VHB, du VHC et du VHG dans un échantillon de prisonniers et de prisonnières; 2) d'examiner l'exposition aux virus multiples; et 3) de comparer les facteurs de risque d'infection par VHG avec les facteurs de risque connus pour le VHB et le VHC. La détection globale était de 35 % pour le VHB, 39 % pour le VHC et 10 % pour le VHG. Les taux d'exposition étaient plus élevés chez les prisonnières que chez les prisonniers. Trente-cinq pour cent des prisonniers et des prisonnières ne connaissaient pas leur état sérologique pour le VHC. L'analyse multivariée a déterminé comme facteurs de risque du VHB le fait d'être aborigène, de s'être injecté à long terme et de s'être injecté en prison. Les facteurs de risque du VHC étaient le fait d'être du sexe féminin, de ne pas être aborigène, d'être placé dans une institution et le fait d'avoir des comportements associés à l'usage de drogues injectables. Pour le VHG, le fait d'être du sexe féminin et l'emprisonnement antérieur étaient des facteurs de risque significatifs mais l'usage de drogues injectables ne l'était pas.

**Crofts N et coll. (1995). Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants. *British Medical Journal*, 310: 285-288.**

L'objectif était d'évaluer la propagation des virus transmis par le sang parmi les personnes entrant en prison à Victoria, en Australie. On a effectué des tests confidentiels volontaires sur toutes les personnes entrantes pour détecter les marqueurs d'exposition aux virus transmissibles



par le sang ainsi qu'une collecte des données sur la démographie et les facteurs de risque pendant 12 mois. On a mené l'étude dans les prisons de sa Majesté, Pentridge et Fairlea, à Victoria, en Australie. Elle comportait 3 429 prisonniers entrants et 198 prisonnières entrantes (>99 % de toutes les personnes entrantes); 344 sont entrées en prison et ont subi des tests plus d'une fois.

Mille cinq cent soixante-quatre personnes (46 %) ont signalé des antécédents d'usage de drogues injectables, 1 418 (39 %) étaient séropositives pour l'anti-hépatite C, y compris 914 (64 %) des hommes qui s'injectaient des drogues, 91 (2,5 %) étaient séropositives pour l'anticorps anti-VIH. Le taux d'incidence d'infection par virus de l'hépatite C était de 18,3 sur 100 personnes-années. Chez les hommes qui s'injectaient des drogues et qui avaient moins de 30 ans (29 % de toutes les personnes entrantes), il était de 41 sur 100 années de prison.

La séroconversion de l'hépatite C était associée au jeune âge et à un séjour en prison plus court. L'étude a conclu que le VHC et le VHB se propagent rapidement dans certaines populations carcérales de personnes qui font usage de drogues injectables à Victoria, particulièrement parmi les hommes de moins de 30 ans à risque d'emprisonnement chez qui les taux de propagation sont extrêmes. Ce groupe constitue une population assez grande à risque de propagation du VIH. Cette propagation se produit dans un contexte de mesures de réduction des méfaits intégrées en dehors des prisons visant la prévention de la propagation de virus mais comportant peu de programmes dans les prisons ou liés à la transition des prisons; et cela pose un défi urgent pour ces programmes.

Pour ce qui est de la question à savoir si la transmission s'est produite en prison, les auteurs disent : [*Traduction*] « Nous n'avons pas de données permettant de tirer des conclusions concernant le moment de transmission de ces virus dans cette population. Il y avait trois périodes possibles : avant l'entrée en prison, durant l'emprisonnement, et après l'emprisonnement initial mais avant la deuxième entrée. Il y a signe de transmission de ces virus dans les prisons, et une étude locale a trouvé que des antécédents d'emprisonnement étaient un facteur de risque indépendant d'exposition à l'hépatite C parmi les usagers masculins de drogues injectables à Victoria. D'autres preuves suggèrent que la période immédiatement après la libération de prison est la plus risquée en ce qui a trait à la transmission de virus transmissibles par le sang. L'association de la séroconversion à un séjour plus court en prison et une période plus longue à l'extérieur nous laisse perplexes mais est sujette à des explications contradictoires. Une des possibilités est que la période la plus dangereuse pour la transmission de ces virus est celle passée dans les cours de détention provisoire, où les personnes détenues pour de plus courtes périodes passent leur temps et où l'injection est connue comme étant la moins sûre. Autrement, il se pourrait que la majeure partie de cette transmission se produise lors de la libération et soit détectée seulement chez ceux et celles qui sont en dehors de prison pour trois mois ou plus à cause de la période de séroconversion ».

**Crofts N (1997). A cruel and unusual punishment. Sentencing prisoners to hepatitis infection as well as to loss of liberty is a violation of human rights. *Medical Journal of Australia*, 166: 116.**

**Dolan K, Hall W, Wodak A, Gaughwin M (1994). Evidence of HIV transmission in an Australian prison. *The Medical Journal of Australia*, 160(11): 734.**

On rapporte que le test subi par un prisonnier était négatif après six ans en prison en 1987 pour ensuite être séropositif lors de son incarcération sans interruption. Les dossiers médicaux confirment que les symptômes graves qu'il a signalés correspondaient à la primo-infection à VIH.

**Dolan K. AIDS, drugs and risk behaviour in prison: state of the art.**

Accédé au <http://www.drugtext.org/library/articles/97811.htm> le 3 août 2005.

**Dolan, K et coll. (1996) A Network of HIV Infection among Australian Inmates. Résumé n° 6594, XI<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996.**

**Dolan K et coll. (1998). A mathematical model of HIV transmission in NSW prisons. *Drug & Alcohol Dependence*, 50: 197-202.**

L'article propose un modelage mathématique comme technique utile pour estimer la transmission du VIH dans les prisons. Se servant de suppositions conservatrices, où la mesure des variables pertinentes pour le modèle n'était pas disponible, on a estimé que le partage de matériel d'injection entraîne un assez grand nombre d'infections à VIH en prison. Il est significatif que ces observations aient été faites dans un pays où la prévalence du VIH est basse chez les usagers et les usagères de drogues injectables.

**Dolan K, Wodak A (1999). HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Medical Journal of Australia*, 171(1): 14-17.**

Des preuves épidémiologiques et génétiques ont aussi servi à confirmer une éclosion de VIH dans une prison australienne. Les critères pour démontrer que l'infection à VIH s'était en effet produite en prison comprenait : les résultats de tests de dépistage des anticorps anti-VIH, la primo-infection à VIH évaluée par un groupe de spécialistes en VIH, le temps et l'emplacement en prison, le comportement à risque en prison, et la contiguïté génétique des séquences VIH obtenues des personnes interrogées. Des efforts faits pour retracer 27 UDI ont permis d'en retrouver 21. De ceux-ci, six étaient décédés du sida et deux ont refusé de participer de peur de répercussions d'avoir transmis le VIH. Treize se sont inscrits. Dans l'ensemble, on a conclu que l'infection s'est produite en prison pour quatre sujets et dans la communauté pour deux. On n'a pas pu déterminer le lieu d'infection pour les sept autres. Onze participants ont signalé le partage de seringues en prison, deux ont aussi affirmé qu'ils s'étaient faits tatouer en prison, et un a aussi déclaré qu'il avait eu des rapports sexuels anaux non protégés.

**Dolan K. Can hepatitis C transmission be reduced in Australian prisons? *Medical Journal of Australia* 2001; 174: 378-379.**

**Gates J et coll. (2004). Risk factors for hepatitis C infection and perception of antibody status among male prison inmates in the Hepatitis C Incidence and Transmission in Prisons Study cohort, Australia. *Journal of Urban Health*, 81(3): 448-452.**

Dans le cadre de la Hepatitis C Incidence and Transmission in Prisons Study (HITS), une étude prospective pour estimer la transmission du VHC chez les détenus en Australie, on a soumis des détenus masculins à un dépistage sérologique de l'infection à VHC lors de leur inscription. On a effectué une analyse cas-témoin et comparé la prévalence de facteurs de risque pour l'infection à VHC parmi les prisonniers séropositifs pour les anticorps anti-VHC et ceux qui étaient

séronégatifs. L'étude a confirmé que des antécédents d'emprisonnement antérieur étaient un facteur de risque associé à l'infection à VHC.

**Haber PS et coll. (1999). Transmission of hepatitis C within Australian prisons. *Medical Journal of Australia*, 171: 31-33.**

Cet article présente quatre cas d'infection à VHC qui s'est produite durant des périodes d'emprisonnement sans interruption. Les quatre sujets étaient séronégatifs pour le VHC après 4-52 mois d'emprisonnement sans interruption et sont restés en détention à temps plein sans interruption jusqu'à ce que la séroconversion soit documentée. Selon les auteurs, [Traduction] « les cas présentés [...] représentent probablement une petite fraction seulement des personnes incarcérées qui ont acquis une nouvelle infection à VHC en prison ». Ils ont recommandé des études détaillées de l'incidence et des facteurs de risque de transmission du VHC en prison, suivies d'élaboration et de mise en oeuvre de mesures de contrôle.

**Hellard ME, Hocking JS, Crofts N (2004). The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiology Infect*, 132(3): 409-15**

Cette étude a mesuré la prévalence et les facteurs de risque associés aux personnes incarcérées séropositives pour les anticorps anti-VHC. Un total de 630 personnes incarcérées ont rempli un questionnaire au sujet des comportements à risque associés à la transmission du VHC et ont subi des tests de détection des anticorps anti-VHC à partir d'un prélèvement de sang. De ces personnes, 362 (57,5 %) étaient séropositives pour l'anticorps anti-VHC. Un total de 436 (68,8 %) personnes incarcérées ont affirmé qu'elles s'étaient déjà injectées des drogues et 332 ont déclaré qu'elles s'étaient injectées des drogues en prison. Les personnes incarcérées séropositives pour le VHC étaient plus susceptibles de s'être injectées des drogues (RC 29,9) et de s'être injectées des drogues en prison durant leur incarcération actuelle (RC 3,0). Le tatouage était un facteur de risque indépendant du fait d'être séropositif pour le VHC (RC 2,7). C'est la première étude menée auprès de personnes incarcérées à déterminer que le fait d'avoir un tatouage en prison est un facteur de risque pour le VHC. Le fait de s'injecter alors qu'on est en prison durant cette incarcération était aussi un facteur de risque pour le VHC. Les auteurs ont conclu que [Traduction] « les personnes incarcérées qui s'injectaient des drogues lorsqu'elles n'étaient pas en prison continuent à s'injecter en prison mais de manière moins sûre ».

**MacDonald M, Crofts N, Kaldor J (1996). Transmission of hepatitis C virus: rates, routes and cofactors. *Epidemiol Rev*, 18: 137-148.**

**O'Sullivan B et coll. (2003). Hepatitis C transmission and HIV post-exposure prophylaxis after needle-and syringe-sharing in Australian prisons. *Medical Journal of Australia*, 178(11): 546-549.**

En novembre 2000, dans deux prisons en Australie, des personnes incarcérées ont révélé qu'elles étaient séropositives pour le VIH et qu'elles avaient partagé des aiguilles et des seringues au cours des dernières semaines. Quatre séroconversions du VHC se sont produites en l'espace de 14 mois de l'exposition potentielle (14 % des individus vulnérables dans la cohorte), mais aucune séroconversion du VIH ou du VHB n'a été enregistrée. Lors de la première utilisation documentée au monde du traitement PPE du VIH en milieu carcéral, 46 personnes incarcérées se sont vues offrir le traitement PPE, et 34 ont choisi de le recevoir, mais seulement huit ont suivi le

traitement PPE en entier. L'étude a conclu qu'alors que le traitement PPE du VIH peut être administré dans le milieu carcéral, une considération spéciale des circonstances carcérales est nécessaire pour assurer une évaluation de risque précise, des comportements à risque en cours, une initiation prompte de la thérapie, une bonne conformité, et un suivi adéquat. Il faudrait que les services de santé correctionnels élaborent des lignes directrices précises pour l'utilisation du PPE en prison afin d'améliorer l'administration du traitement en milieu carcéral.

**Post JJ, Dolan K et coll. (2001) Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route. *Medical Journal of Australia*, 174: 183-184.**

Post et ses collaborateurs rapportent un cas bien défini d'infection à VHC aiguë et de clairance virale subséquente chez un prisonnier après tatouage. Un homme qui avait été emprisonné sans interruption depuis 1997 présentait des symptômes de jaunisse, d'urine foncée, de malaise, de nausées, d'anorexie, de sueurs et de maux de tête en avril 1999. Il n'avait jamais été tatoué avant d'entrer en prison mais l'a été à quatre occasions en prison. Les deux dernières fois que cela s'était produit étaient durant la période d'incubation reconnue pour l'infection à VIH de 3 à 20 semaines. Il a nié avoir fait usage de drogues injectables, d'avoir eu de blessure causée par une seringue, d'avoir partagé des rasoirs ou des brosses à dents ou d'avoir eu des rapports sexuels pendant son séjour en prison. Cependant, les auteurs disent que l'usage de drogues injectables non divulgué ne peut pas être complètement mis à l'écart comme voie de transmission et ont conclu : [Traduction] « Même si le tatouage représente un moyen biologiquement plausible de transmission du VHC, ce cas illustre que l'usage de drogues injectables non divulgué peut être un facteur de confusion dans des études où le tatouage est le seul facteur de risque reconnu de transmission du VHC ».

**Thompson et coll. (1996) Hepatitis C transmission through tattooing: a case report. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 20(3): 317-318.**

L'article rapporte le cas d'une personne incarcérée pour qui le tatouage était la source probable d'infection par VHC. On avait effectué beaucoup des tatouages en prison au moyen d'équipement qu'on avait partagé de multiples fois avec d'autres prisonniers dont l'accès à des moyens de désinfection était limité.

**Van Beek I et coll. (1998). Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 317: 433-437.**

L'emprisonnement antérieur a aussi été associé à l'infection par VHC par van Beek et ses collaborateurs qui ont trouvé à Sydney, en Australie, que l'incidence du VHC était considérablement plus élevée chez les UDI qui avaient été emprisonnés (60,8/100 personnes-années) que celles qui ne l'avaient pas été (12,5/100 personnes-années). Dans les analyses de régression des risques proportionnels, les prédicteurs indépendants de la séroconversion du VHC étaient le fait d'avoir moins de 20 ans et d'avoir des antécédents d'emprisonnement. Les auteurs ont conclu : [Traduction] « Une constatation importante qui est ressortie de l'étude était la relation solide entre les antécédents d'emprisonnement et l'incidence du virus de l'hépatite C. Avec les données disponibles, nous ne pouvions pas déterminer si la période d'emprisonnement se situait entre le dernier résultat de test négatif et le premier positif pour les sujets qui ont contracté l'infection par virus de l'hépatite C. L'association observée pourrait être due au

comportement à risque en prison ou à une conséquence d'une association entre les antécédents d'emprisonnement et un mode de vie chaotique, qui pourrait à son tour être un marqueur de remplacement du comportement d'injection à risque. Dans un cas ou l'autre, l'association observée dans la population étudiée mérite d'être examinée davantage, plus particulièrement pour vérifier si l'on devrait mieux aborder la prévention de la propagation du virus de l'hépatite C en milieu carcéral ».

**Wallace J, Milne GR, Barr A (1972). Total screening of blood donations for Australia (hepatitis associated) antigen and its antibody. *British Medical Journal*, i: 663-664.**

On a reconnu l'association entre l'emprisonnement, l'usage de drogues injectables, et la transmission d'un autre virus transmissible par le sang, le VHB, dans cette étude, il y a plus de 30 ans.

## Transmission des ITS

Des preuves bien documentées existent de la transmission en prison de la syphilis et de la gonorrhée résultant de contacts sexuels parmi les personnes incarcérées.

**Alcibes P, Braslow C (1988). A cluster of cases of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoe* in an adolescent detention center. *NY State J Medicine*, 88: 495-496.**

**Bobrik A et coll. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*, 26: 30-59.**

L'article mentionne que l'on a documenté des éclosions de maladies transmises sexuellement en prison dans la Fédération de Russie, telles que l'infection par la syphilis de 76 personnes incarcérées dans la colonie correctionnelle IK-11 dans le Krasnodar Krai.

**Puisis M, Levine W, Mertz K (1998). Overview of sexually transmitted diseases. Dans : Puisis M (éd.) *Correctional Medicine*, 127-140.**

**Smith WH (1965). Syphilis epidemic in a southern prison. *Journal of the Medical Association of the State of Alabama*, 35: 392-394.**

**Van Hoeven KH, Rooney WC, Joseph SC (1990). Evidence of gonococcal transmission within a correctional system. *American Journal of Public Health*, 80: 1505-1506.**

**Wolfe MI et al (2001). An outbreak of syphilis in Alabama prisons: correctional health policy and communicable disease control. *American Journal of Public Health*, 91(8): 1220-1225.**

Au moins quatre éclosions de syphilis se sont produites dans des prisons d'Alabama de 1991 à 1996. Cette étude a enquêté sur des éclosions de syphilis signalées dans trois prisons pour hommes de l'État d'Alabama au début de 1999. On a identifié 39 patients atteints de syphilis précoce. L'exposition récente aux maisons de détention et le transfert entre prisons étaient associés avec le fait d'être un cas de patient source. L'étude a signalé que la transmission du VIH ne s'est pas produite conjointement avec la transmission de la syphilis, mais a dit qu' [Traduction] « une éclosion du VIH pourrait facilement passer inaperçue dans le système carcéral ». Elle poursuit en disant : [Traduction] « vu les rapprochements sexuels entre prisonniers qui sont infectés par VIH et ceux qui ne le sont pas dans la plupart des prisons et des maison de détention, la transmission du VIH dans les prisons pourrait être un problème beaucoup plus vaste que l'on reconnaît actuellement ».

**Zachariah R et al (2002). Sexually transmitted infections among prison inmates in a rural district of Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 96(6): 617-619.**

Dans le cadre d'une stratégie de prévention du VIH visant les groupes à risque élevé, des cliniques qui se spécialisent dans les infections transmises sexuellement (ITS) sont offertes à toutes les personnes incarcérées dans le district de Thyolo dans le sud du Malawi. Toutefois, les personnes incarcérées n'ont pas accès à des condoms parce qu'on a l'impression qu'une telle intervention pourrait encourager l'homosexualité, qui est illégale au Malawi. On a mené une

étude entre janvier 2000 et décembre 2001 afin de déterminer la prévalence, l'incidence, et les tendances des ITS parmi les détenus masculins de deux prisons dans ce district rural. Un total de 4 229 détenus a participé à l'étude pour une période de deux ans. On a diagnostiqué des ITS chez 178 (4,2 %) de ces détenus. On a considéré cinquante (28%) ITS comme des nouveaux cas acquis à l'intérieur des prisons (risque d'incidence 12 cas/1 000 détenus/année). Les auteurs ont conclu que cette étude montre qu'une proportion importante d'ITS chez les détenus est acquise en prison. Dans un milieu de personnes incarcérées du même sexe, cela suggère des activités sexuelles entre partenaires du même sexe à l'intérieur des prisons. Les résultats ont des répercussions pour la transmission du VIH et pourraient aider à élaborer des politiques plus rationnelles en matière de contrôle des ITS et d'accès aux condoms dans les prisons du Malawi.

## Éducation

L'éducation a longtemps été la principale composante des programmes de prévention du VIH (et plus récemment du VHC) en milieu carcéral. C'est la méthode la plus répandue due en grande partie au fait qu'elle est considérée comme l'approche la moins controversée parmi les responsables de l'administration pénitentiaire.

**Antonius, C. (1994). HIV/AIDS and STD prevention in Surinamese prisons. *AIDS Health Promotion Exchange*, (4): 3-5.**

Le Suriname National AIDS Program (NAP) [programme surinamien national contre le sida] a mis sur pied un programme de soutien et d'éducation constitué d'activités pour les prisonniers, le personnel de prison et pour du personnel et des organisations de l'extérieur des prisons. On a choisi des prisonniers et des gardiens pour recevoir une formation d'éducateurs par les pairs. Les prisonniers ont officialisé leur statut en fondant la Boma AIDS Education Collective (BAEC) [Collectif d'éducation en matière de sida Boma]. Les prisonnières n'ont pas reçu la formation parce que pour la plupart, elles purgeaient de courtes peines et participaient plutôt à des séances éducatives axées sur la transmission des MTS par les relations sexuelles et mère enfant. BAEC a produit des dépliants éducatifs sur le sida en trois langues (néerlandais, anglais et taki-taki) pour les nouveaux arrivants et les prisonniers remis en liberté ainsi que pour toutes les personnes incarcérées au Suriname. Les dépliants ont alors été soumis à un test préliminaire et modifiés selon les commentaires provenant de 17 prisonniers. Le programme a été officiellement présenté en avril 1992 lorsque le BAEC a organisé une semaine du sida/MTS. Les activités de la semaine comprenaient des séances d'éducation sur le sida, des présentations vidéo, des discussions et des tests de dépistage du VIH. Un système de consultation permanent relatif au VIH a été implanté à la prison de Santo Boma pour les prisonniers et les prisonnières. Il est spécifié entre autres que le dépistage du VIH doit se faire sur une base volontaire. Un manuel produit pour les éducateurs de pairs et l'éducation au sujet des MTS et du sida est depuis compris dans le plan de formation des gardiens de prison. On a mis sur pied de nombreuses activités de collaboration avec des organisations extérieures aux prisons afin de démontrer que les prisonniers font partie d'une plus vaste communauté préoccupée par le VIH/sida. Toutefois, certains prisonniers sont contre la distribution de condoms dans les prisons parce qu'ils croient que cela encouragerait des contacts sexuels entre les hommes. Les autorités n'ont pas encore approuvé une distribution officielle de condoms.

**Baster, S. (1994). AIDS education in the jail setting. *Crime and Delinquency*, 37: 48-63.**

**Boudin, K. et coll. (1999). ACE: a peer education and counseling program meets the needs of incarcerated women with HIV/AIDS issues. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10(6): 90.**

Dans cet article, les prisonnières agissant comme éducatrices de pairs et de conseillères dans le cadre d'un programme contre le VIH et le sida au Bedford Hills Correctional Facility, la seule prison à sécurité maximum pour femmes de l'état de New York, décrivent le rôle positif d'un programme de soutien par les pairs. En se servant de leurs propres expériences comme exemples, les femmes discutent des forces du AIDS Counselling and Education Program (ACE)



[programme d'éducation et de consultation en matière de sida] pour ce qui est de répondre aux besoins médicaux et psychosociaux de la population carcérale concernant le VIH/sida.

**Comfort, M. et coll. (2000). Reducing HIV risk among women visiting their incarcerated male partners. *Criminal Justice and Behavior*, 21: 57-71.**

Décrit le développement, l'implantation et l'évaluation préliminaire d'un projet pilote visant à réduire le risque de transmission du VIH chez les femmes qui visitent leur partenaire masculin incarcéré. Trente femmes qui visitaient leurs partenaires masculins incarcérés dans une grande prison de la Californie ont participé à des groupes de discussion qui ont mené à l'élaboration d'une intervention éducative concernant le VIH dirigée par des pairs. Quarante-six femmes ont rempli des sondages initiaux, 81 ont rempli des sondages après intervention et 67 ont été suivies un mois après l'intervention. Selon l'auteur, même si les femmes qui visitent leur partenaire incarcéré sont en général bien informées sur la transmission et la prévention du VIH, les interventions axées sur leurs besoins précis sur le plan affectif et en matière d'information sont nécessaires pour les motiver et les aider à réduire leur risque d'infection par VIH.

**Connolly, L. (1989). Evaluation of the AIDS Education Programme for Prisoners in the NSW Department of Corrective Services: mars 1987 à mars 1989. Sydney: NSW Department of Corrective Services (Research Publication No. 20).**

Disponible au <http://www.dcs.nsw.gov.au/Documents/index.asp>.

Souligne qu'il est très difficile pour les éducateurs et les éducatrices en matière de sida de livrer des messages clairs et crédibles aux personnes incarcérées alors que la politique sur le sida dans les prisons refuse l'accès à des mesures de prévention du VIH.

**Connolly, L., Potter, F. (1990). AIDS education in NSW prisons. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 23: 158-164.**

**Dolan, K., Rouen, D. (2003). Evaluation of an educational comic on harm reduction for prison inmates in New South Wales. *International Journal of Forensic Psychology*, 1(1): 138-141.**

Disponible au <http://ijfp.psyc.uow.edu.au/index2.html>

Le but de cette étude est d'informer les personnes incarcérées sur les mesures de réduction des méfaits comme première étape visant à réduire la transmission du VHC en prison. Une bande dessinée éducative couvrant un éventail de sujets pertinents a été conçue. Un sondage était inclus dans la bande dessinée afin de mesurer la connaissance qu'ont les personnes incarcérées. Le niveau de connaissances était très élevé parmi les personnes ayant participé au sondage mais le taux de réponse a été très bas. Il semble que les bandes dessinées sont un moyen utile pour éduquer les personnes incarcérées sur les mesures de réduction de méfaits mais l'éducation à elle seule ne suffit pas. L'étude conclut que les personnes incarcérées ont besoin qu'on leur fournisse les moyens de prévention.

**Dolan, K., Bijl, M., White, B., (2004). HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *International Journal of Equity in Health*, 3: 7.**

L'étude visait à évaluer l'efficacité d'un programme de formation par les pairs sur le VIH mis sur pied dans une colonie pour prisonniers toxicomanes en Sibérie (Russie). On s'est servi de questionnaires pour recueillir des données avant et après les séances de formation des pairs. On a

tenu trois de ces dernières entre les questionnaires. Durant chaque séance d'une durée d'une semaine, on a formé entre quinze et vingt détenus comme éducateurs de pairs. En 2000, 153 détenus ont rempli un questionnaire et en 2001, 124 l'ont fait. Les répondants des deux années ont déclaré des antécédents de santé et d'injection similaires ainsi que des niveaux comparables d'activités sexuelles. Les répondants de 2001 étaient nettement plus susceptibles d'identifier correctement de quelle façon le VIH peut être transmis comparativement aux répondants de 2000. La prévalence du tatouage en prison a diminué de manière significative entre les questionnaires. Toutefois, on n'a révélé pratiquement aucun usage d'eau de Javel pour nettoyer l'équipement d'injection ou de tatouage en 2000 ou 2001. L'accès aux condoms a augmenté sensiblement entre les questionnaires. L'étude a conclu que même si le programme de formation était lié à une connaissance améliorée du VIH, le ministère de la Justice devrait considérer des stratégies améliorées et additionnelles en matière de réduction des méfaits. Ces stratégies comprennent une disponibilité accrue d'eau de Javel et de condoms ainsi que l'introduction du traitement à la méthadone et de l'échange de seringues en prison.

**Ehrmann, T. (2002). Community-based organizations and HIV prevention for incarcerated populations: Three HIV prevention programs. *AIDS Education and Prevention*, 14(5 Suppl: HIV/AIDS in Correctional Settings): 75-84.**

Cet article porte surtout sur les pratiques d'intervention réussies telle que l'éducation par les pairs et les services de planification des sorties qui ont été des composantes essentielles de la prévention du VIH et offre un contexte pour mettre sur pied de tels programmes dans des établissements correctionnels. L'article met en évidence les défis que doivent relever les organisations communautaires lorsqu'il s'agit de la prévention du VIH dans les établissements correctionnels partout aux États-unis.

**Grinstead, O., Faigeles, B., Zack, B. (1997). The effectiveness of peer HIV education for male inmates entering state prison. *Journal of Health Education*, 28: S31-S37.**

**Grinstead, O.A., Zack, B., Faigeles, B. (1999). Collaborative research to prevent HIV among male prison inmates and their female partners. *Health Education & Behaviour*, 26(2): 225-238.**

Les auteurs ont mis au point et évalué des séries d'interventions de prévention du VIH pour les détenus et les femmes qui les visitent. Ils indiquent que les résultats de ces études appuient la faisabilité et l'efficacité des programmes de prévention du VIH pour les détenus et leurs partenaires, en prison ou dans la communauté.

**Hogan, N. (1994). HIV education for inmates: uncovering strategies for program selection. *The Prison Journal*, 74: 220-243.**

**Keeton, Kato, B., Swanson, C. (1998). HIV/AIDS education needs assessment: a comparative study of jail and prison inmates in Northwest Florida. *Prison Journal*, 78: 119-133.**

**Martin, R., Zimmerman, S., Long, B. (1993). AIDS education in U.S. prisons: a survey of inmate programs. *Prison Journal*, 3: 103-129.**

**Martin, R. et al. (1995). A content assessment and comparative analysis of prison-based AIDS education programs for inmates. *Prison Journal*, 75: 5-48.**

**Polonsky, S. et coll. (1994). HIV prevention in prisons and jails: obstacles and opportunities. *Public Health Rep*, 109: 615-625.**

Déclare que l'éducation et les consultations en réduction des risques sont les moyens de prévention les moins controversés et les plus employés en prison, mais que l'efficacité des efforts de prévention actuels visant à réduire la transmission du VIH dans cette population à risque élevé est en grande partie indéterminée.

**Rotily et coll. (2001). Connaissances et attitudes du personnel de surveillance pénitentiaire face au VIH et/ou sida: une enquête européenne. *Santé Publique*, 13(4): 325-338.**

Le but de cette étude pilote européenne était d'évaluer les connaissances, les attitudes et les croyances du personnel de surveillance pénitentiaire de cinq pays en ce qui a trait à l'infection par VIH et de déterminer les facteurs liés à la discrimination potentielle des personnes incarcérées séropositives pour le VIH. Le sondage révèle que les niveaux de connaissance sur la transmission du VIH et les degrés de tolérance varient de manière significative entre les prisons. Une grande proportion du personnel surestimait la prévalence du VIH dans leur prison et craignait d'être infecté. L'étude met l'accent sur la nécessité d'améliorer la politique de prévention du VIH pour le personnel de prison afin de renforcer la bonne pratique visant à gérer le risque de contamination et à entraver la discrimination.

**Service correctionnel du Canada. *Peer Education Manual*. Ottawa : SCC.**

**Simooya, O., Sanjobo, N. (2001). 'In But Free' – an HIV/AIDS intervention in an African prison. *Culture, Health & Sexuality*, 3(2): 241-251.**

Rend compte d'un projet nommé «In But Free» [En dedans mais libre] dirigé par des prisonniers formés en tant qu'éducateurs de pairs et mis en oeuvre dans la prison de Kamfinsa en Zambie. Les activités comprennent le partage direct d'information, une provision de matériel éducatif sur le VIH/sida, un test VIH et une consultation en la matière volontaires ainsi que la promotion de meilleures règles d'hygiène. Les prisonniers et le personnel ont bien accepté le projet. Leurs rapports indiquent une réduction du tatouage et de l'usage de drogues injectables, mais les rapports hommes-hommes et le partage des lames de rasoir continuent. Les auteurs concluent que le risque de transmission du VIH reste élevé et que [Traduction] « l'on doit envisager la distribution des condoms dans les prisons ainsi que des mesures pour améliorer les conditions de vie médiocres dans la plupart des prisons zambiennes.»

**Swarr, D. (sans date). AIDS, prison, and preventive medicine: society's debt to its debtors. Article non publié disponible au <http://ww2.lafayette.edu/~vast/swarr.html>**

Fait état que [Traduction] « l'échec massif de l'éducation en matière de VIH/sida et des programmes de prévention est attribuable à une variété de causes pouvant être regroupées en trois catégories principales : le fait de ne pas offrir aux personnes incarcérées les ressources pour leur permettre de se protéger ou de s'aider elles-mêmes; le fait de ne pas leur offrir une éducation appropriée, raciale, culturelle et propre à chaque sexe; et enfin, le fait de ne pas leur offrir des occasions d'acquérir et de mettre en pratique des compétences qu'elles pourraient utiliser activement pour se protéger du VIH en prison et à l'extérieur. »

**Taylor, S. (1994). NSW Prison HIV Peer Education Program. Sydney: NSW Department of Corrective Services (Research Publication n° 30).**

**Taylor S (1994).**

Disponible au <http://www.dcs.nsw.gov.au/Documents/index.asp>.

On a établi le Prison HIV Peer Education Program (PPEP) [programme d'éducation en matière de VIH par les pairs en prison] en 1991 et on a effectué cette évaluation dans le but de déterminer l'efficacité du programme en ce qui a trait à l'atteinte de ses objectifs. Les résultats indiquent que le programme est [Traduction] « un outil efficace pour éduquer les personnes incarcérées sur le VIH et le sida puisqu'il augmente leur connaissance et leur compréhension du VIH »; il attire un nombre relativement élevé de prisonniers qui n'ont pas entrepris des cours éducatifs lors de leur séjour dans le centre correctionnel et que c'était surtout parce que le programme était bien respecté par les personnes incarcérées; il contribue de manière significative aux changements d'attitudes et à la réduction des préjugés que les prisonniers et les prisonnières peuvent avoir vis-à-vis du VIH et des personnes qui en sont touchées.

**Toepell, A.R. (1993). AIDS knowledge among prisoners. *Forum on Corrections Research*, 5(1): 31-33.**

**Vaz, R.G., Gloyd, S., Trindade, R. (1996). The effects of peer education on STD and AIDS knowledge among prisoners in Mozambique. *Int J STD AIDS*, 7: 51-4.**

On a conçu l'étude pour évaluer l'impact de l'éducation sur la connaissance du sida parmi les personnes incarcérées à Maputo au Mozambique. On a mené une étude de suivi d'une durée de six mois en 1993 auprès de 300 personnes incarcérées. On a distribué un questionnaire portant sur la connaissance du sida et des MTS ainsi que sur les pratiques et les attitudes à leur endroit à chaque sujet dans le cadre d'un examen médical d'entrée et après une intervention éducative offerte par 30 prisonniers « activistes ». Une grande proportion des prisonniers présentaient un comportement à risque élevé (65 % avaient deux partenaires sexuels ou plus par mois et 39 % avaient des antécédents de MTS) et une connaissance minimale du SIDA au moment de leur incarcération. Statistiquement, la connaissance du sida a connue une augmentation significative après l'intervention. Les prisonniers ayant une éducation moins formelle avait une performance plus faible lors du questionnaire initial (43 % vs 69 %  $P < 0,00001$ ) et démontrait une plus grande amélioration après l'intervention (41 % vs 24 %,  $P < 0,00001$ ). Les résultats ont démontré que les interventions éducatives auxquelles participaient des éducateurs de pairs en matière de santé contribuent de façon positive à l'acquisition de connaissances parmi les prisonniers.

**Wexler, H. et coll. (1994). ARIVE: an AIDS education/relapse prevention model for high-risk parolees. *International Journal of Addiction*, 29(3): 361-386.**

On a élaboré et évalué un programme de formation de la prévention du sida pour les personnes incarcérées nouvellement en libération conditionnelle ayant des antécédents de drogues injectables. Les résultats du suivi qui s'est effectué pendant un an ont démontré que la participation à ARIVE a fait diminuer de manière significative certains comportements à risque sexuels et relatifs aux drogues et a aussi amélioré l'adaptation des personnes nouvellement en liberté conditionnelle dans la communauté.

**Wykes, R. (1997). The failure of peer support groups in women's prison in Western Australia. Reportage non publié disponible au**

<http://www.drugtext.org/library/articles/wykes.htm>

L'article décrit les raisons pour lesquelles, selon l'auteur, le soutien des pairs a échoué en milieu carcéral et avance que [*Traduction*] « la seule autre solution qui réussira à réduire la transmission des virus transmissibles par le sang en milieu carcéral ».

## Condoms, lubrifiants et lutte contre la violence sexuelle

Reconnaissant le fait que l'activité sexuelle existe dans les établissements pénitentiaires et vu le risque de transmission de maladies que cela entraîne, un grand nombre de systèmes carcéraux, en Europe, au Canada, et en Australie, mais aussi dans certaines parties de l'ancienne Union Soviétique et dans des pays comme le Brésil, l'Afrique du Sud, l'Iran et l'Indonésie, mettent des condoms, ainsi que des lubrifiants, à la disposition des personnes incarcérées. Cette section contient des documents qui discutent des enjeux liés à cette pratique dans les prisons. Elle contient aussi des documents qui abordent l'importante question de prévention d'activités sexuelles non consenties.

### Ressources essentielles

**Dolan K, D Lowe, J Shearer (2004). Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32: 124-128.**

Cette évaluation d'un programme de distribution de condoms a conclu qu'il était faisable de distribuer des condoms aux détenus. Il y avait plusieurs indicateurs de ce fait : 1) la majorité des détenus appuyaient l'approvisionnement de condoms; 2) la plupart d'entre eux étaient d'avis que les distributeurs automatiques de condoms étaient dans des endroits accessibles ; 3) le niveau d'harcèlement signalé par ceux qui se servaient des distributeurs était relativement bas; 4) et plus important encore, ils se servaient de condoms lorsqu'ils avaient des rapports sexuels anaux. D'octobre 1997 à septembre 1998, on a distribué 294 853 condoms dans des prisons de la Nouvelle-Galles-du-Sud. Ces chiffres équivalent à un condom par semaine pour chaque détenu. Dans l'ensemble, il n'y avait pas d'indicateurs de conséquences négatives résultant du programme de distribution de condoms. La majorité du personnel cadre de correction était d'accord avec la distribution de condoms, tandis que les points de vue étaient divisés également parmi les agents et agentes de correction. On a signalé des incidents mineurs d'usage à mauvais escient tel que des ballons d'eau, des batailles d'eau et des condoms à la traîne mais ils ne compromettaient pas la sûreté et la sécurité dans les prisons. Le seul incident sérieux durant la période d'évaluation a été un condom apparemment usagé lancé à un agent de correction. On a découvert que le condom contenait du shampooing, mais l'incident a été pénible pour l'agent concerné. On n'a enregistré aucun incident de dissimulation de drogues.

**May JP, EL Williams (2002). Acceptability of condom availability in a US jail. *AIDS Education and Prevention*, 14(5 Suppl: HIV/AIDS in Correctional Settings): 85-91.**

Des études ont documenté la transmission du VIH dans les populations carcérales résultant de l'usage de drogues injectables ou d'activités sexuelles. Moins de 1% des maisons de détention et des prisons aux États-Unis permettent accès à des condoms aux personnes incarcérées, et aucun ne permet l'accès aux aiguilles. Les résultats d'un sondage visant à mesurer l'acceptabilité d'un programme de distribution de condoms à la Central Detention Facility, à Washington, dans le DC, où les condoms sont mis à la disposition des personnes incarcérées, sont présentés ici. Trois cent sept personnes incarcérées et 100 agents et agentes de correction ont participé à un sondage

d'octobre 2000 à octobre 2001. Les sondages ont trouvé que l'accès aux condoms est discret et ne dérange pas la routine de la prison, ne menace aucunement la sécurité ou les opérations, ne fait pas augmenter les activités sexuelles, et est accepté par la plupart des personnes incarcérées et des agents et agentes de correction. On n'a pas déterminé si des infections ont été prévenues, mais on a cru qu'il était probable que oui. Le sondage a conclu qu'il serait facile de reproduire le modèle dans d'autres établissements.

**Service correctionnel Canada (1999). *Évaluation des mesures de réduction de l'incidence du VIH/sida au SCC*. Ottawa : SCC.**

L'évaluation des mesures de réduction des méfaits du VIH/sida dans le système carcéral fédéral canadien a effectué une enquête pour voir s'il y avait des obstacles de perception ou de comportement qui ont un impact sur l'utilisation de condoms et de digues dentaires; ce qu'a été l'expérience du système carcéral de mise en application du programme de distribution de condoms et de digues dentaires; et s'il y a eu des conséquences involontaires liées à la distribution de condoms et de digues dentaires. Étant donné qu'il n'y avait pas de composante de recherche et d'évaluation intégrée à l'époque de l'élaboration du programme, on n'a recueilli aucune donnée systématique sur les changements de comportement découlant du programme. L'évaluation a trouvé qu'en général, les personnes incarcérées avaient un accès discret autant aux condoms qu'aux lubrifiants; et que même si l'on a découvert certains usages non prévus des condoms, il n'y a aucune preuve que des condoms avaient servi d'armes. L'administration et le personnel de correction interviewés dans 18 prisons ne se rappelaient d'aucun incident où les condoms ont servi d'armes. Une recherche dans la base de données d'incidents du système carcéral fédéral a permis de trouver 20 incidents liés à l'utilisation non prévue de condoms. Tous les incidents liés aux condoms étaient associés à la contrebande de drogues. L'évaluation a conclu : [*Traduction*] « Cela fait [...] six ans que l'on a distribué des condoms pour la première fois. À ce jour, il n'y a aucune preuve tangible que des incidents significatifs liés aux condoms ont causé des blessures au personnel du SCC ».

## **Autres Ressources**

**Anonyme (1997). *Should condoms be available in prisons?* SAfAIDS News, 5(3): 11.**

L'article note que partout dans le monde, on reconnaît de plus en plus que les rapports sexuels se produisent dans les prisons et que cela peut mener à la transmission du VIH dans les prisons et aura aussi un impact important sur la communauté lorsque les détenus seront libérés. Selon l'article, [*Traduction*] « une stratégie à volets multiples est nécessaire. Actuellement, dans divers pays, on est en train d'examiner ou d'amorcer des initiatives qui traitent de la question. Au Zimbabwe, parmi les options envisagées qui sont énumérées dans le projet de politique nationale sur la VIH/sida, la question de politique la plus débattue est celle de la distribution de condoms dans les prisons. On a noté des différences d'opinion de la part du public, issues de la peur de donner l'impression de fermer les yeux sur l'homosexualité. Toutefois, on souligne que la question dans les prisons n'est pas l'homosexualité, mais celle de reconnaître que beaucoup d'hommes hétérosexuels en prison prennent la seule sortie sexuelle à leur disposition (en plus de la masturbation) et sont donc à risque élevé d'infection à VIH. C'est pourquoi l'encouragement

de la masturbation mutuelle ou de soi et la promotion active de l'usage de condoms doivent faire partie de la réponse à ce problème épidémique.

**Anonyme (1998) AIDS in prisons – good intentions, harsh realities in Africa's penitentiaries. *AIDS Analysis Africa*, 8(3): 12.**

L'article signale qu'il y a une forte opposition culturelle à l'idée de donner accès aux condoms dans les prisons d'Afrique, et que l'Afrique du Sud est le seul pays à distribuer des condoms dans les prisons. Au Togo et en Guinée, des condoms sont vendus dans les hôpitaux pénitentiaires. La remarque qu'a fait un chef du centre de détention à Dakar reflétait l'attitude courante : [Traduction] « Si nous introduisons des condoms dans les prisons, nous invitons les prisonniers et les prisonnières à faire d'un côté ce que nous leur défendons de faire de l'autre ».

**Anonyme (2003). South African wins payout after prison HIV infection. *AIDS Policy & Law*, 18(4): 6.**

Un règlement extrajudiciaire obtenu par un ancien détenu sud-africain illustre la responsabilité potentielle des autorités correctionnelles en ce qui a trait aux actions civiles. L'ancien prisonnier prétendait qu'il avait contracté le VIH par des rapports sexuels en prison entre 1993 et 1994. On a introduit des condoms dans les prisons sud-africaines en 1996. Il prétend que les autorités n'ont pas averti les détenus concernant les risques de rapports sexuels non protégés et n'ont pas fourni de condoms. Le département sud-africain de services correctionnels a rejeté toute responsabilité dans le cadre du règlement.

**BMA Foundation for AIDS (1997). Prescribing of condoms in prisons: survey report. Londres : The Foundation.**

Disponible au [www.medfash.org.uk/publications/archive.html](http://www.medfash.org.uk/publications/archive.html)

Un rapport sur une étude qui a enquêté la disponibilité de condoms dans les prisons d'Angleterre et du Pays de Galles. L'enquête visait à vérifier l'application des conseils donnés au personnel cadre médical des prisons. On leur avait dit qu'ils peuvent (et devraient) prescrire des condoms aux personnes incarcérées si nécessaire pour éviter le risque d'infection à VIH.

**Braithwaite R, Stephens T (2005). Use of protective barriers and unprotected sex among adult male prison inmates prior to incarceration. *International Journal of STD & AIDS*, 16: 224-226.**

L'article décrit les prédictors d'usage de barrières protectrices et de rapports sexuels non protégés parmi un échantillon de détenus masculins adultes.

**Community Agency for Social Enquiry (1997). *Research to Explore the Implications for the Development of Policy on Condom Distribution in Prison. Braamfontein : Afrique du Sud.***

L'AIDS Law Project (Afrique du Sud) a engagé la Community Agency for Social Enquiry (CASE) pour mener une recherche dans une prison de Johannesburg sur les conséquences d'introduire des condoms comme stratégie clé de prévention du VIH. Cinq groupes de discussion ont eu lieu, trois avec des personnes incarcérées et deux avec les agents et les agentes de correction. Se basant sur leur recherche, CASE a fait un certain nombre de recommandations au ministère sud-africain des services correctionnels, y compris, mais sans s'y limiter, ce qui suit : (i) passer à l'action pour traiter du système carcéral corrompu; (ii) sensibiliser les personnes incarcérées de leurs droits en prison; (iii) mener des programmes d'éducation sexuelle et de



compétences de la vie pour toutes les personnes incarcérées et tous les agents et toutes les agentes de correction; (iv) distribuer des aiguilles; et (v) considérer le meilleur moyen de distribuer des condoms.

**Cregan J, Kippax S, Crawford J (1996). Sex, contagion, control: prison officers vs condoms in New South Wales Gaols. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 29(3): 227-246.**

Le document examine des opinions de spécialistes et de communauté, des politiques pénitentiaires et en matière de VIH/sida, des discours publics et correctionnels, et des déclarations faites par des personnes représentant les syndicaux des agents et des agentes de correction concernant la fourniture de condoms en prison. Il rapporte une réussite initiale d'agents et d'agentes de correction qui cherchaient à bloquer la distribution de condoms dans les prisons de Nouvelle-Galles-du-Sud.

**Davis AJ (1982). Sexual assault in the Philadelphia prison system and sheriff's vans. In AM Scacco, Jr (éd.), *Male Rape: A Casebook of Sexual Aggressions*. New York: AMS Press, at 107-120.**

**Great Victory for South African Prisoners with HIV: Supreme Court Affirms Non-discrimination Protections on Basis of HIV Status and Sexual Orientation. *IGLHRC Action Alert* 1996; 5(5): 2-3.**

L'auteur signale que le 20 juin 1996, la cour suprême de l'Afrique du Sud a ordonné la conformité dans tout le pays à une nouvelle politique du département des services correctionnels en matière de VIH/sida qui assure la fourniture de condoms à toutes les personnes incarcérées, des soins et traitements pour toutes celles qui sont séropositives pour le VIH, et la protection contre la discrimination fondée sur l'état sérologique pour le VIH ou l'orientation sexuelle.

**Heilpern D (1994). Sexual assault of New South Wales prisoners. *Current Issues on Criminal Justice*, 6(3): 327- 334.**

**Human Rights Watch (2001). No Escape: Male Rape in U.S. Prisons. New York: Human Rights Watch.**

Disponible au <http://www.hrw.org/reports/2001/prison/>

L'organisme Human Rights Watch a entrepris trois ans de recherche afin de rendre public le problème de viol des hommes dans les prisons des États-Unis. Le rapport résultant de 378 pages est fondé sur l'information provenant de plus de 200 détenus dans 34 États, dont certains ont été interviewés personnellement, ainsi qu'un sondage exhaustif auprès des autorités responsables de prisons d'État.

**Jürgens R (1994). Prisoners Sue for the Right to Condoms. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1(1): 5.**

Disponible au [www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/Fall1994/104.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/Fall1994/104.htm).

Cet article rapporte un cas où les personnes incarcérées dans deux prisons en Australie ont poursuivi l'état de Nouvelle-Galles-du-Sud au civil pour avoir refusé de permettre aux personnes incarcérées l'accès aux condoms.

**Jürgens R (1994). Results of the Staff Questionnaire. Dans : Service correctionnel Canada. HIV/AIDS in Prisons: Background Materials. Ministre des Approvisionnements et Services, at 85-109.**

Une majorité écrasante des 462 membres du personnel de correction répondant à un questionnaire ont dit que le fait d'avoir donné accès à des condoms dans les prisons fédérales canadiennes n'avait créé aucun problème.

**Jürgens R (1995). Australie : suivi de l'affaire des condoms dans les prisons. Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1(3): 3.**

Disponible au [www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/April1995/305.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/April1995/305.htm)

Mise à jour d'un cas concernant les condoms dans une prison australienne (voir supra).

**Kennedy M. (1995) Prison Discrimination Case Continues. [Australian] HIV/AIDS Legal Link, 6(2), 12.**

**Lockwood D (1994). Issues in prison sexual violence. Dans : MC Braswell, RH Montgomery Jr, LX Lombardo (éd.). Prison Violence in America (2<sup>e</sup> éd.). Cincinnati, OH : Henderson, 97-102.**

**Moss C, Hosford R, Anderson W (1979). Sexual assault in prison. Psychol Rep, 44: 823-828.**

**Nacci P, Kane T (1982). Sex and sexual aggression in federal prisons. Washington: Federal Bureau of Prisons.**

**PotterRH, Tewksbury R (2005). Sex and prisoners: Criminal justice contributions to a public health issue. Journal of Correctional Health Care, 11(2).**

La recherche sur les comportements sexuels dans les établissements correctionnels existe dans la documentation sur la justice criminologique ou criminelle depuis plus de 60 ans, pourtant peu de cette documentation semble être connue dans le discours sur la santé publique lié à ce sujet. L'objectif de cette étude était d'examiner cette recherche criminologique pour un public intéressé à la santé publique. Le but était d'intégrer la recherche sur la justice criminelle à la santé publique afin de développer une image plus claire de l'état actuel de la connaissance empirique concernant le comportement sexuel dans le milieu carcéral. La conception de l'étude comportait une approche en matière de santé publique pour évaluer l'étendue du sexe dans les milieux correctionnels au moyen d'un examen critique de la documentation criminologique. On a exploré les relations entre les questions de comportement sexuel, de transmission de maladie, de violence sexuelle, et d'opérations correctionnelles d'une perspective visant à générer des hypothèses et à les mettre à l'essai. La conclusion : des partenariats entre la santé publique et la justice criminelle peuvent mieux aborder les questions associées au comportement sexuel des personnes incarcérées dans les milieux correctionnels sur le plan de recherche et des opérations.

**Réseau juridique canadien VIH/sida (2004). Prévention : les condoms (feuillet d'information n° 4 dans la série de feuillets d'information sur le VIH/sida en prison). Montréal : Le Réseau, troisième version révisée et actualisée.**

Un feuillet de deux pages concernant les condoms en prison. Disponible en anglais et en français au [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/feuillets.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/feuillets.htm) Une version russe sera offerte en 2006.

**Reyes H (2000). Condoms for prisoners: will they be used? [Lettre électronique à réponse rapide] *British Medical Journal*.**

Disponible au <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/320/7248/1493/a#8248>

L'article souligne que dans les prisons africaines, il serait contre-productif de ne pas se rendre compte que la prévention du VIH dépend plus de la réforme pénitentiaire et pénale que des programmes en matière de condoms (et d'échange de seringues). On insiste que la réforme pénitentiaire et pénale a besoin de [Traduction] «réduire de beaucoup les population carcérales pour que les gardes peu nombreux et sous-payés soient capables de protéger les personnes incarcérées vulnérables de la violence et de la coercition sexuelle ». Il indique que : [Traduction] « les nombreuses luttes pour le pouvoir et les conflits internes qui sont courants dans les prisons surpeuplées et confuses d'Afrique ne sont certainement pas le milieu pour convertir les personnes incarcérées en *usagers et usagères de condoms convaincus* ».

**Service correctionnel Canada (1994). *VIH/sida et prisons : Rapport final du comité d'experts*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services.**

Le comité recommande l'accès facile aux condoms et que les activités sexuelles consensuelles [Traduction] « soient supprimées de la catégorie d'infractions institutionnelles »; et aborde la prévention des activités sexuelles non consensuelles.

**Saum CA, Surratt HL et coll. (1995). Sex in prisons: Exploring the myths and realities. *The Prison Journal*, 75(4): 413-430.**

**Simooya O (2000). Acceptability of condoms for HIV/AIDS prevention in an African jail [Lettre électronique à réponse rapide] *British Medical Journal*.**

Disponible au <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/320/7248/1493/a#8213>

Les détenus interrogés concernant leurs points de vue sur la fourniture de condoms dans les prisons de Zambie suggéraient qu'une augmentation du personnel pour superviser les délinquants, plutôt que des condoms, protégerait contre le VIH acquis par le biais d'activités sexuelles entre partenaires du même sexe. Une majorité (68 %) était opposée à l'idée de rendre les condoms disponibles en prison et [Traduction] «trouvait l'idée de distribuer des condoms parmi des hommes socialement inacceptable ». Simooya a conclu que [Traduction] « dans cette situation, et vu la gravité du problème de sida en Zambie, où jusqu'à un adulte sur cinq est porteur du virus du sida, il faudrait peut-être envisager d'autres façons de punir les délinquants et les délinquantes ».

**Spaulding A, Lubelczyk R, Flanagan T (2001). Can unsafe sex behind bars be barred? *American Journal of Public Health*, 91(8): 1176-1177.**

**Struckman-Johnson C, Struckman-Johnson D (2000). Sexual coercion rates in seven mid-western prison facilities for men. *The Prison Journal*, 80(4): 379-390.**

**Struckman-Johnson C et coll. (1996) Sexual coercion reported by men and women in prison. *The Journal of Sex Research*, 33(1): 67-76.**

**Tewksbury R (1989). Measure of sexual behaviour in an Ohio prison. *Sociol Soc Res*, 74: 34-39.**

**Wooden W, Parker J (1982). *Men behind bars: Sexual exploitation in prison*. New York: Plenum Press.**

## Tatouage

Reconnaissant le fait que le tatouage est répandu dans beaucoup de systèmes carcéraux et étant donné le risque de transmission de maladies que cela entraîne, certains systèmes ont introduit des mesures pour rendre le tatouage plus sûr. Cette section contient des documents qui discutent des enjeux liés au tatouage en prison.

**Awofeso N (2000). Jagers in the pokey: understanding tattooing in prisons and reacting rationally to it. *Australian Health Review*, 25(2): 162-169.**

Les lois sur le tatouage dans les prisons ainsi que l'accès à des services professionnels de tatouage offerts aux personnes durant leur incarcération sont restés des questions controversées entre les autorités de pénitenciers et les autorités de la santé dans la plupart des prisons de l'Ouest. Cet article examine les arguments des deux parties intéressées ainsi que les attitudes des personnes incarcérées vis-à-vis du tatouage, et suggère qu'une approche à facettes multiples qui prend connaissance de ce qui motive les personnes incarcérées à avoir des tatouages en prison et des répercussions (potentielles) du tatouage en milieux correctionnels.

**Awofeso N, Williams C (2002). Branded – tattooing in prisons. *Trop Doct*, 30(3): 186-187.**

**Collins P et coll. (2003). *Driving the Point Home: A Strategy for Safer Tattooing in Canadian Prisons*. Toronto: PASAN, Réseau juridique canadien VIH/sida, HIV/AIDS Regional Services.**

Disponible au [www.pasan.org](http://www.pasan.org)

Le document de politique canadienne la plus complète sur le tatouage dans les prisons. On l'a élaboré en consultation avec des comités de personnes incarcérées partout au pays.

**Doll D (1988). Tattooing in prison and HIV infection. *The Lancet*, 2(9): 66-67.**

**Jürgens R (2004). Le Service correctionnel du Canada amorce une initiative de pratiques sécuritaires de tatouage. *Revue VIH/sida, droits et politiques*, 9(2): 45-46.**

Disponible au [www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/vol9no22004/prisons.htm#p1](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/vol9no22004/prisons.htm#p1)

En 1994, l'Expert Committee on AIDS and Prisons a recommandé que les équipements et les fournitures de tatouage soient autorisés pour utilisation dans les établissements correctionnels fédéraux et que l'on enseigne aux prisonniers et aux prisonnières qui offriraient des services de tatouage comment utiliser l'équipement de façon sûre. Dix ans plus tard, le Service correctionnel Canada (SCC) a annoncé que, dans le cadre d'un projet visant l'adoption de pratiques de tatouage sûres, il mettrait sur pied des projets pilotes dans six prisons fédérales en 2004 et évaluerait l'initiative. Dans le cadre du projet visant l'adoption de pratiques de tatouage sûres, des salons de tatouage seront installés dans des prisons fédérales dans toutes les régions, y compris un établissement pour femmes. Ces salons seront gérés par les prisonnières et les prisonniers eux-mêmes sous la supervision du personnel du SCC.

**Ko YC et coll. (1992). Tattooing as a risk of hepatitis C infection. *J Med Virol*, 38: 288-291.**

**Long GE, Rickman LS (1994). Infectious complications of tattoos. *Clinical Infectious Diseases*, 18: 610-619.**

**Post J et coll. (2001). Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route. *Medical Journal of Australia*, 174: 183-184.**

Voir aussi ci-dessus, dans « evidence of HIV and HCV transmission. »

**Reindollar RW (1999). Hepatitis C and the correctional population. *American Journal of Medicine*, 107(6B): 100S-103S.**

## Usage de drogues injectables (aperçus)

Cette section contient des articles et des rapports qui fournissent des aperçus des questions liées à l'usage de drogues injectables dans les prisons, tandis que les sections suivantes contiennent des documents portant sur des interventions spécifiques adoptées dans certains systèmes carcéraux pour prévenir la propagation du VIH et du VHC par l'usage des drogues injectables.

### Ressources essentielles

**Black E, Dolan K, Wodak A (2004). *Supply, Demand and Harm Reduction Strategies in Australian Prisons: Implementation, Cost and Evaluation. A report prepared for the Australian National Council on Drugs. Sydney : Australian National Council on Drugs.***

Le rapport complet est disponible au [www.ancd.org.au](http://www.ancd.org.au)

Un des rares examens des stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des méfaits utilisées dans les prisons. À cause de son importance, le résumé complet est reproduit ici :

[Traduction] « L'usage croissant de drogues illicites en Australie au cours des dernières décennies et la dépendance importante à l'égard des mesures d'application de la loi ont entraîné une croissance de la population carcérale et une augmentation de la proportion des personnes incarcérées ayant des antécédents d'usage de drogues, particulièrement l'usage de drogues injectables. En réponse à cette réalité, les autorités pénitentiaires ont établi une gamme diverse de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des méfaits. Cette étude a trouvé que beaucoup de ces stratégies ont été mal documentées, leurs coûts étaient pratiquement inconnus et leurs avantages et leurs conséquences négatives ont rarement été définis.

Des stratégies de réduction de l'offre sont conçues pour interrompre la production et l'approvisionnement de drogues illicites. Les deux principales formes précises de réduction de l'approvisionnement utilisées dans les prisons australiennes étaient les chiens de détection et les analyses d'urine. Tous les systèmes carcéraux utilisaient ces deux méthodes. Il était évident que ces stratégies de réduction de l'offre coûtaient assez cher, n'avaient pas été évaluées et avaient possiblement des conséquences négatives. Les stratégies de réduction de l'offre dans les prisons australiennes ont besoin d'être évaluées.

Les stratégies de réduction de la demande visent à réduire la demande pour les drogues illicites. Des exemples comprennent la détoxification, le traitement à la méthadone, des programmes pour personnes incarcérées, de la consultation et des unités sans drogues. Alors que la plupart des stratégies de réduction de la demande ont été mises en oeuvre dans chaque système carcéral, le niveau d'application variait beaucoup. Certaines stratégies de réduction de la demande étaient relativement peu coûteuses. Chaque type de stratégie de réduction de la demande avait été évalué et la plupart des évaluations étaient favorables. Il y avait une forte indication que la disponibilité de stratégies de réduction de la demande était insuffisante.

Le but des stratégies de réduction de la demande est de réduire directement les méfaits liés à l'usage des

drogues illicites. Les huit stratégies de réduction de la demande déterminées étaient l'éducation en matière de réduction des méfaits, l'éducation par les pairs, les tests de dépistage d'infections transmissibles par le sang, la vaccination contre l'hépatite B, la fourniture de condoms, la fourniture d'eau de Javel ou de détergent, la fourniture de naloxone, et les programmes en matière d'aiguilles et de seringues. On avait mis en oeuvre seulement trois stratégies dans chaque territoire de compétence : les tests de dépistage d'infections transmissibles par le sang, la vaccination contre l'hépatite B, la fourniture de naloxone, même si celles-ci ne coûtaient pas trop cher. On avait évalué trois stratégies : l'éducation par les pairs en matière de drogues illicites, la fourniture de condoms et la fourniture d'eau de Javel, tous favorablement. Il y avait des indications de mise en application insuffisante des stratégies de réduction de la demande.

L'évaluation approfondie des stratégies de réduction de la demande et des méfaits dans des milieux communautaires suggérait que l'on pourrait s'attendre à des avantages semblables dans des environnements correctionnels. Considérant l'importance d'élaborer une réponse efficace à l'usage des drogues en prison, il y a un besoin urgent d'améliorer la documentation de toutes les stratégies, d'augmenter la quantité et la qualité des évaluations et d'étendre la mise en application des stratégies les mieux appuyées par les preuves actuelles, notamment les stratégies de réduction de la demande et des méfaits. De plus, les mesures visant à réduire la grandeur de la population carcérale auraient d'importants avantages et entraîneraient des économies considérables.

En conclusion, les stratégies de réduction de l'offre étaient très répandues, coûtaient cher, n'avaient pas été évaluées et avaient possiblement des conséquences négatives non prévues. Les stratégies de réduction de la demande connaissaient un niveau raisonnable d'application, ne coûtaient pas très cher, et l'évaluation avait été favorable. Les stratégies de réduction des méfaits étaient les moins susceptibles d'être mises en application, ne coûtaient pas trop cher, et l'évaluation avait été favorable ».

**MacDonald M (2005). *A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe.***

**Finlande : Heuni.**

Disponible au [www.heuni.fi/12542.htm](http://www.heuni.fi/12542.htm) (y compris un résumé en anglais et en russe).

Ceci est une version plus détaillée et accessible du rapport immédiatement ci-dessous.

**MacDonald M (2004). *A Study of Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe.* Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison.**

Disponible sur le site Web du European Network on Drugs and Infections Prevention in Prisons, au [www.endipp.net/?pid=8](http://www.endipp.net/?pid=8)

Les 10 pays participants étaient la Bulgarie, la République tchèque, L'Estonie, l'Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie, la Slovaquie et la Slovénie. L'ensemble des buts de la recherche était : de préparer un rapport sur la fourniture de services pour les toxicomanes incarcérés dans 10 pays; de comparer la fourniture de services avec les lignes directrices actuelles du Conseil de l'Europe et de l'Organisation mondiale de la Santé et les stratégies nationales en place dans chaque pays; de mener une campagne de sensibilisation aux initiatives en place dans les prisons échantillons et de faciliter le partage de la meilleure pratique à l'échelle nationale et internationale.



La recherche comportait la visite d'un minimum de deux prisons et d'ONG (oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie) dans chacun des dix pays. Le rapport contient des conclusions et des suggestions. Entre autres, on mentionne :

[Traduction] « Une étape clé de la prestation de services liés aux drogues pour les personnes incarcérées est de reconnaître officiellement que les drogues sont souvent disponibles en prison et que certaines personnes incarcérées se livreront à des comportements à risque élevé (par exemple, l'usage de drogues injectables). On reconnaît officiellement la disponibilité de drogues dans les prisons dans la plupart des pays échantillons. La mesure d'usage de drogues variait entre les prisons d'un même pays.

Les systèmes carcéraux dans l'échantillon sont aux prises avec une série de priorités concurrentielles dans le développement de leurs prisons. La réduction des méfaits et le traitement pour la toxicomanie n'étaient pas toujours considérés comme des priorités clés. Toutefois, il faudrait considérer le développement de tels services sous l'angle de la prévention et comme une occasion de répondre aux besoins en matière de santé et de traitement des usagers et des usagères de drogues problématiques (un groupe souvent difficile à joindre dans la communauté) qui sont de plus en plus représentés en prison dans tous les pays. L'éclosion du VIH à la maison de correction d'Alytus en Lituanie a particulièrement bien illustré l'importance d'introduire des mesures de réduction des méfaits. On a établi que la principale cause de cette éclosion du VIH était l'usage de drogues injectables plutôt que des rapports sexuels non protégés dans la prison ».

**Organisation mondiale de la Santé (2001). Prisons, Drogues et Société. Déclaration de consensus sur les principes, la politique et les pratiques A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices. Berne : OMS (Bureau régional pour l'Europe) Health in Prisons Project and the Pompidou Group of the Council of Europe.**

Disponible en anglais, en français, en russe et en allemand au

[http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1)

La déclaration reconnaît qu'il reste encore beaucoup plus à faire dans les « systèmes pénitentiaires pour limiter les dommages causés par les drogues et traiter avec succès de nombreux détenus dépendants ou ayant une consommation abusive. La promotion de la santé dans les prisons peut largement contribuer aux stratégies nationales visant à résoudre les problèmes de drogues [...] dans la société ». La déclaration de consensus est divisée en quatre parties principales : 1) principes à respecter vis-à-vis des détenus qui font ou ont fait un usage abusif des drogues; 2) politique et pratique tout au long du processus pénal; 3) questions transversales et besoins spécifiques; 4) listes récapitulatives à l'intention des principaux intervenants et des directeurs de prisons.

**Organisation mondiale de la Santé (2005). Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users. Genève : OMS.**

À la page 19, on conclut : [Traduction] « On a besoin de regarder les coûts et les dépenses dans les milieux sociaux et culturels différents, mais actuellement il y a des dépenses importantes qui sont faites dans de nombreux pays sur l'emprisonnement et l'incarcération prolongée dans les centres de détention, des approches qui sont associées aux taux de rechute très élevés tôt après la

libération. Il n'y a aucune preuve qu'une telle approche est efficace par rapport au coût, et il y a beaucoup d'indications tendant vers le fait qu'il est nécessaire d'effectuer des évaluations comparatives de rentabilité si et quand de nouveaux projets pilotes en matière de pharmacothérapie agoniste sont lancés dans certains pays. Des pays où existe le traitement institutionnel à long terme forcé devraient revoir l'ensemble de leur stratégies de traitement et envisager de réorienter des ressources de tels établissements à des programmes communautaires de traitement par substitution pour la toxicomanie».

**Service correctionnel Canada. *Évaluation des mesures de réduction des méfaits du VIH/sida du Service Correctionnel Canada. Ottawa : SCC, 1999.***

Le rapport sur l'évaluation en 1998 des actions liées à la réduction des méfaits du SCC.

**Shewan D, Davies JB (éd.). *Drug Use and Prisons: An International Perspective. Amsterdam : Harwood Academic.***

Ce recueil fournit un compte rendu détaillé des tendances d'usage de drogues et de comportements à risque dans les prisons, et de diverses réponses à cet aspect de la vie en prison. Il contient des articles provenant de l'Europe, de l'Amérique du Nord et du Sud, de l'Afrique, et de l'Australie.

**Stöver H (2000). *Manual – Risk Reduction for Drug Users in Prisons. Utrecht : Trimbos Institute.***

Disponible au [www.ahrn.net/library\\_upload/uploadfile/riskreduction.pdf](http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/riskreduction.pdf)

Le manuel décrit ce que l'on peut faire pour réduire les risques pour la santé liés aux drogues dans les prisons. En plus de fournir l'information de base sur les drogues, l'usage de drogues, les maladies infectieuses et les stratégies de réduction des risques, il contient des modules de séances de formation pour le personnel de correction et les personnes incarcérées.

**Stöver H (2001). *Study on Assistance to Drug Users in Prisons. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA/2001).***

Disponible au [www.archido.de/eldok/docs\\_en/stoever\\_habil\\_2000.htm](http://www.archido.de/eldok/docs_en/stoever_habil_2000.htm)

(Voir aussi la version abrégée du rapport intitulée, *An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*, disponible au [www.emcdda.eu.int/](http://www.emcdda.eu.int/))

Un aperçu de toutes les questions liées à l'aide aux usagers et aux usagères de drogues dans les prisons européennes, y compris la prévalence du VIH/sida et les comportements à risque, le traitement axé sur l'abstinence, la thérapie de substitution, et les programmes d'échange d'aiguilles.

**Stöver H (2002). *Drug and HIV/AIDS Services in European Prisons. Oldenburg: University of Oldenburg.***

<http://docserver.bis.uni-oldenburg.de/publikationen/bisverlag/2002/stodru02/stodru02.html>

Ce livre porte surtout sur la santé des usagers et des usagères de drogues dans les prisons. C'est une version étendue et améliorée du rapport intitulé *Assistance to drug users in European Union prisons - an overview study*. Elle porte une attention spéciale aux stratégies de réduction des méfaits mises en application dans les prisons européennes.

**Thomas G (2005). *Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.**

<http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Publications/HarmReductionSeries.htm>

Ce document vise à fournir de l'information empirique actuelle et objective pour guider la mise en application de politiques et de programmes visant à promouvoir la réduction des méfaits associés à l'usage de drogues. Alors qu'il est axé sur le Canada, ce document sera utile dans d'autres pays aussi.

**Weekes J, Thomas G, Graves G (2004). *FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.**

Disponible au [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca) en anglais et en français.

Un examen (sous forme de *foire aux questions*) des questions liées à l'usage de drogues dans les prisons, axé sur le Canada, mais comprenant beaucoup d'information concernant d'autres pays. Les questions abordées comprennent : Quelle proportion de la population carcérale a un problème d'abus d'alcool ou de drogues? Dans quelle mesure l'alcool et les autres drogues sont-ils disponibles en prison? Quel est le degré d'efficacité des efforts visant à limiter la disponibilité d'alcool et d'autres drogues en prison? Quel est celui des programmes d'analyse d'urine en prison pour ce qui est de réduire l'usage de drogues des délinquants et des délinquantes? Quel est le degré de gravité du problème d'usage de drogues injectables et de partage des aiguilles en prison? Quelle sorte de traitement est disponible pour les toxicomanes pendant qu'ils sont incarcérés et lorsqu'ils sont libérés dans la communauté? Quelles sont les caractéristiques des programmes de *meilleures pratiques* en matière d'abus d'alcool et de drogues en prison? Quelle est l'efficacité des programmes de traitement pour la toxicomanie pour les personnes incarcérées? De quelles manières les approches de réduction des méfaits peuvent-elles réussir dans des milieux carcéraux? Y a-t-il des programmes d'échange d'aiguilles dans des établissements correctionnels?

**Wood E, Montaner J, Kerr T (2005). *HIV risks in incarcerated injection-drug users [commentaire]*. *The Lancet*, 366: 1834-1835.**

Les auteurs soutiennent que [Traduction] « la politique d'incarcération en masse d'auteurs non violents d'infraction liées aux drogues a besoin d'être examinée. Par contre, à court terme, il y a un besoin urgent de s'assurer que des standards de prévention du VIH dans les prisons correspondent aux meilleures preuves disponibles et aux standards tracés dans les lignes directrices internationales. À mesure que le VIH continue à se propager rapidement dans les populations d'UDI partout dans le monde, un contrôle global de l'épidémie exigera que les systèmes carcéraux passent au-delà de leurs rôles traditionnels de détention et assument la responsabilité de la prévention de la transmission du VIH entre les personnes incarcérées ».

**Zurhold H, Stöver H, Haasen C (2004). *Female drug users in European Prisons – best practice for relapse prevention and reintegration*. Hambourg : Centre for Interdisciplinary Addiction Research, Université de Hambourg.**

Résumé disponible au [www.zis-hamburg.de/Female\\_prisoners\\_executive\\_summary\\_2004.pdf](http://www.zis-hamburg.de/Female_prisoners_executive_summary_2004.pdf)

Cette étude d'une durée de 12 mois fournit un aperçu des politiques et des pratiques concernant les usagers et les usagères de drogues adultes dans les prisons européennes. Les objectifs étaient

de combler le manque d'information concernant l'ampleur du problème; et la disponibilité des services liés aux drogues pour cette population partout en Europe.

## **Autres ressources**

**Bewley-Taylor D, Trace M, Stevens A (2005). *Coûts et impacts de l'incarcération pour délinquances liées aux drogues*. Oxford : Royaume-Uni : The Beckley Foundation.**

Disponible au [http://www.internationaldrugpolicy.net/publications\\_french.htm](http://www.internationaldrugpolicy.net/publications_french.htm)

**British Columbia Corrections Harm Reduction Committee (1996). *Corrections Branch Harm Reduction Committee Recommendations*. Victoria, Colombie-Britannique : The Committee.**

On a mis sur pied le comité de réduction des méfaits de la Direction des affaires correctionnelles de la Colombie-Britannique pour déterminer des stratégies qui [Traduction] « réduiront de façon efficace la propagation du VIH et d'autres maladies transmissibles dans les prisons provinciales » en Colombie-Britannique. Reconnaisant que [Traduction] « malgré nos meilleurs efforts visant à arrêter la circulation de drogues dans nos institutions, la réalité est qu'il y aura encore utilisation et partage de drogues en prison », le comité a fait une série de recommandations concernant la méthadone, les programmes d'échange de seringues, l'eau de Javel, et l'usage de drogues.

**Burrows D (2001). *A Best Practice Model of Harm Reduction in the Russian Federation: Final Project Report*. Washington, DC/Moscou : World Bank (Health Nutrition and Population Discussion Paper).**

Le rapport fournit une analyse de programmes de réduction des méfaits existants dans la communauté et dans les prisons de la Fédération de Russie et fait des recommandations sur la façon d'améliorer ces programmes.

**Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et l'Association canadienne de santé publique (1997). *HIV, AIDS and Injection Drug Use: A National Action Plan*. Ottawa : Le Centre et l'Association.**

Dans ce document, on affirme que [Traduction] « l'on doit améliorer les conditions dans les milieux correctionnels » en augmentant l'accès au traitement à la méthadone et en menant [Traduction] « des programmes pilotes d'échange d'aiguilles dans les milieux correctionnels fédéraux et provinciaux ».

**European Network of Services for Drug Users in Prison (1994). *Summaries for each country of drug laws, prison systems, drug treatment services and drug services in prisons*. Cranstoun Projects : Londres**

Fournit des résumés des lois sur les drogues, des systèmes carcéraux, des services de traitement de la toxicomanie et des services liés aux problèmes de drogues dans les prisons en Belgique, au Danemark, en France, en Allemagne, en Grèce, en Italie, au Luxembourg, au Portugal, dans la République d'Irlande, en Espagne, aux Pays-Bas, et au Royaume-Uni.

**Godin G et coll. (2001). Correctional officers' intention of accepting or refusing to make HIV preventive tools accessible to inmates. *AIDS Educ Prev*, 13(5): 462-473.**

Le but de cette étude était de déterminer les facteurs qui expliquent l'intention des agents et des agentes de correction d'accepter ou de refuser de mettre les outils de prévention du VIH (condoms, eau de Javel, équipement de tatouage et seringues) à la disposition des personnes incarcérées. Un total de 957 agents et agentes ont rempli un questionnaire. Seulement 21,4 % des agents et des agentes étaient favorables à l'accessibilité à tous les outils de prévention.

**Gore SM et coll. (1999). How many drug rehabilitation places are needed in prisons to reduce the risk of bloodborne virus infection? *Commun Dis Public Health*, 2(3): 193-195.**

**Hughes RA, Huby M (2000). Life in prison: Perspectives of drug injectors. *Deviant Behavior*, 21(5): 451-479.**

Même s'il existe une importante documentation sur la vie des personnes en prison, on en connaît peu concernant les personnes qui utilisent des drogues injectables en milieu carcéral. On a invité des utilisateurs et des utilisatrices de drogues injectables avec l'expérience de la prison à discuter de la vie en milieu carcéral au cours d'entrevues en profondeur et de discussions en petits groupes. On a recruté ces utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables dans la communauté en Angleterre, et 24 personnes ont participé. Par l'analyse des réponses, on a déterminé les thèmes généraux suivants comme étant des expériences importantes : l'entrée en prison et le début du séjour; les conditions pénitentiaires; les régimes pénitentiaires; les journées dans la vie des utilisateurs et des utilisatrices de drogues injectables; les relations et les réseaux sociaux; et les règles et les attitudes non formelles. Cet article puise dans les descriptions faites par les utilisateurs et les utilisatrices de drogues injectables pour illustrer ces résultats, dans le but d'aider à sensibiliser les chercheurs et les chercheuses ainsi que les responsables de politiques à certaines questions qui sont au coeur des problèmes lorsqu'on s'occupe des personnes utilisant des drogues injectables dans les prisons.

**Hughes RA (2003). Illicit drug and injecting equipment markets inside English prisons: a qualitative study. *Journal of Offender Rehabilitation*, 37(3/4): 47-64.**

Ce document présente les résultats d'une recherche qualitative qui a invité 24 personnes utilisant des drogues injectables et ayant l'expérience de la prison pour discuter du rôle et de l'exploitation du marché des drogues illicites et du matériel d'injection dans les prisons. On a obtenu ces données grâce à des entrevues détaillées et des discussions en petits groupes. L'étude a trouvé que lorsque le matériel d'injection stérile n'était pas disponible, le besoin d'injection et le sevrage de drogue étaient des facteurs importants de l'empressement signalé de partager le matériel d'injection. Cette constatation s'appliquait largement à l'intérieur et à l'extérieur des prisons. Cependant, le contexte social dans lequel on étudiait le risque du VIH influait sur les différents types de réponses entre ces deux environnements. Ces perceptions du risque pour le VIH sont spécifiques à la situation, mais l'influence du besoin d'une injection de drogue et du sevrage sur le comportement à risque pour le VIH transcende les milieux sociaux. Ainsi, cette étude a conclu que les stratégies de réduction des risques pour le VIH devraient être uniformes à l'intérieur et à l'extérieur des prisons.

**Johnson H (2004). *Drugs and Crime: A Study of Incarcerated Female Offenders (Research and Public Policy Series n° 63)*. Canberra : Institut australien de criminologie.**

Disponible au <http://www.aic.gov.au/publications/rpp/63/index.html>

L'Institut australien de criminologie entreprend actuellement une recherche sur les profils d'usage de drogues d'adultes masculins, féminins et de jeunes incarcérés dans des prisons australiennes. L'objectif de l'étude « Drug Use Careers of Offenders » (DUCO) sur les femmes est de contribuer à l'évidence empirique concernant l'interaction entre l'usage de drogues et l'acte criminel parmi les femmes incarcérées. Cette monographie présente les résultats de l'étude DUCO sur les femmes qui était basée sur des entrevues auprès de 470 femmes incarcérées dans des prisons australiennes. Les résultats sont présentés concernant des antécédents d'infractions criminelles, d'usage de drogues, de liens entre l'usage de drogues et d'alcool et le crime, l'ordre temporel de l'usage de drogues et de l'acte criminel, et les facteurs de risque pour l'usage de drogues et les infractions. Les résultats démontrent des différences importantes des tendances d'usage de drogues entre les hommes et les femmes. Comprendre les tendances d'infractions et d'usage de drogues et le lien entre les deux pourrait aider à l'élaboration d'interventions et de stratégies de réduction du crime chez les délinquantes.

Les résultats suggèrent aussi que l'usage de drogues et le fait de commettre des infractions chez les femmes ne sont peut-être pas directement liés mais résultent d'un troisième facteur. L'abus sexuel et physique, la santé mentale, et l'exposition précoce à l'usage de drogues et d'alcool ont été déterminés comme facteurs importants de l'usage de drogues et des actes criminels des femmes. Des expériences d'abus sexuels et physiques pourraient mener à l'usage de drogues comme moyen d'affronter des réactions émotionnelles négatives ou des abus qu'elles continuent de subir. L'usage de drogues et les conséquences d'abus sexuels et physiques rendent les femmes vulnérables au crime un fois que des habitudes de drogues sont établies. Des agences de soutien doivent déceler et traiter les facteurs communs à l'usage de drogues et au crime, aux abus sexuels et physiques, aux problèmes de santé mentale et aux autres expériences familiales négatives à un stade précoce. Des interventions qui apportent de l'aide aux familles et aux enfants au début des problèmes pourraient aider à détourner les femmes de l'usage de drogues et des méfaits associés, y compris la participation à des actes criminels.

**Kent H (1996). *Should prisons ease drug prohibition to help reduce disease spread? Canadian Medical Association Journal, 155: 1489-1491.***

Cet article donne un compte-rendu d'une séance à la Conférence internationale sur le sida tenue en 1996 à Vancouver et axée sur les politiques de réduction des méfaits pour ralentir la propagation du VIH.

**Turnbull PJ, Webster R (1998). *Demand reduction activities in the criminal justice system in the European Union. Drugs: Education, Prevention and Policy, 5(2): 177-184.***

Ce document présente les résultats d'une étude sur six mois d'activités de réduction de la demande de drogues dans le système de justice pénale des États membres de l'Union européenne.

**Uchtenhagen A (1997). *Prevention outside and inside prison walls. International Journal of Drug Policy, 8(1): 56-61.***

L'article soutient que les facteurs de stress, la disponibilité de drogues et une surreprésentation de toxicomanes dans la population carcérale augmentent le risque de devenir toxicomane en milieu carcéral. On résume des aperçus récents de projets de prévention primaire contre l'usage de drogues dans des pays européens. Les principaux messages sont : que l'on peut améliorer la connaissance et les attitudes mais que leur impact sur le comportement lié à la consommation n'est pas fiable; que les programmes à court terme ne sont pas efficaces et que la plupart des programmes ne peuvent pas rejoindre adéquatement les personnes qui en ont le plus besoin. Ces messages doivent être pris en considération lorsqu'il s'agit de la prévention en milieu carcéral. On détermine les objectifs de prévention précis pour les populations carcérales et on mentionne les stratégies sélectionnées (y compris des mesures de contrôle, des mesures thérapeutiques et de réduction des méfaits). L'évaluation de ces stratégies et de ces programmes de prévention est rare; on donne quelques exemples. On recommande plus de projets pilotes axés sur la prévention de la rechute chez les personnes qui ont déjà une dépendance, du réseautage adéquat avec les services de postcure et d'autres organismes externes, et la participation active des personnes incarcérées afin d'améliorer la conformité au programme.

## Eau de Javel et autres désinfectants

Une stratégie pour réduire le risque de transmission du VIH par le partage de matériel d'injection est de fournir de l'eau de Javel ou d'autres désinfectants pour stériliser les aiguilles et les seringues. C'est ce qu'a fait un nombre croissant de systèmes. Cette section contient des documents qui portent sur les questions liées à la pratique d'offrir dans les prisons de l'eau de Javel ou d'autres désinfectants. Elle comprend aussi des recherches qui démontrent ses limites.

### Ressources essentielles

**Dolan K, Wodak A, Hall W (1999). HIV risk behavior and prevention in prison: a bleach program for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, 18: 139-143; et Dolan K et coll. (1994). Bleach Availability and Risk Behaviours in New South Wales. Technical Report No 22. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.**

Résumé disponible au [ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports](http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports)

Une étude de suivi des comportements à risque des personnes incarcérées et de leur accès aux désinfectants en 1993. Plus d'un tiers des répondants ont affirmé qu'ils avaient accès facilement soit à des comprimés désinfectants ou à de l'eau de Javel. Trois quarts des personnes interrogées qui s'injectaient des drogues ont déclaré qu'elles partageaient les seringues, mais pratiquement toutes les personnes qui le faisaient (96 %) ont affirmé qu'elles se servaient d'un désinfectant. Depuis cette étude, on a révisé les instructions de nettoyage de seringue et une étude subséquente a trouvé que les personnes incarcérées commençaient à adopter les nouvelles méthodes de nettoyage (voir Dolan et coll., 1996; Dolan & Wodak, 1998, *infra*).

**Réseau juridique canadien VIH/sida (2004). Prévention : l'eau de Javel (feuillet d'information n° 5 dans la série de feuillets d'information sur le VIH/sida en prison). Montréal : Le réseau, troisième version révisée et mise à jour.**

Un feuillet d'information de deux pages concernant l'eau de Javel dans les prisons.

Disponible en anglais et en français au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>

Une version révisée en russe deviendra disponible en 2006. La deuxième édition, de 2001, est aussi disponible en roumain.

**Service correctionnel Canada (1999). Évaluation des mesures de réduction de l'incidence du VIH/sida au SCC. Ottawa : SCC.**

L'évaluation des mesures de réduction des méfaits du VIH/sida dans le système carcéral fédéral canadien a examiné s'il existait des barrières liées à la perception ou au comportement qui influent sur l'utilisation par les personnes incarcérées de trousse de désinfection à l'eau de Javel; quelle a été l'expérience du système carcéral lorsqu'on y a introduit les trousse de désinfection à l'eau de Javel; et s'il y avait des conséquences non prévues liées à la distribution des trousse de désinfection à l'eau de Javel. Étant donné qu'on n'avait pas encore créé une composante de recherche et d'évaluation lors de l'élaboration du programme, on n'a recueilli aucune donnée systématique sur les changements de comportement résultant du programme. L'évaluation a trouvé qu'en général, les personnes incarcérées avaient un accès facile à l'eau de Javel, mais que



dans quelques prisons, il n'était peut-être pas discret. Les personnes incarcérées ainsi que le personnel ont affirmé que l'eau de Javel était devenue une «réalité de la vie» dans les prisons. Dans toutes les 18 institutions visitées, le personnel ne pouvait se rappeler d'aucun incident où l'eau de Javel avait servi d'arme. Des entrevues avec le personnel indiquaient qu'à part quelques exceptions, les inquiétudes du personnel en ce qui a trait à la sécurité se sont apaisées. Toutefois, l'équipe de recherche a dit qu'elle [Traduction] « ne croyait pas que la distribution de l'eau de Javel à elle seule réduirait de façon efficace la transmission d'infection à l'hépatite ou au VIH ». Elle a conclu : [Traduction] « C'est l'opinion de l'équipe d'évaluation [...] qu'à cause de la façon clandestine et sournoise avec laquelle les personnes qui font usage de drogues injectables opèrent dans les milieux carcéraux; du matériel primitif et improvisé utilisé pour l'injection des drogues; et de la tendance des personnes qui font usage de drogues injectables à «trop se précipiter» lorsque leurs besoins dominent leur jugement, il n'y a aucune garantie que l'utilisation de l'eau de Javel à elle seule réduira en fait la transmission de l'infection du VIH ou de l'hépatite C ». L'équipe de recherche a affirmé que les personnes incarcérées ont soulevé la question de programmes en matière d'aiguilles et de seringues dans 14 des 18 institutions que l'équipe a visitées et que ces personnes disaient : [Traduction] « Je pense qu'il est hypocrite d'avoir seulement un programme en matière d'eau de Javel. Ce n'est qu'une mascarade. Si vous voulez vraiment faire quelque chose, il faut un programme d'échange d'aiguilles. Le programme en matière d'eau de Javel est bon parce que c'est un pied dans la porte ».

**Service correctionnel Canada (2004). Lignes directrices 821-2 - Distribution de l'eau de Javel. Ottawa : SCC.**

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-2-gl\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-2-gl_f.shtml)

Les *Lignes directrices 821-2 - Distribution de l'eau de Javel* donnent des détails sur les modalités d'accessibilité à l'eau de Javel pour les personnes incarcérées. L'eau de Javel est disponible dans les prisons fédérales (et un grand nombre de prisons provinciales) au Canada depuis bien des années, mais on avait l'impression que l'on avait besoin de lignes directrices plus claires pour assurer la distribution efficace et sécuritaire. Entre autres, les lignes directrices déclarent que :

« Il faut utiliser comme désinfectant de l'eau de Javel à usage domestique non diluée (soit entre 5,25 % et 7 %). » (paragraphe 6)

« Chaque trousse doit comprendre :

une bouteille en plastique opaque d'une once contenant de l'eau de Javel et portant la mention *Eau de Javel*, ne pas boire ni injecter;

une bouteille vide en plastique opaque d'une once, pour y mettre de l'eau; et

des instructions sur la bonne façon de nettoyer les seringues et les aiguilles » (paragraphe 7)

« Tout nouveau détenu doit recevoir une trousse de désinfection à l'eau de Javel lors de sa réception dans un établissement fédéral et il doit par la suite s'en faire offrir une chaque fois qu'il sera transféré à un autre établissement » (paragraphe 9)

« chaque établissement doit compter au moins trois endroits désignés où les détenus peuvent remplir une bouteille d'eau de Javel ou obtenir une bouteille pleine d'eau de Javel. Ces endroits doivent avoir autant que possible un caractère privé. Un détenu ne doit en aucun cas être obligé d'aller voir un employé pour faire remplir une bouteille » (paragraphe 11)

« Un détenu qui se trouve en possession de quantités d'eau de Javel dépassant l'once autorisée est considéré comme possédant un objet interdit à moins qu'il ait obtenu au préalable l'autorisation nécessaire » (paragraphe 14)

« La possession d'une bouteille d'une once d'eau de Javel n'est pas considérée en soi comme une preuve suffisante de l'usage de drogue ou d'une autre activité constituant une infraction disciplinaire » (paragraphe 15)

## Autre ressources

**Dolan KA, Wodak AD (1998). A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Aust N Z J Public Health*, 22(7): 838-840; and Dolan K et coll. (1996). Bleach Easier to Obtain But Inmates Still at Risk of Infection in New South Wales Prisons.**

**Technical Report No 34. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.**

Résumé disponible au [ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports](http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports)

On a révisé les directives de nettoyage de seringue pour les UDI en 1993. Ce document examine les efforts de la part des UDI dans des prisons de la Nouvelle-Galles-du-Sud visant à adopter les directives révisées en 1994. On a visité 229 personnes incarcérées dont la libération approchait, et on leur a demandé d'appeler un numéro sans frais pour une entrevue une fois libérée. Les personnes qui ont répondu (102) ne différaient pas de celles qui ne l'ont pas fait (127). Beaucoup (64 %) ont affirmé qu'elles s'étaient déjà injectées et un bon nombre parmi ces dernières ont affirmé qu'elles s'injectaient actuellement (58 %), qu'elles partageaient (48 %) et qu'elles nettoyaient les seringues (46 %) lors de leur dernier séjour en prison. Presque toutes les personnes (97 %) qui avaient partagé des seringues ont affirmé qu'elles les nettoyaient à l'eau de Javel. Une variété de méthodes de nettoyage était utilisée, mais seulement 23 % des sujets ont indiqué qu'ils avaient adopté les directives de nettoyage de seringue révisées. On a signalé le tatouage plus souvent (38 %) que les activités sexuelles (4 %) en prison. Il y avait une amélioration marquée dans l'accès à l'eau de Javel, de 38 % en 1993 (voir Dolan, Wodak, Hall, 1999; Dolan et coll., 1994) à 54 % en 1994 dans les prisons. On a trouvé qu'une nouvelle méthodologie pour la recherche en prison était faisable dans cette étude. Le potentiel de propagation du VIH en prison pose encore des défis importants en matière de santé publique.

**Ford PM et coll. (1999). Séroprévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans une prison fédérale. *Bulletin canadien VIH/SIDA et droit*, 4(2/3) : 52-54.**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-prisons.htm>

On conclut que nous devons « cesser de prétendre que des solutions faibles d'eau de Javel peuvent être efficaces contre quoi que ce soit. Il n'y a pas de données solides permettant de croire que des solutions concentrées d'eau de Javel donnent des résultats, encore moins des solutions que l'on pourrait pratiquement boire ».

**Kapadia F et coll. (2002). Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology*, 13(6): 738-741.**

Une étude qui montre que la désinfection à l'eau de Javel pourrait fournir une certaine protection contre le VHC.

**Organisation mondiale de la santé (2004). *Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users*. Genève : OMS, 2004.**

[www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf)

À la page 31, on recommande : [Traduction] « Les plans de désinfection et de décontamination ne sont pas appuyés par des preuves d'efficacité et l'on ne devrait les préconiser qu'à titre de mesures temporaires où il existe une opposition implacable aux programmes en matière d'aiguilles et de seringues dans certaines communautés ou situations (par ex. des établissements correctionnels) ».

**Small W et coll. (2005). *Incarceration, addiction and harm reduction: inmates' experience injecting drugs in prison*. *Substance Use & Misuse*, 40: 831-843.**

Le but était d'examiner qualitativement le risque d'infection par VIH associé à l'injection de drogues dans les prisons de la Colombie-Britannique. L'étude conclut que [Traduction] « les méfaits normalement associés à la toxicomanie et à l'usage de drogues injectables sont aggravés en prison », et [Traduction] « que la distribution d'eau de Javel est une solution inadéquate ». Les personnes incarcérées qui ont participé à la recherche [Traduction] « étaient d'accord que laver le matériel à l'eau de Javel ne se fait pas invariablement et qu'il est plus probable que ce soit effectué trop rapidement lorsqu'on le fait ». Les personnes incarcérées prétendaient aussi que l'approvisionnement et la qualité de l'eau de Javel varient et que celle-ci n'est pas toujours gardée dans un endroit approprié et accessible. Les personnes incarcérées affirmaient que c'est d'avoir accès à des seringues qu'elles ont vraiment besoin. [Traduction] « On nous donne de l'eau de Javel; pourquoi ne pas nous donner des aiguilles ».

**Taylor A, Goldberg D (1996). *Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse*. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2(3): 13-14.**

Disponible au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Avril1996/14AVRILF.html>

Cet article explique pourquoi, même si l'eau de Javel est disponible en prison, elle reste inutilisée ou utilisée de façon non efficace.

**US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention (1993). *HIV/AIDS Prevention Bulletin*, 19 April 1993.**

On y déclare que [Traduction] « l'on doit considérer la désinfection à l'eau de Javel comme une méthode de réduction du risque d'infection au VIH découlant de la réutilisation ou du partage d'aiguilles ou de seringues quand il n'existe aucun autre choix plus sécuritaire ».

# Programmes en matière d'aiguilles et de seringues

## Ressources essentielles

**Réseau juridique canadien VIH/sida (2004). *Prévention : le matériel d'injection stérile.* (Feuillet d'information n° 6 dans la série de feuillets d'information sur le VIH/sida en prison). Montréal : Le Réseau, troisième version révisée et actualisée.**

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm>

Une version révisée sera offerte en russe en 2006. La deuxième édition, celle de 2001, est aussi disponible en roumain.

Un feuillet de quatre pages concernant les développements à l'échelle internationale en ce qui a trait à l'échange d'aiguilles dans les prisons, et ce qu'ils peuvent nous apprendre.

**Dolan K, Rutter S, Wodak A (2003). *Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development.* *Addiction*, 98, 153-158.**

Un bon résumé des évaluations de programmes d'échange d'aiguilles en Suisse, en Allemagne et en Espagne.

**Kerr T, Jürgens R (2004). *Syringe Exchange Programs in Prisons: Reviewing the Evidence.* Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida.**

Disponible en anglais et en russe au [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm)

Un examen de 10 pages des preuves.

**Lines R, Jürgens R, Betteridge G, Stöver H, Latishevschi D, Nelles J (2004). *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales.* Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida.**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm> en anglais, en français et en russe (dans une version modifiée adaptée aux pays de l'ancienne Union Soviétique et de l'ECO).

Le rapport le plus complet et le plus détaillé qui existe sur l'expérience internationale de programmes d'échange de seringues en Suisse, en Allemagne, en Espagne, en Moldavie, au Kirghizistan et en Bélarus. Il affirme que les évaluations de programmes en matière d'aiguilles et de seringues dans les prisons ont montré que les cas signalés d'usage de drogues ont diminué ou sont restés stables avec le temps et que ceux de partage de seringues ont baissé de façon drastique. On n'a rapporté aucun nouveau cas de transmission du VIH, de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Les évaluations n'ont trouvé aucun rapport d'événements négatifs graves non prévus, tels que l'introduction de l'injection ou l'utilisation d'aiguilles comme armes. Les attitudes du personnel étaient généralement positives. Dans l'ensemble, les analyses indiquaient que les programmes d'échange de seringues en prison sont faisables et aident effectivement à la réduction du comportement à risque et de la transmission des infections transmises par le sang sans conséquences négatives non prévues.

**Lines et coll. (2005). Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries. *International Journal of Prisoner Health* 1(1): 49-64.**

Un article qui résume les principaux enjeux abordés dans le rapport ci-dessus.

**Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo (2003). *Needle Exchange in Prison. Framework Program*. Madrid : Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo.**

Un plan détaillé et des lignes directrices servant à la mise en application de programmes d'échange d'aiguilles dans les prisons espagnoles. Ce document est essentiel à toute personne qui voudrait voir comment on peut mettre en oeuvre un programme d'échange d'aiguilles efficace dans une prison. Disponible en espagnol, en anglais, et en français. Un autre document moins complet sur les mêmes questions, intitulé *Elements key for the installation of programs of exchange ok (sic) syringes in prison* (Elementos clave para la implantacion de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prision) est disponible au

[http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional\\_preencion.htm](http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_preencion.htm)

**Ontario Medical Association (2004). *Improving Our Health: Why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons?* Toronto : The Association.**

Disponible au [www.oma.org/phealth/health.htm](http://www.oma.org/phealth/health.htm)

Ce rapport est basé en grande partie sur celui de Lines et ses collaborateurs (*supra*) et arrive aux mêmes conclusions et recommandations : les programmes d'échange de seringues dans les prisons fonctionnent et on devrait les mettre en place rapidement. Par contre, ce rapport est important parce qu'il démontre clairement que les questions liées au VIH/sida dans les prisons sont des questions de santé publique, et que la communauté médicale est préoccupée par le manque d'attention portée aux soins de santé et à la prévention en milieu carcéral. Selon le rapport, [Traduction] « un grand nombre de médecins ontariens qui participent aux prestations de soins médicaux dans le système carcéral ont exprimé des inquiétudes face à la qualité des soins disponibles dans les prisons parce qu'elle est souvent très inférieure à celle des services offerts à l'ensemble de la population. L'absence de programme d'échange d'aiguilles dans les prisons canadiennes est un exemple important de cette lacune ». Le rapport poursuit en disant : [Traduction] « Les questions concernant les personnes incarcérées ne semblent pas préoccuper outre mesure le public. Les gens devraient être inquiets, non seulement parce que la santé des personnes incarcérées est en jeu, mais aussi parce que celles-ci retournent dans la communauté. Il y a un taux élevé de rotation dans les prisons, surtout les prisons provinciales. Si les personnes incarcérées qui retournent dans la communauté sont infectées par VIH ou par l'hépatite C (VHC), elles peuvent contaminer d'autres personnes et, en fait, elles le font. L'OMA croit que non seulement cette situation existe maintenant mais qu'elle persistera. En fait, elle constitue une crise de santé claire et actuelle ». La conclusion va plus loin : [Traduction] « L'OMA croit que les nombreux changements radicaux qui se sont produits depuis le début de l'épidémie du VIH/sida, y compris le fait que ce qui était anciennement une maladie terminale incurable peut maintenant être soignée pour prolonger la vie, ont entraîné le besoin de changer la façon dont les gens incarcérés vivant avec le VIH/sida reçoivent des soins, et la façon dont ils accèdent aux mesures de prévention ». Le rapport demande une « réponse immédiate », en disant qu' [Traduction] « où la volonté politique se double d'un plan d'exécution solide, les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral peuvent rapidement devenir une réalité ». Cela fait

suite à un énoncé de principe de l'Australian Medical Association sur les infections virales transmises par le sang ou sexuellement. Elle soutenait que [*Traduction*] « la prévention efficace dans les populations carcérales exige l'établissement de programmes d'éducation préventive, de programmes d'échange de seringues pour les usagers et les usagères de drogues intraveineuses et des programmes en matière de sexualité sans risque pour les personnes qui ont des comportements sexuels à risque élevé ».

**Rutter S et coll. (2001). *Prison-Based Syringe Exchange Programs. A Review of International Research and Program Development* (NDARC Technical Report n° 112). Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre, Université de Nouvelle-Galles du Sud.**

Disponible au [ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports](http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports)

Un autre examen, parmi les premiers, mais très complet, des résultats des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans les prisons.

**Stöver H, Nelles J (2003). 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies. *International Journal of Drug Policy*, 14: 437-444.**

Un autre examen des résultats des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans les prisons fondé sur l'expérience de la Suisse, de l'Allemagne, de l'Espagne, et de la Moldavie. On y fait des suggestions pour l'installation de tels programmes.

**Wolfe D (2005). *Pointing the Way: Harm Reduction in Kyrgyz Republik*. Bishkek: Harm Reduction Association of Kyrgyzstan "Partners' network".**

Disponible au <http://www.soros.org/initiatives/ihrd>

Ce document cherche à déterminer le processus par lequel le Kirghizistan a élaboré sa réponse au VIH/sida. Il décrit comment le Kirghizistan est devenu le seul pays d'Asie centrale et, à compter de novembre 2005, le seul pays, à part la Moldavie et le Bélarus de la Communauté des États Indépendants, à mettre sur pied des programmes d'échange de seringues dans les prisons. Ces programmes ont commencé en 2002; 12 prisons avaient adopté l'échange d'aiguilles avant la fin de l'année 2004 et on planifie l'expansion des programmes à toutes les prisons. Le document souligne que l'on est passé rapidement à l'action au Kirghizistan, avant que des cas documentés de VIH se déclarent chez les personnes incarcérées; que le nombre de programmes a augmenté régulièrement; que ces programmes sont adaptés aux besoins des personnes incarcérées (par ex. en plus de recevoir des tampons alcoolisés, du coton, et des seringues stériles pour eux-mêmes, certains bénévoles prennent des aiguilles pour effectuer des échanges secondaires pour les personnes qui ne veulent pas ou qui ne peuvent pas se rendre au lieu d'échange); et que les programmes sont intégrés à d'autres services de santé et fournissent des liens à la réduction des méfaits et à la prévention du VIH sur libération.

## **Autres ressources**

**Australian Injecting and Illicit Drug Users League (sans date). Discussion Paper: Prison-Based Syringe Exchange Programs (PSE Programs). Canberra : AIVL.**

Disponible au <http://www.aivl.org.au/default.asp>

Un examen des questions liées aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en prison. On propose une approche qui repose sur des programmes existants et qui raffinent leurs meilleurs aspects [Traduction] « tout en abordant les besoins et les enjeux spécifiques au contexte des prisons australiennes ». Il contient une discussion des questions liées à l'usage de seringues rétractables.

**Australian National Council on Drugs (sans date). Needle and Syringe Programs. Position Paper. Canberra : ANCD.**

Le Conseil déclare que [Traduction] « depuis leur introduction en 1987, les programmes en matière d'aiguilles et de seringues ont contribué de façon significative à la prévention de la propagation du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang ». Dans une section sur les prisons, il dit que [Traduction] « l'échec à réduire le risque de transmission de l'hépatite C et d'autres infections virales transmissibles par le sang dans les prisons sape sérieusement le travail que l'on effectue dans la communauté avec les personnes qui font usage de drogues injectables ». Il recommande que [Traduction] « chaque autorité compétente responsable de la gestion des prisons et des centres de détention juvéniles, en consultation avec le personnel, les autorités en matière de santé et les organisations communautaires concernées, élabore des politiques, des protocoles et des procédures sécuritaires sur le plan professionnel et appropriés sur le plan culturel, concernant l'introduction de programmes pilotes en matière d'aiguilles et de seringues dans au moins une de ses prisons et un de ses centres de détention pour les jeunes ».

**Commission canadienne des droits de la personne (2003). Protégeons leurs droits : Examen systémique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral. Ottawa : La Commission.**

Disponible au [http://www.chrc-ccdp.ca/publications/reports-fr.asp?lang\\_update=1#3](http://www.chrc-ccdp.ca/publications/reports-fr.asp?lang_update=1#3)

Dans son rapport, la Commission canadienne des droits de la personne a recommandé que le Service correctionnel Canada mette sur pied un programme pilote d'échange de seringues dans trois établissements correctionnels ou plus, dont un au moins pour femmes, avant juin 2004.

**Davies R (2004). Prison's second death row. *The Lancet*, 364: 317-318.**

Le partage d'aiguilles a propagé le VIH dans les prisons partout dans le monde. Mais des programmes de prévention qui fournissent des aiguilles propres aux usagers et aux usagères de drogues ne sont pas disponibles dans la majorité des systèmes pénitenciers. Rachael Davies en demande la raison.

**Dolan K et coll. (1996). Is syringe exchange feasible in a prison setting? *Medical Journal of Australia*, 164: 508.**

**Dolan K, Wodak A, Rutter S (1996). Is syringe exchange feasible in a prison setting? [lettre-réponse] *Medical Journal of Australia*, 165: 59.**

**Éditeur (1996). La Australian Medical Association demande des programmes d'échange de seringues pour les détenus. *Revue VIH/sida, droits et politiques*, 2(4): 25.**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Juillet1996/23NEEDLEF.html>

**Equipo integrante de la comision de trabajo y redactor del program de intercambio de jeringuillas en la prision de Basauri (JA Aguirre Esunza et al). El program de intercambio de jeringuillas de la prision de Basuari (Bizkaia) (1997-99).**

Disponible en espagnol seulement au

[www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional\\_prevencion.htm](http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_prevencion.htm)

Ceci est un rapport d'évaluation du programme pilote d'échange de seringues à la prison de Basauri en Espagne. Entre autres, il conclut que le programme d'échange de seringues n'a pas entraîné une augmentation de l'usage de drogues et que les aiguilles n'ont pas servi d'armes.

**Federal Office of Justice (1992). *Provision of sterile syringes and of disinfectant: Pilot project in correctional institutions; judicial admissibility.* [Version originale en allemand; traduction en français disponible]. Berne, Suisse, 9 juillet 1992.**

Une opinion sur l'admissibilité judiciaire de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en prison selon la loi suisse, concluant que de tels programmes sont compatibles avec la législation suisse. Pour un résumé en anglais et en français, voir Jürgens R (1995). Suisse : l'échange de seringues en prison déclaré juridiquement admissible. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1(3) : 2. Disponible au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Avril1995/304.htm>

**Gross U (1998). *Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des Spritzentauschprogramms im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. Evaluationsbericht eines empirischen Forschungsprojekts.* Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. (Évaluation du programme d'échange d'aiguilles en prison à Hambourg)**

Alors que d'autres évaluations de programmes en matière d'aiguilles et de seringues en prison ont été encourageantes, cette évaluation rapporte des résultats mixtes. Dans cette prison allemande, il était impossible d'observer certains des effets positifs documentés dans d'autres études, surtout parce que l'accès aux aiguilles et aux seringues (au moyen d'un distributeur automatique qui était souvent en panne) restait limité et donc, le partage d'aiguilles continuait (toutefois, tel que Heinemann et Gross l'ont affirmé, 2001, *infra*, parmi les personnes qui participaient à l'étude transversale effectuée par un groupe de recherche médicale, la fréquence de partage d'aiguilles a baissé considérablement). De plus, certaines personnes incarcérées ont affirmé que le fait de pouvoir obtenir des aiguilles et des seringues propres pourrait les avoir tenté de retomber dans l'usage de drogues injectables alors qu'elles avaient changé antérieurement pour d'autres formes d'usage de drogues par peur de contracter le VIH ou le VHC.

**Heinemann A & Gross U (2001). *Prevention of blood-borne virus infections among drug users in an open prison by vending machines.* *Sucht* 2001; 47(1): 57-65.**

Article en allemand, avec résumé en anglais. Une équipe de recherche médicale et sociologique a étudié la faisabilité et l'acceptation d'un projet pilote d'échange de seringues dans une prison ouverte pour hommes à Hambourg, en Allemagne. Au moyen d'une analyse rétrospective avant le début du programme, on a détecté, dans tout le groupe d'étude (parmi les UDI), 5(2) séroconversions de l'hépatite B et 2(0) de l'hépatite C qui ont dû se produire en prison. On n'a observé aucune séroconversion durant le programme. Dans la recherche sociologique, de nombreuses personnes incarcérées ont indiqué que l'approvisionnement de seringues était



inadéquat après le lancement du programme, surtout parce que les distributeurs étaient souvent hors service. Toutefois, parmi les sujets qui ont participé à l'étude transversale effectuée par le groupe d'étude médicale, la fréquence du partage d'aiguilles a diminué considérablement. Parmi les membres du personnel interviewés, ceux qui avaient des attitudes négatives à l'égard du projet ne les ont pas changées pour des plus positives au cours de la première année. Les auteurs suggèrent que, si l'on introduit le programme dans d'autres prisons, on devrait envisager l'approvisionnement en seringues par l'entremise du personnel médical ou des services liés aux drogues afin d'augmenter son acceptation par le personnel.

**Hirsbrunner HP et coll. (1997). *Évaluation et suivi de la prévention du VIH et de la toxicomanie dans les établissements pénitentiaires d'Hindelbank : Rapport final à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique*. Berne: Service psychiatrique de l'Université de Berne.**

L'évaluation de suivi, après une autre année de fonctionnement du programme de distribution d'aiguilles à l'institution de Hindelbank en Suisse. La première évaluation a été menée par Nelles et Fuhrer, 1995, *infra*. Disponible en allemand et en français.

**Hughes RA (2000). *Lost opportunities? Prison needle and syringe exchange schemes*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(1): 75-86.**

Cet article explore certaines des questions entourant les débats concernant les projets d'échange d'aiguilles et de seringues en prison (PNSES). L'article se concentre sur le Royaume-Uni, mais il puise dans des sources internationales. On y aborde les questions suivantes : Les PNSES sont-ils irréalistes et impopulaires? Les PNSES entrent-ils en conflit avec les responsabilités et les principes du service carcéral et de son personnel? Les PNSES influent-ils sur les niveaux d'usage de drogues et d'injection de drogues dans les prisons? Auraient-ils des effets sur les taux d'infection? Les personnes qui s'injectent des drogues se serviraient-elles des PNSES? Les PNSES auront-ils un effet sur la sûreté et la sécurité? L'article conclut en demandant un débat beaucoup plus complet sur la question des PNSES.

**Jacob J, Stöver H (1997). *Allemagne — Échange de seringues dans des prisons de la Basse-Saxe : examen préliminaire*. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 3(2/3): 30-31.**

Disponible au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Printemps1997/21STOVERF.html>

L'article fournit un examen préliminaire du projet pilote de distribution d'aiguilles entrepris dans deux prisons en Basse-Saxe.

**Jacob J, Stöver H (2000). *The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons*. *International Journal of Drug Policy*, 11: 325-335.**

L'article présente les résultats de l'évaluation socio-scientifique de projets pilotes d'échange d'aiguilles entrepris dans deux prisons en Basse-Saxe. L'étude a utilisé une approche à méthodologies multiples : documentation de la pratique du projet, examen longitudinal à moitié uniformisé des personnes incarcérées (n=224) et du personnel (n=153), examen qualitatif de l'administration, des groupes sélectionnés de personnes incarcérées, du personnel et d'organisations externes (AIDSHelp-Groups; n=75) au moins deux fois. L'évaluation était

conçue pour être dynamique, parallèle au processus, afin de communiquer les données empiriques et les développements dès la phase pilote.

**Jürgens R (1994). La prévention prise au sérieux : remise de seringues dans une prison suisse. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1(1): 1-3.**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Automne1994/102.htm>

Un bref article qui décrit le projet pilote de fourniture de seringues dans la prison suisse de Hindelbank qui a débuté en mai 1994, ainsi que les points de vue de l'Office fédéral de la santé publique suisse sur le projet : [Traduction] « L'Office croit que les personnes incarcérées devraient avoir les mêmes possibilités de protection contre l'infection au VIH que les personnes vivant en dehors des prisons. »

**Jürgens R (1996). *VIH/sida et prisons : Rapport final*. Montréal: Réseau juridique canadien, à 52-66.**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>

Le rapport comprend un historique des premières applications de programmes d'échange d'aiguilles.

**Jürgens R (1997). D'autres prisons adoptent l'échange de seringues. *Revue VIH/sida, droits et politiques*, 3(2/3): 30.**

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Printemps1997/000PRELSE.html>

Une brève note offrant une mise à jour sur la réalisation de programmes en matière d'aiguilles et de seringues dans les prisons.

**Jürgens R (2004). Portugal – Un rapport recommande en prison l'échange de seringues ou des sites d'injection sécuritaire. *Revue VIH/sida, droits et politiques*, 9(1): 48.**

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol9no12004/prison.htm>

Un rapport diffusé vers la fin de 2003 par le médiateur de la justice (Provedor de Justicia) du Portugal recommandait que le Portugal mette sur pied des programmes d'échange d'aiguilles ou des sites d'injection sûrs dans les prisons.

**Jürgens R (2004). Canada - Une étude apporte d'autres preuves du risque de VIH et de VHC en prison. *Revue VIH/sida, droits et politiques*, 9(3): 45-46.**

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol9no32004/prison.htm>

L'article fait référence à une étude non publiée entreprise dans une prison fédérale canadienne par Wylie qui explore la question à savoir si le fait de rendre disponibles les aiguilles et les seringues dans les prisons pourrait mener éventuellement à un usage accru de drogues injectables. Une des personnes incarcérées interviewée a indiqué que le manque d'accès à de l'équipement d'injection propre était un facteur dans sa décision d'arrêter l'usage de drogues injectables. Toutefois, pour les autres personnes incarcérées qui ne s'injectent plus de drogues, leur décision d'arrêter était influencée par d'autres facteurs. Les auteurs concluent [Traduction] « qu'il existe la possibilité d'une augmentation du nombre de personnes qui s'injectent des

drogues à cause de l'introduction d'un échange d'aiguilles », mais que [Traduction] « la réduction du potentiel de transmission créée par la disponibilité d'aiguilles propres compenserait tout potentiel accru de transmission entraînée par l'augmentation de l'usage de drogues injectables ».

**Langkamp H (2000). Risks of syringe exchange programmes in prisons prevail. *British Medical Journal*, 321: 1406-1407.**

Cet article fait référence aux études par Vlahov et ses collaborateurs (1993; voir *supra*, dans la section sur la transmission) et Gross (1998, voir *supra* dans cette section) et soutient que le facteur décisif de l'incidence de l'hépatite C dans les prisons a été la disponibilité de l'héroïne. On continue en disant : [Traduction] « Dans les prisons bavaroises, on suit une politique rigoureuse de tolérance zéro relativement aux drogues. Dans ces circonstances, un programme d'échange de seringues serait vu à tort comme une acceptation des drogues. Les prisons seraient immédiatement inondées d'héroïne. La situation deviendrait hors contrôle et les taux d'infection augmenteraient considérablement ».

**Lines R, Jürgens R (2004). Prison syringe exchange programs: Can they be implemented in Canada? Dans : Thomas G (éd.). *Perspectives on Canadian Drug Policy: Volume II*. Kingston: John Howard Society of Canada.**

Disponible au [www.johnhoward.ca/document/drugs/perspect/volume2/cover.htm](http://www.johnhoward.ca/document/drugs/perspect/volume2/cover.htm)

Un résumé de Lines et ses collaborateurs (*L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*), *supra*.

**Meyenberg R, Stöver H, Jacob J, Pospeschill M. *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug*. Oldenburg : BIS-Verlag, 418 pp.**

Ce livre fournit un examen détaillé de la première phase du projet pilote de prévention des infections dans les établissements correctionnels (qui comprend un projet pilote de distribution d'aiguilles) entrepris dans deux prisons en Basse-Saxe. Pour un résumé en anglais et en français, voir Jacob et Stöver, 1997, *supra*.

**Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank (1997). *Schlußbericht zu Handen des Bundesamtes für Gesundheit*. Berne : BAG.**

Le rapport de suivi de l'évaluation du projet de prévention de la drogue et du VIH au pénitencier d'Hindelbank (voir *infra*, Nelles et Fuhrer, 1995).

**Nelles J, Harding T (1995). Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *The Lancet*, 346: 1507.**

L'article décrit comment Dr Franz Probst, médecin examinateur à temps partiel qui travaillait à la prison d'Oberschöngrün dans le canton suisse de Soleure, a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile sans en informer le directeur de la prison : la première distribution au monde de matériel d'injection dans une prison a commencé avec un acte de désobéissance médicale.

**Nelles J, Fuhrer A (1995). *Drug and HIV prevention at the Hindelbank penitentiary. Abridged report of the evaluation results of the pilot project*. Berne : Swiss Federal Office of Public Health.**

La toute première évaluation d'un programme d'échange de seringues en prison.

**Nelles J, Fuhrer A (éd.) (1997). *Harm Reduction in Prison: Strategies Against Drugs, AIDS and Risk Behaviour*. Berne : Peter Lang AG.**

Résumé d'un symposium sur la réduction des méfaits dans les prisons, tenu à Berne, en Suisse, en mars 1996. Lors du symposium, les résultats initiaux du premier projet d'échange de seringues en prison à être évalué scientifiquement ont été présentés et ont fait l'objet de discussions afin de [Traduction] « préparer une base scientifique pour des décisions politiques ultérieures ». Le recueil contient des articles en anglais, en français et en allemand.

**Nelles J et coll. (1998) Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal*, 317(7153): 270-273.**

L'article décrit le projet d'échange d'aiguilles à l'institution Hindelbank en Suisse et fournit les résultats de son évaluation.

**Nelles J et coll. (1999). Programme de prévention du VIH et l'hépatite à la prison cantonale de Realta. *Schlussbericht*. Berne : Services psychiatriques universitaires, Berne.**

Le rapport d'évaluation du programme de prévention du VIH et de l'hépatite (y compris la distribution d'aiguilles) dans une prison suisse pour hommes. Il conclut : « A la prison pour hommes de Realta aussi, les craintes initiales de voir la distribution de seringues stimuler la consommation de drogues et favoriser l'application intraveineuse de drogues ne se sont pas confirmées. Dans l'ensemble, la distribution de seringues n'a pas posé de problèmes [...] On peut en conclure qu'il serait judicieux d'envisager l'introduction à large échelle de telles mesures de protection de la santé, y inclus la distribution de seringues stériles, dans tous les établissements pénitentiaires de Suisse. » En allemand, et comprenant des résumés des principaux résultats en français. Une version courte de ce rapport (sous le titre : *Drug, VIH and Hepatitis Prevention in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the Evaluation*) est, toutefois, disponible en anglais, en français, et en allemand, et peut être obtenue à l'Office fédérale de la santé publique de la Suisse, à Berne, en Suisse.

**Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP (1999). How does syringe distribution affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review*, 18(2): 133-138.**

On a introduit un programme de réduction des méfaits de 12 mois qui comprenait l'échange de seringues dans la seule prison pour femmes (Hindelbank) en Suisse. On a étudié le programme pendant 12 mois (phase pilote). Après l'achèvement du programme, on a fait un suivi 12 mois plus tard (phase de suivi). On a recueilli les données originales sur 137 des 161 détenues, et les données de suivi, sur 57 des 64 détenues. On a interviewé les participantes plusieurs fois concernant leur utilisation et injection de drogues ainsi que leur usage partagé de seringues. On a recueilli aussi des données supplémentaires sur le nombre de seringues échangées. Les cas rapportés d'usage et d'injection de drogues en prison n'ont pas augmenté. L'échange de seringues était lié à la disponibilité de la drogue. La fréquence d'usage de drogues augmentait avec la durée d'incarcération. Plus le projet avançait dans le temps, plus la fréquence de l'usage de drogues diminuait. Dans cette étude, on n'a constaté la véracité d'aucun des principaux arguments soulevés contre l'introduction de la distribution de seringues en prison, comme des agressions ou une augmentation de l'usage de drogues injectables.

**Rutter S et coll. (1995). *Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploration of the Issues*. Technical Report n° 25. Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre, 1995.**

Résumé disponible au <http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports>  
Une étude menée afin d'examiner les enjeux soulevés par les programmes d'échange de seringues en prison et d'évaluer les avantages possibles, les conséquences négatives, et la faisabilité de leur mise en oeuvre. L'étude a révélé que l'échange des aiguilles et des seringues est faisable dans les prisons de l'Australie.

**Service correctionnel Canada (1999). *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*. Ottawa : SCC (article non publié).**

Un groupe de travail sur les programmes d'échange de seringues mis sur pied par le Service correctionnel du Canada a recommandé que le Service [*Traduction*] « obtienne l'approbation ministérielle de principe pour un programme d'échange de seringues dans des établissements correctionnels fédéraux pour hommes et pour femmes [...] »

**Smyth B (2000). Health effects of prisons (lettre). *British Medical Journal*, 321: 1406.**

On soutient que [*Traduction*] « l'examen des preuves provenant des recherches actuellement disponibles [...] indique qu'il se pourrait que la fourniture d'échange d'aiguilles entraîne une augmentation de la propagation d'infections virales transmissibles par le sang dans les prisons ». On souligne que beaucoup d'usagers et d'usagères de drogues injectables arrêtent de s'injecter en prison, et on avance l'hypothèse qu' : [*Traduction*] « les personnes qui s'injectent des drogues en prison ont tendance à le faire de façon dangereuse, mais comme beaucoup d'usagers et d'usagères de drogues arrêtent de s'injecter pendant leur peine, la fréquence des infections (et d'autres effets négatifs tels que la surdose accidentelle) baisse dans l'ensemble de la population des personnes incarcérées utilisant des drogues injectables ». On continue en disant que [*Traduction*] « il n'y a pas eu suffisamment d'étude des raisons pour lesquelles tant de personnes utilisant des drogues injectables arrêtent ou diminuent leur injection de drogues en prison. Il y a bien des possibilités d'explications pour cette constatation, mais l'absence de la disponibilité de matériel d'injection pourrait être un facteur important. Même s'il n'y a pas de preuves que la fourniture d'échange d'aiguilles encourage les individus à commencer à s'injecter dans la communauté, la mise en place d'un tel service pourrait amener beaucoup plus de ces personnes habituées à utiliser les drogues injectables à continuer à le faire en prison ». On conclut en disant que [*Traduction*] « on pourrait finalement montrer que l'introduction de l'échange de seringues en prison a un effet bénéfique dans la réduction des méfaits, mais que son introduction serait prématurée actuellement alors que nous avons une mauvaise compréhension des facteurs qui influent sur la réduction observée de l'injection de drogues dans ce milieu ».

**Wehrlin M (1994). Gutachten. Verweigerung der Abgabe von Sterilem Injektionsmaterial in Bernischen Strafvollzugsanstalten und Allfällige Rechtliche Sanktionen gegen die HIV-Präventionspolitik des Kantons Bern. Berne : Advokaturbüro Wehrlin, Fuhrer, Hirt.**

(Voir aussi *infra*, la section sur les « Questions d'ordre juridique et éthique et celles liées aux droits de la personne ».).

**Organisation mondiale de la Santé (2004). *Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users*. Genève : OMS.**

[www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf)

Aux pages 17-18, on examine les preuves concernant les programmes d'échange de seringues dans les prisons. On conclut à la page 30 que [*Traduction*] « selon les preuves disponibles, il y a de bonnes raisons pour mettre sur pied et élargir les programmes d'échange de seringues dans les établissements correctionnels de nombreux pays ».

**Zeegers Paget D (1999). Distribution d'aiguilles dans les prisons suisses : une percée? *Revue VIH/sida, droits et politiques*, 4(2/3): 60-61.**

On examine l'expérience suisse de la distribution d'aiguilles dans les prisons jusqu'en 1998.

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-prisons.htm>

## Traitement de substitution

Non seulement le traitement d'entretien à la méthadone et d'autres pharmacothérapies se sont avérés efficaces pour réduire les risques, les méfaits et les coûts importants associés à la toxicomanie opiacée qui n'est pas traitée chez les patients et les patientes qui sont incités à entrer dans un tel traitement et qui le poursuivent avec succès, mais ils sont aussi associés à la réduction des taux de transmission du VIH et de l'hépatite virale. Par conséquent, un nombre croissant de systèmes carcéraux ont rendu ce traitement disponible. De plus, au cours des dernières années, une recherche intense a porté sur la mortalité des personnes mises en liberté, notant un nombre important de décès au cours des premières semaines après la mise en liberté qui sont attribuables à une surdose de drogues. Ce phénomène peut s'expliquer par la tolérance réduite aux opiacés au cours de l'incarcération en plus de la reprise d'injection de drogues dès la mise en liberté. Cela souligne l'importance du traitement de substitution non seulement comme stratégie de prévention du VIH en milieu carcéral, mais comme stratégie visant à réduire les décès par surdose après la mise en liberté.

Cette section comprend des articles et des rapports qui fournissent des renseignements sur tous les aspects de traitement de substitution en milieu carcéral. Afin de rendre ce matériel encore plus accessible, la section est divisée selon sous-sections suivantes :

- Ressources essentielles
- Autres ressources
- Prescription d'héroïne
- Mortalité après la mise en liberté

## Ressources essentielles

**Corrections Victoria (2003). Victorian Prison Opioid Substitution Therapy Program: Clinical and Operational Policy and Procedures. Melbourne : Corrections Victoria.**  
Disponible au

[www.legalonline.vic.gov.au/CA2569020010C266/All/5DED7F4C63FC14F8CA256E530082DE2C?OpenDocument&1=Legal+System~&2=Prisons~&3=Opioid+Substitution+Therapy+Program~](http://www.legalonline.vic.gov.au/CA2569020010C266/All/5DED7F4C63FC14F8CA256E530082DE2C?OpenDocument&1=Legal+System~&2=Prisons~&3=Opioid+Substitution+Therapy+Program~)

Un excellent document comprenant des politiques et des procédures qui offrent un cadre pour la gestion des traitements de substitution dans les prisons de Victoria, particulièrement ceux à la méthadone et à la buprénorphine. Ils présentent aussi des lignes directrices pour la gestion clinique et opérationnelle des personnes incarcérées à qui l'on prescrit ces traitements et fixent les repères en vue d'introduire des pharmacothérapies supplémentaires pour traiter la dépendance aux opiacés dans les prisons de Victoria.

**Dolan K, Wodak A (1996). Un examen international au sujet de la provision de méthadone en prison. *Addiction Research*, 4(1): 85-97.]**

Les auteurs présentent un bon examen (bien que partiellement périmé) des expériences liées à la fourniture de méthadone en prison jusqu'en 1996.

**Dolan K et coll. (2003). A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence*, 72: 59-65.**

**Voir aussi : Dolan K et coll. (2002). *A Randomized Controlled Trial of Methadone Maintenance Treatment in NSW Prisons*. Rapport technique n° 155. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.**

Cet essai, premier en son genre, conclut que le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral entraîne une réduction de l'injection d'héroïne.

**Dolan K et coll. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addictions*, 100(6): 820-828.**

Cette étude porte sur l'impact à long terme du traitement d'entretien à la méthadone sur la mortalité, la réincarcération et la séroconversion de l'hépatite C chez les consommateurs d'héroïne en milieu carcéral. La cohorte d'étude comprenait 382 consommateurs masculins d'héroïne qui ont participé à un essai contrôlé randomisé du TEM en milieu carcéral en 1997 et en 1998 (voir *supra*). On a suivi les sujets entre 1998 et 2002 soit dans la collectivité en général ou en milieu carcéral. La rétention dans le TEM est associée à la réduction des taux de mortalité, de réincarcération et de l'infection par l'hépatite C. L'étude a conclu que [*Traduction*] « les programmes de traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral font partie intégrante de la continuation du traitement nécessaire afin d'assurer des résultats optimaux à la personne et à la santé publique. »

**Johnson SL, van de Ven JTC, Gant BA (2001). Rapport de recherche : Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral : Incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement [n° R- 119]. Ottawa : Service correctionnel Canada.**

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r119/r119\\_e.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r119/r119_e.shtml)

Cette étude démontre l'impact positif de la mise en oeuvre du TEM sur le résultat de la mise en liberté et le comportement en établissement.

**Kerr T, Jürgens R. (2004). *Le traitement d'entretien à la méthadone en prison : survol*. Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004.**

Un survol des données en dix pages. Disponible en anglais, en français et en russe au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>

**Organisation mondiale de la Santé (2004). *WHO/UNODC/UNAIDS position paper - Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Genève : OMS/ ONUDC / ONUSIDA.**

Disponible en anglais et en russe :

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/)

Déclaration de principes conjointe sur le traitement d'entretien pour la dépendance aux opioïdes. Fondé sur un examen de la preuve scientifique et visant les responsables des politiques, l'exposé couvre un vaste éventail de sujets allant des fondements de la modalité de ce traitement jusqu'aux considérations particulières concernant sa mise à disposition aux personnes vivant avec le VIH/sida.



**Organisation mondiale de la Santé (2005). *Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users.* Genève : OMS.**

<http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf>

Le document examine les preuves liées au traitement de substitution et conclut que [Traduction] « les responsables des politiques doivent comprendre que la mise au point de traitements de substitution est un élément critique de la stratégie de prévention en matière de VIH parmi les personnes qui utilisent des opioïdes injectables. » Il indique aussi que [Traduction] « l'on doit examiner les coûts et les dépenses à l'intérieur de différents milieux sociaux et culturels, mais il existe à présent d'importantes dépenses dans de nombreux pays liées à l'emprisonnement et à l'incarcération prolongée dans des centres de détention, des approches qui sont liées à des taux de rechute très élevés peu de temps après la mise en liberté. Il n'y a pas de preuves qui révèlent qu'une telle approche est efficace par rapport à son coût et il y en a beaucoup qui indiquent que l'on doit mener des évaluations comparatives coûts-efficacité dès que de nouveaux projets pilotes sur la pharmacothérapie avec un agoniste sont entamés dans certains pays. »

**Organisation mondiale de la santé (2005). *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction.* Copenhague : OMS Europe.**

Disponible au <http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>

Résumé des preuves liées à la réduction des méfaits en milieu carcéral, y compris le traitement de substitution.

**Réseau juridique canadien VIH/sida (2004), *Prévention et traitement : la méthadone* (feuillet d'information 7 de la série de feuillets d'information sur le VIH/sida en prison). Montréal : Le Réseau, troisième version revue et mise à jour.**

Un feuillet d'information de deux pages qui contient des renseignements concis, faciles d'accès et essentiels sur le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral. Disponible en français et en anglais au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/f-pfact7.htm>  
Une version révisée sera offerte en russe en 2006. La deuxième édition parue en 2001 est aussi offerte en roumain.

**Service correctionnel Canada (2003). *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone.* Ottawa SCC.**

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/index\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/index_f.shtml)

Ces lignes directrices présentent un aperçu général des personnes incarcérées et de l'utilisation de drogues; une section détaillant les buts et les objectifs du traitement d'entretien à la méthadone, les critères d'admission et d'assurance de la qualité du TEM ainsi que le rôle de l'Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM); une section sur les responsabilités précises de chaque membre de l'EITM; une section sur les problèmes liés à la posologie; une section sur le dépistage des drogues dans l'urine; une section sur l'intervention en matière d'abus de drogues qui accompagne le TEM; et un certain nombre d'annexes.

**Stallwitz A, Stöver H (sous presse). *The impact of substitution treatment in prisons – a literature review.***

Une analyse documentaire du traitement de substitution en milieu carcéral.

**Stöver H, Hennebel LC, Casselmann J (2004). Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. Londres : The European Network of Drug Services in Prison (ENDSP).**

L'étude est disponible au <http://www.endipp.net/?pid=8>

[Traduction] « Lorsqu'on le compare aux services offerts dans la collectivité, l'accès au traitement de substitution est inadéquat dans de nombreux pays d'Europe. » Cette étude dévoile les obstacles à la mise en œuvre de traitement de substitution et explore les restrictions auxquelles sont soumises les personnes incarcérées lorsqu'elles tentent d'accéder aux services. Les objectifs de la recherche étaient de mener une analyse documentaire sur le traitement de substitution en milieu carcéral, de faire un recensement de politique et de pratique en matière de substitution en milieu carcéral, de fournir un aperçu des développements nationaux et régionaux des normes liées aux soins de santé et de déterminer les « pratiques exemplaires » dans le domaine du traitement de substitution. Elle comprend des rapports de 18 pays européens en plus d'une série de conclusions.

## Autres ressources

**Anonyme (2003). Prisoner settles case for right to start methadone in prison. *British Medical Journal*, 326(7384): 308.**

En juillet 1999, Dwight Lowe, prisonnier à l'Établissement de Kent et ancien consommateur d'héroïne, a réglé sa cause contre le Service correctionnel Canada (SCC) dans laquelle il contestait que le refus du SCC de lui permettre d'entreprendre un traitement d'entretien à la méthadone en prison était inconstitutionnel. (Le SCC a depuis ce temps changé sa politique : voir Service correctionnel Canada, 2003, *supra.*)

**Arroyo A et coll. (2000). Methadone maintenance programs in prison: social and health changes. *Adicciones*, 12(2): 187-194.**

L'étude cherchait à évaluer les avantages du traitement à la méthadone pour les personnes dépendantes d'un opiacé avant qu'on les ait incluses dans le programme et après, ainsi que les effets de la consommation simultanée d'autres drogues et de méthadone illicite. Une étude a été conçue avec un groupe d'intervention avant et après le traitement. On a effectué une seule entrevue en vue d'obtenir des renseignements concernant la situation des patients et des patientes avant et après le traitement à la méthadone. Le groupe de patients et de patientes était formé de 62 détenus du complexe pénitencier Brians [Brians Penitentiary Center] (Barcelone). Parmi les variables considérées, on comptait le travail, le niveau social et économique, l'autocontrôle et l'estime de soi, les problèmes juridiques, les soins de psychiatrie, les tentatives de suicide, le partage de matériel d'injection, la prostitution, l'irritabilité et les antécédents de toxicomanie. Il y a eu une amélioration du prestige social et de l'estime de soi lorsqu'ils participaient au programme. La consommation de cocaïne et de cannabis a diminué de façon considérable. Toutefois, la consommation d'alcool, de nicotine, de benzodiazépines et de drogues de confection a augmenté. D'après l'étude, les programmes de traitement à la méthadone se sont avérés comme une stratégie valable autant à l'intérieur des centres pénitenciers qu'à l'extérieur et diminuent le comportement à risque pour le VIH et l'hépatite.

**Bayanzadeh SA et coll. (sans date). A study of the effectiveness of psychopharmacological intervention in reducing harm/high risk behaviours among substance user prisoners.**

Un essai contrôlé randomisé du TEM accompagné d'un traitement psychologique versus un traitement psychiatrique standard de toxicomanes incarcérés en Iran a démontré qu'il existe d'importantes différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin en ce qui a trait aux variables liées à la consommation et à l'injection de drogues. Les 60 personnes incarcérées choisies au hasard pour faire partie du groupe expérimental ont suivi le traitement à la méthadone en combinaison avec une thérapie cognitivo-comportementale de groupe. Les 60 personnes incarcérées qui faisaient partie du groupe témoin ont reçu des médicaments autres que la méthadone en guise de traitement de la toxicomanie en plus de médicaments psychothérapeutiques standards. Au début de l'étude, les 120 sujets étaient tous des consommateurs de drogues, mais une fois les projets mis en oeuvre, seulement 21,1 % des sujets du groupe expérimental, comparé à 93,5 % des sujets du groupe témoin, ont continué à consommer de la drogue. Avant le début de l'étude, 47,4 % du groupe expérimental, comparé à 25,8 % du groupe témoin, s'injectaient des drogues. Une fois l'étude de six mois terminée, 10,5 % du groupe expérimental et 41,9 % du groupe témoin ont continué de s'injecter des drogues, une différence statistiquement significative.

**Bellin E et al. (1999). High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addiction Research*, 7: 19-29.**

Cette étude a démontré une diminution du risque de réincarcération de 14 % (ajusté selon l'âge, la race et le sexe) pour les personnes incarcérées faisant partie du programme de la prison de Riker's Island qui ont reçu de la méthadone à dose élevée (= 60 mg) (n = 1423) comparativement à celles qui ont reçu de la méthadone à faible dose (n = 1371) (P < 0,0002). Voir également Tomasino et coll., 2001 et Magura et coll., 1993.

**Bertram S, Gorta A (1990). *Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No 8. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services, Publication n° 21.***

Disponible au <http://www.dcs.nsw.gov.au/Documents/index.asp>

**Bertram S, Gorta A (1990). *Inmates' perceptions of the role of the NSW prison methadone program in preventing the spread of Human Immunodeficiency Virus. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No. 9. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services, Publication n° 21.***

**Boguña J (1995). Methadone maintenance in Catalonia. *Report of the 2nd Seminar of the European Network of Services for Drug Users in Prison. Prison Resource Service : Londres, 1995, pp. 9-10.***

Voir aussi Boguña, J. Dans: O'Brien O (éd.). *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Cranstoun Drug Services : Londres, 1997, pp. 68-70.*

Le premier programme de traitement d'entretien à la méthadone s'est tenu à la prison pour hommes de Barcelone (Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona (La Modelo)). On l'a introduit en octobre 1992 à titre de programme pilote pour une période de six mois, mais il se poursuit indéfiniment à cause des résultats satisfaisants obtenus. Puisqu'il était le premier programme en son genre, on a établi des critères d'admission très stricts, permettant à des personnes des trois catégories suivantes à s'inscrire aux programmes : quiconque suit déjà un traitement d'entretien à la méthadone, quiconque ayant des antécédents psychiatriques qui est aussi un consommateur d'héroïne et quiconque souffre d'une maladie incurable telle que le sida qui est un consommateur d'héroïne. On a obtenu les résultats suivants à la suite d'une évaluation après six mois : une diminution du partage de matériel d'injection; un taux élevé de rechute parmi ceux à qui l'on administrait des doses de moins de 50 mg/24h de méthadone; un faible pourcentage de détenus qui sont séronégatifs pour le VIH participait au programme; un changement pertinent quant aux statistiques concernant l'usage de condoms lors de relations sexuelles; et une réduction considérable du nombre de surdoses. Étant donné les résultats positifs, on a décidé de poursuivre le programme et d'étendre le critère d'admission pour y inclure un plus grand nombre de prisonniers qui sont séronégatifs pour le VIH.

**Boucher R (2003). The case for methadone maintenance in prisons. *Vermont Law Review*, 27(2): 453-482.**

Disponible au [www.drugpolicy.org/docUploads/boucher\\_prison\\_methadone.pdf](http://www.drugpolicy.org/docUploads/boucher_prison_methadone.pdf)

L'auteur soutient que [Traduction] «refuser l'accès à la méthadone aux personnes incarcérées ne peut plus satisfaire au critère constitutionnel parce que cela va à l'encontre de la norme de décence qui évolue et qui marque le progrès d'une société mûrie dans laquelle, selon les scientifiques, la dépendance aux opioïdes est un trouble médical soignable avec de la méthadone ». L'auteur affirme que ce refus constitue un traitement cruel et inusité.

**Byrne A, Dolan K (1998). Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales (lettre). *British Medical Journal*, 316(7146): 1744-1745.**

La lettre rapporte l'introduction du traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons de la Nouvelle-Galles-du-Sud en 1987 comme une mesure entreprise avant la mise en liberté. Depuis ce temps, on a étendu le programme pour qu'il devienne plus accessible. En dépit de certaines craintes initiales, il y a eu une acceptation quasi-universelle pour ce traitement de la part des personnes incarcérées, du personnel et des autorités médicales.

**Cornish JW et coll. (1997). Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *J Subst Abuse Treat*, 14(6): 529-534.**

Les probationnaires ou les libérés conditionnels sous responsabilité fédérale qui ont des antécédents de dépendance aux opioïdes se sont proposés ou ont été envoyés par leur agent de probation ou de libération conditionnelle pour faire partie d'une étude sur le traitement à la naltrexone. La participation était volontaire et les sujets pouvaient abandonner l'étude en tout temps sans conséquence négative. Une fois que les 51 volontaires ont participé à une séance d'orientation et qu'ils ont donné leur consentement éclairé, on les a répartis au hasard selon un ratio de 2:1 dans un programme de probation de six mois en plus de leur offrir de la naltrexone et du counseling pour toxicomanes de courte durée ou seulement de leur faire participer à un programme de probation et de counseling pour toxicomanes. Les sujets à qui l'on administrait la naltrexone ont reçu des médicaments et du counseling deux fois par semaine; les groupes

témoins ont obtenu du counseling dans les mêmes intervalles. On a donné du counseling et on a administré tous les médicaments dans un bureau adjacent au service fédéral de probation. Parmi les sujets qui faisaient partie du groupe qui recevait de la naltrexone, 52 % ont continué pendant six mois et 33 % sont demeurés dans le groupe témoin. La consommation d'opioïdes était nettement moins élevée dans le groupe recevant la naltrexone. Le pourcentage moyen général d'examen d'urine démontrant la présence d'opioïdes parmi les sujets qui recevaient la naltrexone était de 8 %, versus 30 % pour les sujets du groupe témoin ( $p < 0,05$ ). Cinquante-six pour cent des sujets du groupe témoin et 26 % du groupe de sujets qui recevaient de la naltrexone ( $p < 0,05$ ) se sont fait révoquer leur probation au cours de la période de six mois de l'étude et sont retournés en prison. D'après l'étude, le traitement à la naltrexone et le counseling pour toxicomanes de courte durée peuvent être intégrés dans le système fédéral de probation ou de libération conditionnelle avec des résultats favorables liés aux taux de consommation d'opioïdes et de nouvelles arrestations.

**Crowley D (1999). The drug detox unit at Mountjoy prison – a review. *Journal of Health Gain*, 3(3).**

**Cropsey KL, Villalobos GC, Clair CL (2005). Pharmacotherapy treatment in substance-dependent correctional populations: a review. *Subst Use Misuse*, 40(13): 1983-1999.**

Le nombre de personnes incarcérées qui sont dépendantes des drogues ou de l'alcool a augmenté de façon spectaculaire depuis quelques années. Environ la moitié des personnes incarcérées aux États-Unis répondent au critère du DSM-IV pour la dépendance au moment de leur arrestation et nécessitent un traitement pour l'usage des drogues ou d'alcool ou de désintoxication. Peu de personnes incarcérées suivent des traitements en prison, ce qui augmente la probabilité qu'elles continueront de faire usage de drogues ou d'alcool en prison et une fois libérées. Cet article indique que tandis que les interventions fondées sur la pharmacothérapie se sont montrées efficaces avec les usagers et usagères de drogues au sein de la collectivité, peu d'études ont examiné ces traitements avec une population carcérale. Il conclut qu' [Traduction] « il faudra effectuer des recherches additionnelles afin de mieux comprendre s'il serait faisable et efficace d'offrir des pharmacothérapies pour les troubles liés à la dépendance aux drogues au sein de cette population. »

**Darke S, Kaye S, Finlay-Jones R (1998). Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*, 93(8): 1169-75.**

Cette étude visait à examiner la consommation de drogues et les injections à risques parmi les patientes et les patients incarcérés qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone, à déterminer les conséquences d'un diagnostic de trouble de personnalité antisociale sur les traitements d'entretien à la méthadone en milieu carcéral et à comparer les patientes et les patients incarcérés avec ceux de la collectivité. On a procédé à des entrevues dirigées dans des unités de traitement d'entretien à la méthadone des prisons et de la collectivité de la Nouvelle-Galles-du-Sud. Il y avait 100 patientes et patients incarcérés et 183 patientes et patients de la collectivité qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone qui ont participé à l'étude. On a interviewé les sujets concernant leur consommation de drogues et les injections à risques au cours des six derniers mois et on les a évalués pour le diagnostic de trouble de personnalité antisociale. On a trouvé que 38 % des patients et des patientes en prison recevant le traitement d'entretien à la méthadone avaient consommé de l'héroïne au cours des six mois précédant

l'entrevue, selon une médiane de 4,5 jours. Aussi, 44 % des patientes et des patients incarcérés s'étaient injectés des drogues au cours des six mois précédents. On a relevé que 32 % des sujets en prison avaient emprunté du matériel d'injection au cours des six mois précédant et que 35 % d'entre eux avaient prêté du matériel d'injection à d'autres. Les patients et les patientes de la collectivité étaient plus susceptibles de s'être injectés des drogues dans les six mois précédents (84 % comparé à 44 %), d'avoir consommé de l'héroïne (72 % comparé à 38 %) et de l'avoir fait plus fréquemment (20 comparé à 4,5 jours). Toutefois, les personnes incarcérées étaient plus susceptibles d'avoir emprunté du matériel d'injection au cours de cette période (32 % comparé à 15 %) et de l'avoir prêté (35 % comparé à 21 %). Bien que le taux d'injection ait été moins élevé que celui de leurs homologues vivant dans la collectivité, les niveaux de risque liés aux occasions d'injection des personnes incarcérées étaient beaucoup plus élevés. Un diagnostic de trouble de personnalité antisociale n'avait aucun rapport avec la consommation de drogues et l'utilisation à risques d'aiguilles. L'étude a conclu que les patientes et les patients incarcérés s'injectaient moins souvent que ceux dans la collectivité, mais qu'ils avaient un risque plus élevé lié à l'utilisation d'aiguille.

**Devaud C, Gravier B (1999). Methadone prescription in prisons: between realities and coercions. *Médecine et Hygiène*, 57, (2274): 2045-2049.**

**Dolan, K et coll. (1996). Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal*, 312: 1162.**

Dolan et ses collaborateurs ont interviewé 185 ex-prisonniers et ex-prisonnières ayant des antécédents de consommation de drogues par injection en Nouvelle-Galles-du-Sud, en Australie, en 1993. Parmi les sujets, 64 ont indiqué qu'ils avaient suivi un traitement d'entretien à la méthadone (TEM) avant, pendant et après leur incarcération, 80 ex-prisonniers et ex-prisonnières ont indiqué qu'ils n'avaient reçu aucun traitement. Les usagers et les usagères de drogues injectables qui ont affirmé qu'ils avaient reçu le TEM *dans les trois mois avant l'incarcération* étaient beaucoup moins susceptibles de signaler qu'ils s'injectaient tous les jours (42 % comparé à 60 %, rapport de cotes = 0,4 (intervalle de confiance à 95 % se situe entre 0,2 et 0,9); P = 0,03) et qu'ils partageaient des seringues (13 % comparé à 26 %, 0,4 (0,2 à 0,9); P = 0,04) que ceux qui ne suivaient pas de traitement. Les usagers et usagères de drogues injectables à qui l'on a administré un traitement d'entretien à la méthadone *au cours d'un emprisonnement* ont rapporté beaucoup moins d'injections par semaine (moyenne de 0,16 comparé à 0,35; P = 0,03 test de Mann-Whitney) que ceux qui suivaient le traitement, mais seulement quand la dose maximale de méthadone excédait 60 mg et le traitement d'entretien à la méthadone était administré pour la durée entière de l'emprisonnement. Ces résultats suggèrent que la réduction de la consommation par injection et du partage des seringues qui se produit en milieu communautaire grâce au TEM se produit aussi dans les prisons. Cependant, les personnes incarcérées ont besoin d'une dose quotidienne d'au moins 60 mg de méthadone et des traitements sont requis pendant toute la durée de l'incarcération afin de connaître ces avantages en milieu carcéral. Les auteurs ont conclu que le TEM joue un rôle important dans la réduction de la propagation du VIH et de l'hépatite dans les prisons.

**Dolan K, Hall W, Wodak A (1998). The provision of methadone in prison settings. Dans : Ward J, Mattick RP, Hall W (éd.). *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 379-396.**

**Dolan K, Wodak A, Hall W (1998). Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. *Drug and Alcohol Review*, 17(2): 153-158.**

**Durand E (2001). Changes in high-dose buprenorphine maintenance therapy at the Fleury-Merogis (France) prison since 1996 [article en français]. *Ann Med Interne*, 152(Suppl 7): 9-14.**

Depuis janvier 1994, le ministère de la Santé est responsable de la santé des personnes incarcérées en France. Quelques mois après l'autorisation de la buprénorphine (mars 1996) en France, le ministère de la Santé a décidé de donner accès à ce traitement aux usagers et aux usagers de drogues intraveineuses incarcérés. Le but de cette étude était de présenter la mise en oeuvre d'un médicament d'entretien par la buprénorphine à haut dosage dans une grosse prison, d'expliquer les défis rencontrés et de présenter la façon dont ce traitement peut contribuer à réduire le risque de transmission de maladies infectieuses.

**Fiscella K et coll. (2004). Jail Management of Arrestees/Inmates Enrolled in Community Methadone Maintenance Programs. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4): 645-654.**

Des données empiriques ont démontré que, dans de nombreuses prisons, on ne réussit pas à détoxifier adéquatement les personnes arrêtées ou détenues qui sont inscrites dans des programmes d'entretien à la méthadone, mais il existe peu de données empiriques. L'objectif de cette étude était d'évaluer la façon dont les prisons gèrent les personnes arrêtées ou détenues inscrites à des traitements d'entretien à la méthadone. On a mené une enquête nationale auprès de 500 prisons aux États-Unis. On a envoyé les sondages aux 200 plus importantes prisons du pays en plus d'un échantillon aléatoire de 300 prisons parmi celles qui restaient (échantillon de 10 %). On les a interrogé spécifiquement sur la façon dont ils géraient les dépendances aux opiacés parmi les personnes arrêtées ou détenues inscrites aux traitements d'entretien à la méthadone. On a mené des analyses pondérées de régression logistique pour évaluer les prédicteurs de la continuité du traitement à la méthadone au cours de l'incarcération et l'utilisation de protocoles de désintoxication recommandés. Parmi les 245 prisons qui ont répondu au sondage (49 %), seulement 1 sur 4 (27 %) a signalé qu'elle avait pris contact avec les programmes de traitement d'entretien à la méthadone relativement à la dose, et seulement 1 sur 8 (12 %) a continué d'administrer la méthadone au cours de l'incarcération. Très peu de prisons (2 %) utilisaient la méthadone ou d'autres opiacés comme moyen de détoxification. La plupart utilisent la clonidine. Toutefois, la moitié (48 %) des prisons n'utilisaient pas la clonidine, la méthadone ou autres opiacés pour détoxifier les personnes incarcérées de la méthadone. L'étude a conclu que ces pratiques compromettaient la santé et le bien-être des personnes inscrites aux traitements d'entretien à la méthadone et souligne le besoin d'uniformité en matière de politiques nationales en milieu carcéral.

**Gore SM, Seaman S. (1996). Drug use in prison. Methadone maintenance in prison needs to be evaluated. *British Medical Journal*, 313(7054): 429.**

Le document indique que Kate Dolan et ses collaborateurs, *supra*, [Traduction] «soutiennent, à partir de données insuffisantes, que le traitement à la méthadone diminue l'usage de drogues injectables en prison. Cette affirmation est fondée sur le souvenir du nombre de drogues injectées par semaine par un sous-groupe d'ex-prisonniers et d'ex-prisonnières (le nombre n'est pas

mentionné) qui, dans les prisons, avaient reçu la dose maximale de méthadone qui dépassait 60 mg et n'avaient pas manqué à leurs engagements envers le programme ». Il montre que l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral doit être évaluée de façon prospective dans des essais contrôlés randomisés analysés selon un principe d'intention de traiter la dépendance.

**Gorta, A (1992). *Monitoring the NSW prison methadone program: a review of research 1986-1991*. Sydney : Research and Statistics Division : NSW Department of Corrective Services of New South Wales], Publication n° 25.**

Disponible au <http://www.dcs.nsw.gov.au/Documents/index.asp>

**Gruer L, Macleod J (1997). Interruption of methadone treatment by imprisonment (lettre). *British Medical Journal*, 314: 1691.**

Les auteurs ont envoyé un questionnaire à des omnipraticiens et des omnipraticiennes qui prescrivent de la méthadone. Une majorité des répondants et des répondantes (42 des 68) ont rapporté des conséquences négatives d'emprisonnement pour plusieurs patients et patientes, y compris de sérieux symptômes de sevrage, la reprise d'injection d'héroïne, le partage d'aiguilles et la consommation désordonnée de drogues dans la prison et après leur mise en liberté. Les auteurs ont conclu que [Traduction] « cette étude a démontré une discontinuité inacceptable entre la pratique clinique dans la collectivité et celle en milieu carcéral, ce qui nuit sérieusement aux avantages liés à la prescription contrôlée de méthadone des individus et des collectivités. Il faut améliorer de toute urgence la communication entre les médecins en milieu carcéral et ceux dans la collectivité. Il faut établir des procédures pour au moins permettre aux personnes incarcérées qui purgent une peine de courte durée de poursuivre les traitements d'entretien à la méthadone avec succès s'ils ont l'appui du médecin prescripteur. »

**Hall W, Ward J, Mattick R (1993). Methadone maintenance treatment in prisons: the New South Wales experience. *Drug and Alcohol Review*, 12: 193-203.**

**Hannafin J (1997). Treatment programmes in prison. *Alcohol & Drug Issues Ltd, Department of Corrections : Nouvelle-Zélande.***

Le Ministère des services correctionnels a évalué le protocole relatif aux traitements à la méthadone en milieu carcéral afin de vérifier son efficacité et de cerner les améliorations qui pourraient y être apportées. Le Ministère avait des inquiétudes au sujet de la fourniture sécuritaire de méthadone dans les prisons, mais reconnaissait également que les fournisseurs de méthadone ainsi que les patients et les patientes qui suivent le traitement avaient des craintes concernant l'efficacité du protocole pénitentiaire. Ce dernier permettait à la plupart des personnes incarcérées de poursuivre le traitement d'entretien à la méthadone pour une période allant jusqu'à 21 jours. Cette politique a eu comme résultat le retrait de la plupart des condamnés du traitement d'entretien à la méthadone. Les fournisseurs des traitements ainsi que les patients et les patientes ont exprimé leur désir de voir les personnes incarcérées continuer de participer au programme pour qu'ils puissent poursuivre le traitement d'entretien à la méthadone. Le Ministère a indiqué qu'il se servirait de cette évaluation comme point de départ pour examiner le protocole pénitentiaire.



**Heimer R. et coll. (2005). Un programme pilote de traitement d'entretien à la méthadone dans une prison pour hommes à San Juan, au Puerto Rico. *Journal of Correctional Healthcare*, 11(3).**

**Howells A et coll. (2002). Prison-based detoxification for opioid dependence: a randomised double blind controlled trial of lofexidine and methadone. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(2): 169-176.**

Les auteurs présentent les résultats du premier essai contrôlé du traitement du sevrage aux opioïdes au Royaume-Uni en se servant de la lofexidine en milieu carcéral. On a réparti au hasard 74 prisonniers ayant une dépendance aux opioïdes dans une prison du sud de l'Angleterre pour qu'ils reçoivent soit de la méthadone (le traitement standard de la prison) ou de la lofexidine en se servant d'une conception aléatoire et à double insu. On n'a trouvé aucune différence statistiquement importante entre les groupes étudiés en ce qui concerne la principale variable de sévérité des symptômes de sevrage (taille d'effet = 0,12). On n'a trouvé aucune différence discernable dans la tension artérielle et du rythme cardiaque au repos des deux groupes lors de l'essai. Ces résultats appuient l'usage de la lofexidine pour la gestion de la désintoxication des opioïdes en milieu carcéral.

**Hughes R.A (2000). "It's like having half a sugar when you were used to three" – Drug injectors' views and experiences of substitute drug prescribing inside English prisons. *International Journal of Drug Policy*, 10(6): 455-466.**

**Hume S, Gorta A (1988). *View of key personnel involved with the administration of the prison methadone program. Process evaluation of NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program*. Sydney : Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services. Nouvelle-Galles-du-Sud.**

**Hume S, Gorta A (1989). *The effects of the NSW prison methadone program on criminal recidivism and retention in methadone treatment. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No 7*. Sydney : Research and Statistics Division : NSW Department of Corrective Services.**

**Keen J et coll. (2000). Can methadone maintenance for heroin-dependent patients retained in general practice reduce criminal conviction rates and time spent in prison? *Br J Gen Pract*, 50(450): 48-49.**

On a effectué une analyse rétrospective des dossiers criminels de 57 patients et patientes dont on a réussi à retenir dans un traitement d'entretien à la méthadone dans deux omnipratiques de Sheffield. On a comparé leurs taux de condamnation et le temps qu'ils ont passé en prison par année pour les périodes avant et après leur traitement d'entretien à la méthadone. En général, les patientes et les patients retenus dans des traitements d'entretien à la méthadone des omnipratiques qu'on a étudiées avaient nettement moins de condamnations et de mises en garde et ont passé beaucoup moins de temps en prison qu'au début du traitement.

**Kinlock, T. et coll. (2002). A novel opioid maintenance programme for prisoners: preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22: 141-147.**

Il y a un besoin urgent de traitements efficaces après la mise en liberté pour des personnes qui avaient une dépendance à l'héroïne avant leur incarcération puisqu'en général, il y a rechute après la mise en liberté. Cet article fait le point sur la première année d'une étude pilote de deux ans sur le traitement d'entretien à l'agoniste des opioïdes entrepris dans les prisons et poursuivis dans la collectivité. Les hommes incarcérés qui avaient une dépendance à l'héroïne avant leur incarcération ont été choisis au hasard pour recevoir le traitement d'entretien au Levo-alpha-acétylméthadol (LAAM) ou pour les conditions témoins trois mois avant la mise en liberté. Environ 92 % des détenus admissibles se sont portés volontaires pour participer à l'étude; 36 des 58 sujets qui étaient admissibles à recevoir le traitement d'entretien au LAAM et que l'on a choisis au hasard ont commencé le traitement avec succès. Parmi ces sujets, 28 ont poursuivi le traitement jusqu'à leur mise en liberté; 22 (78,6%) ont entrepris le traitement d'entretien dans la collectivité; et 11 personnes ont poursuivi le traitement au moins six mois après leur mise en liberté. Les changements apportés à l'étiquetage du LAAM en raison de son association aux arythmies cardiaques font de lui, à présent, un traitement de seconde intention pour la dépendance à l'héroïne qui n'est pas indiqué pour l'instauration du traitement. Néanmoins, les résultats de l'étude peuvent également s'appliquer au traitement d'entretien à la méthadone, ce qui suggère qu'un tel traitement peut s'avérer un moyen prometteur pour faire participer les prisonniers qui ont une dépendance à l'héroïne avant l'incarcération de poursuivre le traitement.

**Levasseur et coll. (2002).** *Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt rôle des traitements de substitution. Une analyse rétrospective préliminaire. Annales de Médecine Internes, 153 (Supp 3) : 1S14-19..*

**Magura S, Rosenblum A, Joseph H (1992).** *Evaluation of in-jail methadone maintenance: preliminary results.* Dans : Leukefeld C, Tims F (éd.). *Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails*, NIDA Research Monograph 118. Rockville: Maryland.

**Magura S et coll. (1993)** *The effectiveness of in-jail methadone maintenance. Journal of Drugs Issues, 23(1): 75-99.*

Les conclusions de l'évaluation du processus et de l'impact sont présentées pour le traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons de la ville de New York qui compte trois mille admissions par année. Le *Key Extended Entry Programme (KEEP)* permet aux toxicomanes accusés de méfaits d'être entretenus avec une dose stable de méthadone au cours de leur séjour à Rikers Island (45 jours en moyenne) pour ensuite être dirigés vers des créneaux réservés après leur mise en liberté pour qu'ils participent à des traitements d'entretien à la méthadone dans la collectivité. L'étude principale évaluait les personnes incarcérées qui ne recevaient pas de méthadone au moment de leur arrestation. Parmi les membres de ce groupe, 88 % s'injectaient des drogues (habituellement de l'héroïne et de la cocaïne) et admettaient qu'ils avaient commis en moyenne 117 infractions contre les biens et 19 crimes avec violence dans les six mois précédant la prison. On a comparé les résultats obtenus avec les participantes et les participants au traitement d'entretien à la méthadone après leur mise en libération avec ceux des toxicomanes semblables qui ont suivi une cure de détoxication d'héroïne de sept jours en milieu carcéral. L'analyse multivariée a indiqué que les participants et les participantes aux traitements étaient plus susceptibles à demander de suivre un traitement à la méthadone ou un autre traitement pour toxicomanes après leur mise en liberté, et de poursuivre le traitement après un suivi de 6,5 mois que ceux faisant partie du groupe témoin. De plus, le fait d'être toujours en traitement pendant le

suivi entraînait des taux moins élevés de crimes et de consommation de drogues, mais les taux de rétention dans le traitement dans la collectivité étaient modestes. Le traitement en prison était le plus efficace pour maintenir la continuité du traitement d'entretien à la méthadone après la mise en liberté pour ceux qui suivaient déjà un TEM au moment de leur arrestation. L'expérience avec le KEEP au pénitencier de Rikers Island a apaisé les craintes qu'avait le personnel des services correctionnels concernant l'administration de méthadone aux personnes incarcérées. Le détournement de médicaments n'a pas été un problème; on a repéré le peu de patients et de patientes qui ont tenté de recracher les médicaments et on a retiré ces personnes du programme. Il n'y a eu aucun conflit entre les personnes incarcérées qui ont accès à la méthadone et ceux qui n'y ont pas. En fait, le personnel des services correctionnels a remarqué que les toxicomanes qui reçoivent de la méthadone sont moins irritables et plus faciles à gérer que les autres personnes incarcérées. Le KEEP est maintenant considéré comme faisant partie intégrante de l'administration du pénitencier et les directeurs de prison l'ont accepté à titre d'important programme pour le traitement de l'héroïnomanie et de mesure de prévention du sida au sein de la population carcérale. Voir également Tomasino V et coll., 2001, et Bellin et coll., 1999.

**McGuigan K (1995). Methadone maintenance in Parkhurst Prison. Report of the 2nd Seminar of the European Network of Services for Drug Users in Prison. Prison Resource Service : Londres, 10-11.**

Les recherches ont démontré que les personnes incarcérées dans la prison de Parkhurst sont plus subversives et difficiles à gérer que celles dans d'autres prisons à sécurité maximale de l'Angleterre et du pays de Galles. Et celles qui demandent un traitement à la méthadone sont plus subversives avant de recevoir le traitement que le reste de la population de Parkhurst. Lorsqu'on leur administre le traitement, la mesure de leur état subversif revient à la mesure moyenne des autres prisonniers. Certains faits démontrent que les toxicomanes qui sont engagés par des services de traitement de la toxicomanie et qui participent à des traitements d'entretien à la méthadone lorsqu'ils sont en prison sont plus susceptibles d'accepter l'aide des services de traitement de la toxicomanie lors de la mise en liberté. Lorsqu'il existe une bonne relation entre le patient et le médecin, il est aussi plus probable que le patient commencera à faire usage d'autres aspects des services de soins de santé. Bien qu'il soit politiquement et économiquement attrayant, le traitement de courte durée risque de faire en sorte que le patient ou la patiente se présente pour le traitement seulement lorsqu'il a de la difficulté à se procurer des opioïdes et qu'il retourne à l'usage d'opiacées lorsque les approvisionnements peuvent être rétablis. Le tout résulte en une situation où le médecin et le patient s'associent dans un jeu où les vrais problèmes de consommation de drogues à mauvais escient ne sont jamais inscrits à l'ordre du jour des discussions. La prescription de la méthadone pour une plus longue période donne le temps à ce groupe de nouer de bonnes relations avec le médecin examinateur et de réorganiser ses habitudes de vie. Les patients et les patientes à qui l'on a prescrit de la méthadone pour une plus longue période et dont le dosage est réaliste, ont moins besoin d'avoir recours aux drogues illicites avec tous les risques associés aux méthodes d'administration, aux impuretés et à la force incertaine. Également, ceux qui se sont engagés à s'attaquer à leur consommation de drogues à mauvais escient devraient reprendre un mode de vie plus stable et devenir de meilleurs membres des communautés carcérales. L'établissement d'une relation de travail plus positive avec la population d'usagers et d'usagères de drogues a eu beaucoup d'avantages. L'une d'entre elles, et non la moindre, est le nombre considérable des patientes et des patients traités à ce jour qui ont diminué leur usage de méthadone et qui ont cessé de la prendre de leur propre gré (60 % au

dernier compte). Malgré les inquiétudes au début du projet, il n'y a pas eu de demande massive pour la méthadone et le nombre de personnes qui se sont présentées après les premières semaines est resté gérable.

**McLeod F (1991). Methadone, Prisons and AIDS. Dans : Norberry J et coll. (éditeurs), *HIV/AIDS and Prisons*. Canberra : Institut australien de criminologie.**

**McLeod C (1996). Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral? *Revue VIH/sida, droit et politiques*. Vol 2 no 4: 22-23.**

(Voir également ci-dessous, la section sur les « questions d'ordre juridique, éthique et celles liées au droits de la personne ».

**Michel L, Maguet O (2003). L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution. Paris : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida Ile-de-France.**

Le rapport offre un aperçu des traitements à la méthadone et à la buprénorphine dans les prisons en France et présente les résultats d'une étude entreprise avec les professionnels de la santé, le personnel de prison, ainsi que les personnes incarcérées au sujet de leurs expériences avec un tel traitement. Il fait des recommandations en vue d'apporter des améliorations à l'administration du traitement.

**Motiuk L, Dowden C, Nafekh M (1999). *Enquête préliminaire sur un programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) à l'intention des détenus sous responsabilité fédérale*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1999.**

**Pont J, Resinger E, Spitzer B (2005). *Substitutions -Richtlinien für Justizanstalten*. Vienne: ministère de la Justice.**

Directives non publiées sur le traitement de substitution en milieu carcéral.

**Reynaud-Maurupt C et coll. (2005). Substitution par buprénorphine haut dosage lors d'une incarcération : Prise en charge de détenus pharmacodépendants aux opiacés. *La Presse médicale*, 34(7): 487-490.**

L'objectif était d'estimer l'incidence du traitement de substitution par buprénorphine à dose élevée sur la santé des personnes incarcérées et le déroulement de leur incarcération. Une enquête prospective a été réalisée lors de l'entrée en milieu carcéral de patientes et de patients dépendants des opiacés et après deux mois d'incarcération dans six établissements pénitenciers du sud-est de la France. Au cours de l'incarcération, aucune différence significative (en dehors du suivi médical) n'est apparue entre les patientes et les patients suivant un traitement de substitution et ceux qui furent sevrés lors de leur entrée en détention. Par contre, le premier groupe se distinguait du deuxième à plusieurs égards : son insertion professionnelle avant l'incarcération était plus précaire, ses antécédents de toxicomanie et d'incarcération était plus sérieux. L'incidence du traitement de substitution au cours de l'incarcération ne pouvait pas être

mis en évidence, mais les patientes et les patients qui recevaient un traitement de substitution étaient caractérisés par un profil différent des personnes non traitées au moment de la mise en détention.

**Rich JD et coll. (2005). Attitudes and practices regarding the use of methadone in US state and federal prisons. *Journal of Urban Health*.**

Les auteurs ont effectué une enquête auprès des directrices et des directeurs médicaux de tous les cinquante États des États-Unis et du système carcéral fédéral afin de décrire leurs attitudes et leurs pratiques par rapport à l'administration de la méthadone. Des 40 personnes interrogées, 48 % avaient recours à la méthadone, surtout pour les prisonnières enceintes ou pour la détoxification à court terme. Seulement 8 % des répondants et des répondantes dirigent les personnes incarcérées avec une dépendance aux opiacés vers les traitements d'entretien à la méthadone lors de leur mise en liberté. D'après les auteurs, les résultats font ressortir le besoin de déstigmatiser l'usage de la méthadone dans le milieu carcéral, d'élargir l'accès à la méthadone au cours de l'incarcération et d'améliorer les réseaux menant au traitement d'entretien à la méthadone pour les délinquantes et les délinquants qui ont une dépendance aux opiacés et qui retournent dans la collectivité.

**Ross M et coll. (1994). Prison: shield from threat, or threat to survival? *British Medical Journal*, 308: 1092-1095.**

Les auteurs signalent qu'il existe des preuves certaines de statistiques publiées et non publiées du Home Office que la philosophie et les méthodes d'administration aux sujets qui sont dépendants des opiacés par le service médical britannique en milieu carcéral diffère considérablement de la position commune adoptée par les cliniques pour les personnes dépendantes de drogues dans le National Health Service (NHS). À titre d'exemple, bien qu'en 1992 les centres de traitement du NHS fournissaient le traitement avec des drogues à déclaration obligatoire (habituellement la méthadone) à 90 % des toxicomanes déclarés de nouveau, le chiffre correspondant pour le service médical en milieu carcéral était de seulement 29 %. De plus, dans les cas où la méthadone était offerte, le traitement à la méthadone habituel fourni par le service médical de la prison était probablement, au plus, un traitement accéléré de sept jours qui ne concorde pas avec le taux physiologique du processus de sevrage. Ils recommandent que le service médical carcéral mette en œuvre un genre de programme de traitement qui serait la norme de pratique dans les centres de traitement de toxicomanie du NHS et de certaines omnipratiques.

**Rothon D (1997/98). La méthadone dans les prisons provinciales en C.-B. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 3(4)/4(1): 27-29.**

Disponible en français et en anglais au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Hiver9798/23ROTHONE.html>

L'expérience de la Colombie-Britannique avec le TEM dans les prisons.

**Rotily et coll. (2000) Pratiques à risque de transmission du VIH en milieu carcéral et facteurs associés à la réincarcération des usagers de drogue par voie intraveineuse. *La Presse Médicale* 29(28): 1549-1556.**

Le but de cette étude était d'évaluer la fréquence de pratiques à risque pour la transmission du VIH en milieu carcéral et de déterminer les facteurs associés à la réincarcération. Une analyse

multivariée démontre que la réincarcération était nettement plus fréquente parmi les personnes incarcérées qui ne recevaient pas de substitut aux opiacés au moment de leur emprisonnement.

**Shearer J, Wodak A, Dolan K (2004). The Prison Opiate Dependence Treatment Trial. Technical Report n° 199. Sydney : Centre national de recherche sur les drogues et l'alcool.** L'essai du traitement des dépendances aux opiacés a examiné les antécédents et les résultats des traitements de 204 usagers et usagères d'héroïne dans des prisons de la Nouvelle-Galles-du-Sud, en Australie, entre janvier 2002 et janvier 2004. L'étude a été réalisée à la demande du Corrections Health Service de la Nouvelle-Galles-du-Sud afin d'évaluer l'introduction de la naltrexone, un antagoniste des opioïdes à action prolongée, par le biais d'une comparaison contrôlée avec les deux traitements existants pour les usagers et les usagères d'héroïne : le traitement d'entretien à la méthadone et le counseling aux toxicomanes devenus abstinents. L'étude a démontré que les taux d'introduction et de rétention sont très faibles en ce qui concerne la naltrexone administrée par voie orale. La rétention après six mois était beaucoup plus basse pour les sujets qui avaient commencé le traitement à la naltrexone (7 %) comparativement aux sujets qui ont entrepris un traitement à la méthadone (58 %). L'étude n'a pas pu reproduire le succès observé parmi les personnes mises en liberté conditionnelle aux États-Unis ou celles dans les programmes de placement à l'extérieur à Singapour. D'après les auteurs, la [Traduction] « raison la plus plausible pour cela était que les personnes incarcérées n'étaient pas sujettes à la contrainte ou aux mesures incitatives pour entreprendre le traitement à la naltrexone ou y demeurer. En l'absence de telles mesures incitatives, les personnes incarcérées dépendantes des opiacés ont indiqué leur préférence pour un traitement par agoniste, y compris le traitement d'entretien à la méthadone et à la buprénorphine. »

L'étude a aussi révélé un faible taux de rétention chez des sujets qui avaient entrepris un traitement à la buprénorphine due à la proportion élevée (20 %) qui a été interrompue à cause de déjudiciarisation, ce qui a mené les auteurs de l'étude à recommander qu' [Traduction] « une formulation de remplacement de la dose pourrait être justifiée ». Les auteurs terminent en déclarant [Traduction] : « nous concluons de cette étude que le traitement de la dépendance à l'héroïne en milieu carcéral au moyen de la naltrexone par voie orale est relativement inefficace étant donné l'attrait limité et la faible conformité qui sont supérieurs pour la méthadone par voie orale, qui est aussi plus attrayante et plus efficace ». Pour commander un exemplaire du rapport, rendez-vous au : [ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports](http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Publications.reports)

**Sibbald B (2002). Methadone maintenance expands inside federal prisons. *Journal de l'Association médicale canadienne* 167(10): 1154.**

**Stöver H, Keppler K (1998). Methadone treatment in the German penal system. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 44(2): 104-119.**

L'article donne un aperçu de la pratique du traitement à la méthadone dans les prisons des divers États de l'Allemagne.

**Tomasino V et coll. (2001). The Key Extended Entry Program (KEEP): a methadone treatment program for opiate-dependent inmates. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 68(1): 14-20.**

L'article décrit les caractéristiques du programme de traitement d'entretien à la méthadone dans l'établissement de correction de Rikers Island à New York. Voir aussi Bellin et coll., 1999, Magura, Rosenblum, Joseph, 1992, et Magura et coll., 1993.

**Tracqui A, Kintz P, Ludes B (1998). Drug and death in custody: two fatal overdoses. *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 41(3-4): 185-192.**

Les auteurs présentent des discussions sur deux cas de surdoses liées aux drogues de substitution (méthadone, buprénorphine) et aux benzodiazépines en milieu carcéral.

**Wale S, Gorta A (1987). *Views of inmates participating in the pilot pre-release Methadone Program, Study No. 2*. Sydney : Centre for Health Economics Research : NSW Department of Corrective Services.**

**Warren E, Viney R (2004). *An Economic Evaluation of the Prison Methadone Program in New South Wales (Project Report 22)*. Sydney : Centre for Health Economics Research and Evaluation, University of Technology Sydney.**

Il s'agit de la première étude publiée concernant le rendement coût-efficacité des traitements d'entretien à la méthadone. Elle suggère qu'environ 20 jours de réincarcération doivent être évités afin de compenser les coûts annuels du traitement à la méthadone dans les prisons de la Nouvelle-Galles-du-Sud qu'on ait compris ou non des cas de VHC évités.

**Whitling N (2003). Alberta – Nouvelle politique sur le traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 8(3): 49-51.**

Disponible en français et en anglais au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol8no32003/prison.htm#p1>

Le droit d'un détenu d'avoir accès à un traitement d'entretien à la méthadone (TEM) pendant qu'il est dans un établissement de détention a récemment été soulevé et examiné par la Cour du Banc de la Reine, en Alberta, dans l'affaire *Milton Cardinal v. The Director of the Edmonton Remand Centre and the Director of the Fort Saskatchewan Correctional Centre*. Il s'agit d'une importante affaire qui vient de créer un précédent. Pour la première fois, un tribunal canadien a ordonné qu'une personne incarcérée puisse avoir accès à un TEM pendant sa détention. En conséquence de ce action, et juste avant qu'elle passe à l'instruction, l'Alberta a modifié sa politique en la matière et fournit désormais le TEM aux personnes incarcérées dans ses prisons provinciales qui le demandent – du moins à ceux qui recevaient ce traitement avant leur incarcération.

## **Prescription d'héroïne**

**Dobler-Mikola A, Kaufmann B. (1997). In O'Brien O (ed.). *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*. Cranstoun Drug Services: Londres, 71-72.**

Un autre sommaire de l'expérience de la Suisse avec l'essai de la prescription d'héroïne.

**Kaufmann B, Dreifuss R, Dobler-Mikola A (1997/98). Prescription de stupéfiants à des personnes toxicodépendantes en milieu carcéral - quelques résultats intérimaires. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 3(4)/4(1): 39-42.**

Disponible au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Hiver9798/28BEATF.html>

En s'appuyant sur les résultats d'une série de mesures fédérales qui datent du 20 février 1991 et qui sont conçues pour réduire les problèmes liés à l'usage de drogues, la Suisse a procédé à des essais de prescription de stupéfiants sous contrôle médical à des toxicomanes en janvier 1994. Le *Projet de prescription de stupéfiants sous contrôle médical en prison* (PSTEP) est un volet distinct d'un plan de recherche élargie comprenant ces essais scientifiques. Les auteurs évaluent les résultats préliminaires et concluent que la prescription de stupéfiants sous contrôle médical en milieu carcéral est faisable : « Tous les problèmes médicaux ou sociaux ont pu être résolus de manière satisfaisante. Les participants ont vu la qualité de leur vie s'améliorer. Après quelques problèmes au départ, l'adaptation à la demande de l'exécution pénale a été jugée satisfaisante par les employés de la prison. Pour l'établissement pénitentiaire, ce projet pilote était un grand défi qui, grâce aux efforts supplémentaires d'employés disponibles et motivés, a pu être mené à bien. »

## **Mortalité après la mise en liberté**

Au cours des dernières années, on a mené des recherches poussées qui portaient sur la mortalité des personnes libérées de prison et ont révélé un grand nombre de décès survenus au cours des premières semaines après la mise en liberté qui étaient attribuables à une surdose. Tel qu'il est noté dans la documentation, ce phénomène s'explique probablement par la diminution de la tolérance aux opiacés au cours de l'emprisonnement en plus de la reprise d'injection de drogue après la mise en liberté. Cela fait ressortir l'importance du traitement de substitution non seulement en tant que stratégie de prévention du VIH en milieu carcéral, mais comme une stratégie visant à réduire les décès liés à une surdose après la mise en liberté.

**Bird SM, Hutchinson SJ (2003). Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996-1999. *Addiction*, 98: 185-190.**

L'étude a démontré que la mortalité liée aux drogues, de 1996 à 1999, était sept fois plus élevée (IC à 95 % : 3,3 - 16,3) au cours des deux semaines après la mise en liberté qu'à tout autre moment après avoir été libéré et 2,8 fois plus élevée que les suicides en milieu carcéral (IC à 95 % : 1,5 - 3,5) d'hommes âgés de 15 à 35 ans qui étaient incarcérés depuis 14 jours ou plus. Les auteurs ont estimé un décès lié aux drogues dans les deux semaines suivant la mise en liberté sur 200 injecteurs adultes de sexe masculin libérés après 14 jours ou plus d'incarcération.

**Harding-Pink D (1990). Mortality following release from prison. *Med Sci Law*, 30(1): 12-16.**

**Joukamaa M (1998). The mortality of released Finnish prisoners: a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Sci Int*, 96(1): 11-19.**



**Seaman SR, Brettle RP, Gore SM (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal*, 316: 426-428.**

L'étude démontre que, dans l'ensemble, l'emprisonnement ne semble pas augmenter les risques des UDI de mourir d'une surdose. Cependant, le risque de décès était huit fois plus élevé dans les deux semaines après la mise en liberté que pendant les dix semaines après la mise en liberté.

**Seymour A, Oliver JS, Black M (2000). Drug-related deaths among recently released prisoners in the Strathclyde Region of Scotland. *J Forensic Sci*, 45(3): 649-654.**

**Shewan D et coll. (2001). Injecting risk behaviour among recently released prisoners in Edinburgh (Scotland): The impact of in-prison and community drug treatment services. *Legal and Criminological Psychology*, 6: 19-28.**

**Singleton N et coll. (2003). Drug-related mortality among newly released offenders. Londres : Home Office, conclusions 187.**

Cette étude présente les estimations des taux de mortalité parmi les personnes libérées de prison en Angleterre et au pays de Galles et fournit quelques preuves de facteurs de risque liés à ce groupe. D'un échantillon de 12 438 personnes libérées de prison en juin ou en décembre 1999, on a dénombré 79 décès liés aux drogues et 58 morts attribuables à d'autres causes au cours de la période d'étude allant jusqu'au 31 janvier 2001. On a relevé un taux élevé de décès, toutes causes confondues, au cours de la période immédiatement après la mise en liberté : 13 morts au cours de la première semaine après la mise en liberté (55 décès par millier par année); 6 au cours de la deuxième semaine (25 décès par millier par année); 3 ou 4 par semaine au cours des troisième et quatrième semaines (15 décès par millier par année). Par la suite, le taux de mortalité diminue pour atteindre un taux constant d'environ 2 décès par semaine (entre 5 et 10 décès par millier par année). Au cours de la semaine suivant la mise en liberté, les sujets qui faisaient partie de l'échantillon étaient environ 40 fois plus susceptibles de mourir que la population générale. Au cours de cette période, immédiatement après la mise en liberté, la plupart de ces décès (plus de 90 %) étaient associés à des causes liées aux drogues.

**Verger P et coll. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *J Forensic Sci*, 48(3): 614-616.**

Les auteurs ont étudié la mortalité de 1 305 personnes libérées d'une prison française en 1997. Comparés avec la population générale, les taux de mortalité non naturelle des ex-prisonniers et des ex-prisonnières étaient nettement plus élevés dans les catégories des 15 à 34 ans et des 35 à 54 ans (des facteurs de 3,5 et de 10,6 respectivement) et le risque de décès lié à une surdose étaient respectivement de 124 et de 274 fois plus élevés dans les mêmes catégories. L'étude conclut que l'on devrait intensifier la prévention et les soins au cours de la période précédant la mise en liberté.

# Autres formes de traitement pour la dépendance des drogues

## Ressources essentielles

**Ashley OS, Marsden ME, Brady TM (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 29(1): 19-53.**

Des recherches récentes ont montré qu'il existe des différences entre les femmes et les hommes quant à l'étiologie de la dépendance, à la progression de la maladie ainsi qu'à l'accès au traitement de la toxicomanie. On a proposé un tel traitement spécialement destiné aux femmes comme moyen de répondre aux besoins particuliers des femmes et de réduire les barrières les empêchant de recevoir un traitement et y demeurer. Cependant, les programmes de désintoxication qui offrent des services spécialisés pour les femmes sont relativement peu nombreux et leur efficacité n'a pas été évaluée à tous égards. Cet article examine la documentation traitant de l'étendue et de l'efficacité des programmes de désintoxication pour les femmes et donne un aperçu de ce qui est connu des composantes de programmes de désintoxication pour femmes qui réussissent. On a examiné 38 études des effets sur les résultats des traitements des programmes de désintoxication pour les femmes, dont 7 essais contrôlés randomisés et 31 études non randomisées. Dans l'étude, on a examiné six composantes liées aux programmes de désintoxication pour les femmes : le soin des enfants, les soins prénatals, les programmes destinés exclusivement aux femmes, les services supplémentaires et les ateliers qui traitent de sujets visant les femmes, les programmes en santé mentale et les programmes d'envergure. Les études ont révélé l'existence d'associations positives entre ces six composantes et l'achèvement du traitement, la durée du séjour, la diminution de la consommation de drogues, la diminution des symptômes de maladie mentale, une meilleure issue de la grossesse, l'emploi, l'état de santé autodéclaré et la réduction du risque d'infection à VIH. Ces résultats suggèrent que pour améliorer la santé et le bien-être futurs des femmes et de leurs enfants, il existe un besoin continu d'études bien conçues des programmes de désintoxication pour les femmes.

**Harrison L et coll. (2003). *The Effectiveness of Treatment for Substance Dependence within the Prison System in England: A Review*. Canterbury : Centre for Health Services Studies.**

Disponible au <http://www.kent.ac.uk/chss/frames/index.htm>

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer les traitements que l'on utilise pour les toxicomanes, de décrire les régimes actuels qui sont disponibles en prison et d'évaluer l'efficacité des traitements, en se fondant sur les preuves tirées des recherches menées au Royaume-Uni et aux États-Unis. Elle commence en indiquant que : [Traduction] « le traitement en milieu carcéral ne sera jamais une solution de rechange viable dans la collectivité, à cause du coût élevé de l'emprisonnement [...] Comme de nombreux délinquants et délinquantes ont de sévères problèmes avec les drogues illicites. Il serait toutefois contraire à l'éthique de ne pas saisir l'occasion qu'offre l'emprisonnement pour le traitement et la réadaptation. ». L'étude souligne qu'il y a eu un manque d'évaluations systématiques des traitements pour la toxicomanie dans le système carcéral britannique. Parmi les conclusions, on compte les suivantes : 1) il y a eu peu d'études indépendantes des méthodes liées au programme en 12 étapes et les études d'évaluation à ce jour sont médiocres sur le plan méthodologique; 2) les thérapies cognitives-comportementales ont des antécédents fiables en ce qui a trait à l'efficacité, présentant une

valeur intrinsèque pour motiver les gens à changer de comportement; 3) il manque des preuves de l'efficacité des programmes d'éducation, mais il peut avoir certains avantages liés à la transmission de renseignements précis pour améliorer la santé et réduire les comportements à risque; 4) il existe de bonnes preuves que le traitement d'entretien à la méthadone réduit les comportements à risque liés à l'injection de drogues en prison, diminue le risque de surdose après la mise en liberté et a un impact positif sur les taux de criminalité; 5) les communautés thérapeutiques dans les prisons des États-Unis prétendent une réduction constante des taux de nouvelles condamnations et de rechute dans l'abus de drogues, mais les recherches existantes ont été déficientes sur le plan méthodologique. Les auteurs font observer notamment que dans de nombreuses études visant les communautés thérapeutiques, on parle de succès pour les personnes incarcérées qui terminent le traitement, et on exclut de l'analyse celles qui l'abandonnent (souvent dans les premiers mois suivant leur admission). De plus, les communautés thérapeutiques qui connaissent du succès sont liées à des programmes postpénaux, mais deux évaluations qui comprenaient un groupe qui suivait seulement un programme dans une maison de transition ont trouvé que ce groupe a réussi aussi bien que les personnes qui ont suivi un traitement intensif en milieu carcéral et dans la collectivité, soulevant ainsi la possibilité que limiter la prestation à une communauté thérapeutique de transition serait un meilleur rapport coût-efficacité que d'offrir une structure de traitement à plusieurs étapes.

L'étude conclut en rappelant encore une fois, que la plus importante menace au succès du traitement en milieu carcéral provient du manque d'arrangements pour la continuité du traitement et l'aide postpénale, qui sont partiellement indépendants de la volonté des autorités carcérales.

**Henderson DJ (1999). Drug abuse and incarcerated women. A research review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(1): 23-30.**

Le document fait le point sur ce qui est connu des besoins des prisonnières en matière de traitement et d'aide postpénale et propose un programme pour de futures recherches.

**Mears DP et coll. (2003). *Drug Treatment in the Criminal Justice System: The Current State of Knowledge*. Washington, DC: Urban Institute.**

Disponible au [www.urban.org](http://www.urban.org)

**Mitchell O, Wilson DB, MacKenzie DL (2005). Systematic review protocol. The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior. Soumis au Campbell Collaboration, Criminal Justice Review Group.**

Disponible au <http://www.aic.gov.au/campbellcj/reviews/titles.html>

D'ici le début de 2006, les auteurs entreprendront une étude méthodique des preuves disponibles concernant l'efficacité du traitement pour toxicomanie en milieu carcéral visant à réduire la consommation de drogues et la récidive. L'étude portera plus précisément sur les questions suivantes : Les traitements pour toxicomanie en milieu carcéral sont-ils efficaces pour diminuer la récidive et la consommation de drogues? Quelle est l'efficacité approximative de ces programmes? Existe-t-il des traitements pour toxicomanie qui sont particulièrement efficaces ou inefficaces? Quelles sont les caractéristiques qui différencient un traitement efficace d'un traitement non efficace? Les auteurs aborderont ces questions en se servant de techniques de méta-analyse. À bien des égards, l'étude représente un prolongement du travail de Pearson et

Lipton, 1999, *infra*. Le protocole de vérification décrit le contexte de l'étude, ses objectifs, les méthodes qui seront utilisées et le délai d'exécution. On prévoit mettre à jour l'étude tous les trois ans.

**Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2003). Traiter les usagers problématiques de drogues en milieu carcéral : un élément clé pour la promotion de la santé et la réduction de la criminalité. *Objectif drogues* 7.**

Disponible en 12 langues au

[www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=439&sLanguageISO=EN](http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=439&sLanguageISO=EN)

Ce cahier d'information de quatre pages présente un très bon survol des principaux enjeux stratégiques liés au traitement de la toxicomanie en milieu carcéral.

**Organisation mondiale de la Santé (2005). *Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users.* Genève: OMS.**

Disponible au <http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf>

Le document examine les données sur le traitement de la toxicomanie dans la prévention du VIH parmi les UDI.

**Pearson FS, Lipton DS (1999). A meta-analytical review of the effectiveness of corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4): 384-410.**

Pearson et Lipton ont évalué de façon systématique les recherches qui examinent l'efficacité de programmes de désintoxication liés aux services correctionnels pour réduire la récidive. Au cours de leur étude, ils ont effectué des recherches exhaustives sur des évaluations expérimentales et quasiexpérimentales d'interventions entreprises dans des milieux carcéraux, menées dans tout pays et publiées entre 1968 et 1996. Leurs recherches ont relevé 30 études qui répondent à leurs critères d'admissibilité. Leur synthèse des résultats de ces études indique que les camps de type militaire et les interventions de counseling en groupe n'étaient pas efficaces pour réduire la récidive parmi les consommateurs et les consommatrices de drogues. Par contre, les communautés thérapeutiques étaient efficaces en ce qui concerne la réduction de la récidive, mais les auteurs ont trouvé trop peu d'études qui évaluaient d'autres genres d'interventions pour tirer des conclusions solides. Ils ont toutefois qualifié les preuves qui évaluent l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone, à la prévention de la toxicomanie, aux programmes cognitivo-comportementaux et à ceux de 12 étapes.

**Weekes J, Thomas G, Graves G (2004). - FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.**

Disponible au [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

Un examen des questions liées à la consommation de drogues en milieu carcéral (sous forme de « foire aux questions »), se concentre sur le Canada, mais comprend beaucoup de renseignements sur les autres pays. Certaines des questions abordées sont : À quel point les efforts tendant à limiter la disponibilité de l'alcool et de drogues en milieu carcéral sont-ils efficaces? Quelle sorte de traitement pour la toxicomanie est offerte aux personnes incarcérées et à celles mises en liberté dans la collectivité? Quelles sont les caractéristiques des meilleures pratiques liées aux programmes de désintoxication en milieu carcéral? À quel point les programmes de désintoxication pour les personnes incarcérées sont-ils efficaces?

Les auteurs soulignent que la majorité des programmes qui sont actuellement offerts aux personnes incarcérées partout dans le monde ont été élaborés sans base théorique claire, évidence empirique ou de conformité stricte aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires. L'examen montre qu'il y a un besoin de modèles uniques d'interventions et de services pour les femmes, les minorités ethniques et les personnes incarcérées plus jeunes. Il souligne que les recherches suggèrent que pour la plupart des délinquantes et des délinquants qui ont un problème de consommation, le traitement optimal comprend les traitements en milieu carcéral, des traitements de suivi complémentaires dans la collectivité, des services continus d'entretien et de soutien, ainsi qu'une aide postpénale.

**Zurhold H, Stöver H, Haasen C (2004). *Female drug users in European prisons – best practice for relapse prevention and reintegration. Final report and recommendations. Hambourg : Centre de recherche interdisciplinaire de la dépendance, Université de Hambourg.***

Le rapport de 300 pages donne un aperçu des politiques et des pratiques courantes en milieu carcéral axées sur les consommatrices de drogues dans les prisons européennes. Il résume aussi les résultats d'une enquête d'utilisatrices de drogues dans certaines prisons de cinq pays européens. Le rapport comprend une série de recommandations concernant des options de traitement spécialisé pour les femmes en milieu carcéral.

## **Autres ressources**

**Andrews D et coll. (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically-informed meta-analysis. *Criminology*, 28: 369-404.**

L'article cerne les principes qui sont la clé pour déterminer l'élaboration de mesures appropriées en matière de traitements en milieu carcéral.

**Belenko S, Peugh J (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug Alcohol Depend*, 77(3): 269-281.**

L'accroissement des populations en milieu carcéral aux États-Unis est en grande partie attribuable aux problèmes de criminalité liés à la drogue et à sa consommation. Cependant, un nombre relativement petit de personnes incarcérées suivent un traitement, les interventions existantes tendent à être de courte durée ou non clinique et il est nécessaire d'améliorer les méthodes pour faire correspondre les personnes incarcérées qui consomment de la drogue au niveau des soins. À l'aide de données du Survey of Inmates in State Correctional Facilities [Enquête visant les personnes incarcérées dans les établissements correctionnels d'État] de 1997 (un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 14 285 personnes incarcérées de 275 prisons d'État), les auteurs présentent un cadre pour estimer les niveaux de traitements qu'il faut administrer. Les résultats indiquent un niveau élevé d'implication dans la drogue, mais une variation considérable dans la sévérité ou la récurrence de la consommation et les conséquences sur la santé et la société. Les auteurs estiment qu'un tiers des prisonniers et la moitié des prisonnières nécessitent des traitements en établissement, mais que la moitié des prisonniers et un tiers des prisonnières peuvent ne nécessiter aucun traitement ou d'interventions de courte

durée. La capacité de traitement dans les prisons d'État est nettement insuffisante par rapport au besoin, et les améliorations de l'évaluation, du choix de traitement et des mesures incitatives aux personnes incarcérées sont nécessaires pour conserver les ressources thérapeutiques peu abondantes et faciliter l'accès des personnes détenues en prison aux différents niveaux de soins.

**Burrows J et coll. (2000). The nature and effectiveness of drugs throughcare for released prisoners. Londres : Home Office Research, Development and Statistics Directorate (résultats de recherche n° 109).**

Résumé disponible au <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/rf2000.html>

Dans cette étude (pour de plus amples détails, consultez la section « Planification de la mise en liberté et aide postpénale »), le principal motif pour les personnes incarcérées qui veulent obtenir des traitements serait l'abstinence. [Traduction] « Cependant, 23 % voulaient continuer de faire usage de drogues tout en gardant leur consommation sous contrôle et un autre 20 % voulaient réduire les méfaits qui constitueraient un danger pour eux-mêmes et pour leurs proches. »

Harrison et ses collaborateurs (*supra*, 2003) soulignent que, même s'il n'est pas rare pour les clients et les clientes d'avoir des motifs différents (et la plupart des organismes antidrogue communautaires négociaient les objectifs de l'intervention avec eux) les programmes de traitement en milieu carcéral sont centrés sur l'abstinence des drogues. D'autres objectifs, tels que la réduction des méfaits, ne semblent pas être considérés comme légitimes. D'après Harrison et ses collaborateurs, il « existe clairement un besoin d'examiner cette politique *de facto* à nouveau, puisque la plupart des données liées à l'efficacité du traitement de la toxicomanie dans le système de justice pénale se rapportent aux interventions visant la réduction des méfaits tels que le traitement d'entretien à la méthadone. »

**Conseil de l'Europe (2002). Usage des drogues en prison. Proposition de liste des questions à examiner lors de l'évaluation des modalités de prise en charge des détenus usagers de drogues dans les prisons. Strasbourg : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains ou dégradants.**

**Dowden C, Blanchette K (2002). An evaluation of the effectiveness of substance abuse programming for female offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46: 220-230.**

Une méta-analyse récente fait état d'une association entre le traitement de la toxicomanie et des réductions modérées de récidive chez les délinquantes, mais très peu de tests ( $k=4$ ) étaient axés sur les adultes. L'objectif de cette étude était de contribuer à ce domaine dont les recherches scientifiques qui sont relativement peu nombreuses en explorant l'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie en ce qui concerne la réduction de la récidive pour un échantillon de 98 délinquantes purgeant une peine fédérale au Canada. Les résultats révèlent une réduction considérable de la récidive générale pour les toxicomanes ayant subi un traitement. De plus, les données indiquaient que la récidive avec violence a également diminué parmi le groupe ayant subi un traitement, bien que la différence n'ait pas atteint le seuil de signification statistique.

**Farbring A (1995). A treatment programme for drug users at the ÖSTERÅKER prison: Design and evaluation. *Report of the 2nd Seminar of the European Network of Services for Drug Users in Prison*. Prisoners Resource Service : Londres, pp. 17-19.**

Voir aussi Farbring A (1997). Efficiency of drug treatment in prisons. Dans : O'Brien O (éd.). *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*. Cranstoun Drug Services : Londres, pp. 39-41.

La prison d'Österåker, prison à sécurité maximale juste à l'extérieur de Stockholm, administre un programme de traitement pour les toxicomanes depuis 1978. Des scientifiques indépendants évaluent le programme chaque année, à l'origine dans une étude longitudinale de trois ans entreprise au début des années 80, et ensuite par le biais de deux études longitudinales distinctes de cinq ans effectués par la National Prison Administration et la Swedish Agency for Administrative Development (SAFAD), une institution indépendante qui a pour tâche d'évaluer l'efficacité des établissements gouvernementaux. On a effectué un suivi avec toutes les personnes qui ont participé au programme depuis 1978 pour une période de deux ans suivant leur mise en liberté. Les résultats montrent qu'entre 50 % et 70 % des 287 personnes qui se sont rendues jusqu'au bout du programme n'ont pas récidivé au cours de la période de suivi de deux ans. Lorsqu'on compare ces données à celles d'un groupe témoin, ces taux se sont révélés statistiquement significatifs. L'auteur conclut qu'en fonction des 20 ans de l'application du programme, on a relevé certains éléments fondamentaux pour établir un programme de traitement efficace et adéquat, tels que le besoin d'avoir la participation de toute la prison et le recrutement de personnel qualifié et expérimenté au programme de traitement. Même si ces points peuvent faciliter la mise en œuvre d'un traitement de la toxicomanie et de la réduction de la récidive, il faut dire qu'appliquer le programme est difficile et plus coûteux que les activités traditionnelles en milieu carcéral.

**Farabee D et coll. (1999). Barriers to implementing effective correctional drug treatment programs. *The Prison Journal*, 79(2): 150-162.**

L'article résume des oeuvres scientifique et les expériences des auteurs par rapport à six obstacles à l'élaboration de programmes de traitement correctionnels efficaces aux États-Unis et offre des solutions possibles pour chacun.

**Gaes GG et coll. (1999). Adult correctional treatment. Dans : Tonry M, Petersilia J (éd.). *Prisons, Crime and Justice: A Review of Research, Volume 26*. Chicago : University of Chicago Press.**

Les auteurs soulignent un certain nombre de déficiences méthodologiques dans leur méta-analyse de recherches en milieu carcéral. Un problème se trouve dans les études qui comparent les résultats pour les personnes incarcérées traitées et qui ont reçu des ordonnances de surveillance post-communautaires et les personnes incarcérées non traitées qui ont eu des périodes de surveillance de plus courtes durées après leur mise en liberté. En comparant le groupe expérimental avec un groupe témoin qui reçoit moins d'appui, les résultats penchent en faveur de trouver des effets du traitement. Les auteurs ont également trouvé des preuves de biais de sélection. Une autre difficulté qui se pose dans la comparaison des programmes est que l'on présente rarement une description détaillée du contenu du programme aux personnes de l'extérieur.

**Griffith JD et coll. (1999). A cost-effectiveness analysis of in-prison therapeutic community treatment and risk classification *The Prison Journal*, 79(3): 352-368.**

Les auteurs ont examiné les données de trois ans sur les résultats pour 394 personnes en libération conditionnelle (291 traitées par rapport à 103 non traitées) afin de déterminer la

rentabilité relative des traitements en milieu carcéral et de l'aide postpénale, indépendamment du risque de récidive. Les résultats ont démontré que les services intensifs étaient efficaces par rapport au coût seulement lorsque la séquence complète de traitement était achevée et que la plus importante conséquence économique était évidente parmi les cas à risque élevé. Les allocations au traitement correctionnel devraient donc tenir compte de la gravité du problème de drogue du délinquant ou de la délinquante et l'on devrait déployer tous les efforts nécessaires pour les faire participer à un programme d'aide postpénale après leur mise en liberté.

**HM Prison Service (1995). *Drug Misuse in Prison: Policy and Strategy*. HM Prison Service: Londres.**

Réduire le niveau de la consommation de drogues à mauvais escient est l'une des sept priorités du plan directeur du Prison Service [Service carcéral]. Ce document de consultation souligne les politiques, les stratégies, les procédures obligatoires de dépistage des drogues et les diverses autres questions qu'ont établies les établissements carcéraux concernant la consommation de drogues en milieu carcéral. Les principales stratégies visent la réduction de l'approvisionnement et de la demande de drogues ainsi que le respect des mesures qui diminueraient le potentiel de dommage à la santé des personnes incarcérées, du personnel et de la collectivité.

**Hough M (1996). *Drugs misuse and the criminal justice system: A review of the literature. Drug Prevention Initiative Paper 15*. Central Drug Prevention Unit: Londres.**

Ce rapport est une étude sélective de récentes recherches en langue anglaise sur les liens entre la consommation de drogues et le crime et les façons de réduire dans le système de justice pénale la demande pour des drogues illicites parmi les toxicomanes et les autres qui financent leur usage de drogues par le biais du crime. Le chapitre deux décrit la recherche sur les drogues et le crime. Les chapitres trois et cinq présentent un résumé de la recherche sur l'impact des interventions. Le chapitre six propose quelques observations.

**Inciardi J (1996). *Reduction and service delivery strategies in criminal justice settings. Journal of Substance Abuse Treatment, 13(5): 421-428*.**

Le document soutient qu'en raison des résultats de traitement de la toxicomanie entraînant des baisses substantielles dans la consommation d'héroïne, de cocaïne et d'autres drogues, le traitement en soi joue un important rôle dans la réduction de la propagation du VIH parmi ceux qui viennent à l'attention du système de justice pénale. Les services de traitement continus et intégrés qui sont rattachés aux phases de supervision correctionnelle sont les plus prometteurs : la première phase au cours de l'incarcération, la deuxième phase lors d'un placement à l'extérieur, dans une maison de transition ou sous la surveillance communautaire et la troisième phase dans un programme d'aide postpénale continue.

**Inciardi J et coll. (1997). *An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. Journal of Drug Issues, 27(2): 261-278*.**

On a instauré un système de traitement à plusieurs phases dans une communauté thérapeutique dans le système correctionnel du Delaware et son efficacité a capté l'attention des National Institutes of Health, du Département de la Justice, des membres du Congrès américain et de la Maison-Blanche. Le traitement est effectué en trois phases, chacune d'entre elles correspondant aux changements du statut correctionnel et de l'incarcération du client, le placement à l'extérieur et la libération conditionnelle. Dans ce document, les données du suivi de dix-huit mois pour



ceux qui ont reçu un traitement dans : 1) une communauté thérapeutique en milieu carcéral seulement; 2) une communauté thérapeutique en placement à l'extérieur suivi d'aide postpénale; 3) la communauté thérapeutique en milieu carcéral suivie par la communauté thérapeutique en placement à l'extérieur et l'aide postpénale. On a comparé ces groupes à ceux qui n'ont pas reçu de traitement. Ceux qui ont reçu le traitement selon les modèles en deux phases (le placement à l'extérieur et l'aide postpénale) et en trois phases (la prison, le placement à l'extérieur et l'aide postpénale) ont obtenu des taux relativement moins élevés de rechute dans la toxicomanie et de la récidive criminel, même lorsqu'ils sont ajustés pour tenir compte des autres facteurs de risque. L'étude conclut que les résultats appuient l'efficacité d'un modèle de communauté thérapeutique en plusieurs phases pour les délinquantes et les délinquants impliqués dans la drogue et l'importance de communautés thérapeutiques transitionnelles avec placement à l'extérieur comme composante de ce modèle.

**Johnson PT et coll. (2004). Treatment need and utilization among young entering the juvenile correction center *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(2): 117-122.**  
Consultez le résumé à la section « Besoins particuliers : Jeunes délinquants et délinquantes ».

**Johnson H (2004). *Drugs and Crime: A Study of Incarcerated Female Offenders*. Canberra: Institut australien de criminologie (Research and public policy series, n° 63).**

**Knight K, Hillier ML, Simpson DD (1999). *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(3): 299-304.**  
Le document souligne que, bien que trois évaluations clés appuient l'efficacité du traitement de la toxicomanie au sein du système de justice pénale, des comparaisons directes des résultats de toutes ces évaluations sont limitées par les variations de leurs systèmes de mesure et la structure des dossiers officiels sur lesquels ils sont fondés. L'article aborde certaines des questions concernant les résultats du traitement pour les personnes délinquantes qui utilisent de la drogue et offre des recommandations pour de futures recherches.

**Knight K, Simpson DD, Hiller ML (1999). Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *Prison Journal*, 79(3): 337-351.**  
Cette étude examine les dossiers de réincarcération de 394 délinquantes et délinquants non violents pendant trois ans après leur séjour en prison. Ceux et celles qui ont terminé le traitement en communauté thérapeutique dans les prisons et l'aide postpénale étaient moins susceptibles d'être réincarcérés (25 %), par opposition à 64 % de ceux qui avaient abandonné l'aide postpénale et 42 % des groupes témoins non traités. Les résultats appuient l'efficacité du traitement intensif lorsqu'il est intégré à l'aide postpénale.

**Langan PN, Bernadette M, Pelissier M (2001). Gender differences among prisoners in drug treatment. *Journal of Substance Abuse*, 13(3): 291-301.**  
Cette étude appuie l'argument selon lequel les programmes de désintoxication qui étaient conçus pour les hommes à l'origine peuvent être inappropriés pour le traitement des femmes.

**Leukefeld C, Tims F (éd.). *Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails*, NIDA Research Monograph 118. Rockville : Maryland.**

**Lipton DS (1995). The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers under Criminal Justice Supervision. Washington : DC, National Institute of Justice Research Report.**

**Pallone JN (ed.) (2003). *Treating Substance Abusers in Correctional Contexts: New Understandings, New Modalities*. Center of Alcohol Studies, Rutgers-New Jersey, New Brunswick. Haworth press.**

Ce livre présente un aperçu des modèles nouveaux et émergents concernant le traitement des délinquantes et des délinquants toxicomanes dans divers milieux. Un chapitre intitulé « Le traitement de toxicomanes dans des contextes correctionnels » examine les modalités de traitements offerts aux délinquants à l'intérieur et à l'extérieur des établissements correctionnels, avec des communautés organisationnelles ainsi que des organismes de santé mentale et de services sociaux engagés dans une séquence de soins, tandis que les tribunaux et le système de justice pénale en assurent la surveillance et, souvent, le financement. Le livre étudie les genres de traitements qui sont administrés sous la surveillance des tribunaux et du système de justice pénale, allant des programmes internes pour les délinquantes et les délinquants emprisonnés jusqu'au traitement de la toxicomanie en établissement et à ceux dans la collectivité. À l'aide de recherches qualitatives, exploratoires et descriptives, d'évaluations de résultats, d'analyses historiques d'évènements et d'entrevues intenses, le livre examine la prévention de rechute lors du rétablissement, la réhabilitation, la déjudiciarisation, la justice thérapeutique et l'impact du programme de traitement de la toxicomanie en milieu carcéral.

**Palmer J (2003). Clinical Management and Treatment of Substance Misuse for Women in Prison. Londres : NHS, centre et nord-ouest de Londres (Mental Health NHS Trust).**

**PDM Consulting Ltd (1998). Evaluation of prison drug treatment and rehabilitation services: executive report. Londres : HMPS.**

Entre 1995 et 1997, le Prison Service [Service carcéral] du Royaume-Uni a dirigé 21 programmes de traitement dans 19 prisons. Des consultants privés de PDM Consulting ont examiné ces programmes et ont émis des recommandations gestionnaires plutôt que cliniques. Ils préconisent l'amélioration de la coordination avec le National Health Service [Service national de la santé], la probation, les services sociaux et autres organismes ainsi que l'amélioration continue des programmes de traitement existants.

**Pelissier BM et coll. (2001). Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse*, 27: 315-337.**

Cette évaluation de 19 endroits offrant des programmes de traitement de la toxicomanie en établissement dans des prisons qui sont gérés par le Federal Bureau of Prisons des États-Unis a constaté qu'après six mois, 20 % des personnes qui participaient au programme versus 36 % de personnes incarcérées non traitées, ont eu au moins un examen d'urine positif. De plus, 3,1 % des personnes traitées comparativement à 15 % des délinquantes et des délinquants non traités se sont fait arrêter à nouveau en rapport à une nouvelle accusation.

**Pelissier BM et coll. (2003). Gender differences in outcomes from prison-based residential treatment. *J Subst Abuse Treatment*, 24(2): 149-160.**

L'étude examine les ressemblances et les différences entre hommes et femmes dans les caractéristiques de leurs antécédents, l'efficacité du traitement et les prédicteurs de l'issue de la

mise en liberté parmi les délinquantes et les délinquants toxicomanes. L'échantillon de 1 842 hommes et de 473 femmes des sujets expérimentaux et témoins provenait d'une évaluation de plusieurs endroits offrant des programmes de traitement de la toxicomanie en milieu carcéral. Les données du suivi de trois ans pour la récidive et la consommation de drogues après la mise en liberté ont été analysées en se servant de méthodes d'analyse de survie. Malgré le plus grand nombre de problèmes de vie vécus par les femmes, elles avaient des taux de récidive et de consommation de drogues après la mise en liberté après trois ans moins élevés que ceux des hommes. Pour les hommes et les femmes, la période de survie des sujets traités était plus longue que de ceux et de celles qui n'avaient pas reçu de traitement. Il y avait des similitudes et des différences en fonction du sexe et des autres prédicteurs dans les deux résultats postlibératoires. Les différences dans les caractéristiques des antécédents et dans les facteurs liés aux résultats postlibératoires pour les hommes et les femmes suggèrent la plausibilité des chemins propres à chaque sexe dans le processus de détoxification.

**Peters RH et coll. (1997). Treatment of substance-abusing jail inmates. Examination of gender differences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(4): 339-349.**

L'étude a été conçue pour déterminer les différences entre les sexes dans les caractéristiques psychosociales et les besoins en matière de traitements de la toxicomanie parmi les personnes incarcérées. Les résultats indiquent que les prisonnières ont plus souvent éprouvé des problèmes liés à l'emploi et avaient des revenus inférieurs. Elles ont aussi indiqué plus souvent que la cocaïne était leur drogue préférée et elles étaient plus susceptibles de signaler la dépression, l'anxiété, le comportement suicidaire et des antécédents d'agressions physiques et sexuelles. On discute des répercussions pour l'élaboration d'approches de traitement spécialisé pour les délinquantes.

**Porporino FJ et coll. (2002). An outcome evaluation of prison-based treatment programming for substance abusers. *Substance Use and Misuse*, 37: 1047-1077.**

Cette étude des programmes de traitement de la toxicomanie du Service correctionnel Canada a découvert que 16 % des participantes et des participants aux programmes (y compris ceux et celles qui avaient abandonné le traitement ou qui ne l'avaient pas terminé) ont été condamnés de nouveau après une année de mise en libération comparativement à 23 % du groupe témoin correspondant.

**Prendergast LM, Hall AE, Wexler KH (2003). Multiple measures of outcome in assessing a prison-based drug treatment program. *Treating Substance Abusers in Correctional Contexts: New Understandings, New Modalities. Journal of Offender Rehabilitation*, 37(3/4): 65 – 94.**

Les évaluations de programmes de détoxification en milieu carcéral se concentrent habituellement sur une ou deux variables dichotomiques des résultats liés à la récidive. Par contre, cet article se sert de nombreuses mesures de résultats liés au crime et à la consommation de drogues pour examiner l'impact du traitement en milieu carcéral. Les variables liées au crime comprenaient les renseignements fournis par le répondant ou la répondante quant au temps écoulé jusqu'à la première activité illicite, au genre d'arrestation et au nombre de mois d'incarcération. Les jours écoulés jusqu'à la première réincarcération et le genre de réincarcération sont fondés sur des documents officiels. Les variables liées à la consommation de drogues comprenaient l'autoévaluation du temps écoulé jusqu'au premier usage et les résultats

de tests de dépistage des drogues. Les personnes incarcérées à qui l'on a accordé un traitement au hasard ont obtenu des résultats nettement supérieurs à ceux du groupe témoin dans : les journées écoulées jusqu'à la première activité illicite, les journées écoulées jusqu'à la première consommation, le genre d'incarcération et le nombre moyen de mois incarcérés. On n'a trouvé aucune différence dans le genre de première arrestation et dans les résultats de dépistage de la drogue. Les sujets qui ont terminé les traitements en milieu carcéral et dans la collectivité ont obtenu des résultats nettement supérieurs à ceux des sujets qui ont reçu moins de traitement dans toutes les mesures. L'analyse de survie suggère que les sujets étaient les plus vulnérables à la récidive dans les 60 jours suivant leur mise en liberté. Bien que les résultats d'ensemble des analyses présentées appuient l'efficacité du traitement en milieu carcéral, les conclusions concernant l'efficacité d'un programme de traitement peuvent varier selon les résultats choisis. Les résultats de cette étude plaident en faveur de comprendre plus de résultats et non moins pour évaluer l'impact du traitement de la toxicomanie en milieu carcéral.

**Ramsay M (éd.) (2003). Prisoners' drug use and treatment: seven research studies. Home Office Research Study 267. Londres : Home Office Research, Development and Statistics Directorate.**

Le rapport réunit sept études dont certaines qui examinent l'efficacité des traitements dans les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles, ainsi que celles à l'échelle internationale. Un des principaux thèmes est l'importance de l'aide postpénale. [*Traduction*] « Sans aide postpénale de bonne qualité, en milieu carcéral et après la mise en liberté, le traitement de la toxicomanie est beaucoup moins susceptible de réussir. » Un autre thème clé est celui d'adapter le traitement aux besoins des différents types de personnes incarcérées, par exemple, en fonction du sexe et de l'ethnicité.

**Service correctionnel Canada (2002). Programme de traitement de la toxicomanie. Structure proposée. Ottawa : SCC (N° R-120).**

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r120/r120\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r120/r120_f.shtml)

**Service correctionnel Canada (2003). Le Programme intensif de traitement de la toxicomanie (PITT) : Résultats des programmes pilotes. Ottawa : SCC (N° R-140).**

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r140/r140\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r140/r140_f.shtml)

**Shewan D et coll. (1994). Evaluation of the Saughton Drug Reduction Programme. Main Report. Central Research Unit : Édimbourg.**

**Shewan D et coll. (1996). The impact of the Edinburgh Prison (Scotland) Drug Reduction Programme, *Legal and criminological psychology*, 1, 83-94.**

**Sims, B (2003). Substance Abuse Treatment with Correctional Clients Practical Implications for Institutional and Community Settings. Haworth Press.**

**Swartz JA, Lurigio AJ (1999). Final thoughts about IMPACT: a federally funded, jail-based, drug-user-treatment program. *Substance Use and Misuse*, 34(6): 887-906.**

Un projet fédéral de démonstration dans le Cook County Jail, nommé IMPACT (Intensive Multiphased Program of Assessment and Comprehensive Treatment [Programme intensif en plusieurs phase en matière d'évaluation et de traitement global]), a offert un traitement de détoxification en établissement à plus de 3 000 prisonniers au cours de ses 5 années d'activité entre janvier 1991 et octobre 1995. Depuis ce temps, on a appris beaucoup de choses à propos de l'instauration et de la mise en oeuvre d'un programme de traitement de la toxicomanie de longue durée, complexe et intensif en milieu carcéral. Cet article décrit le projet IMPACT et résume les résultats d'un processus et une évaluation des résultats du programme et d'une série de groupes de discussion. D'après ces études, les auteurs recommandent des manières d'améliorer la conception et la mise en oeuvre des programmes de désintoxication dans les prisons.

**The National Center on Addiction and Substance Abuse (1998). *Behind Bars: Substance Abuse and America's Prison Population*. New York: Université Columbia.**

**Trace M (1998). Tackling drug use in prison: a success story. *International Journal of Drug Policy*, 9: 277-282.**

**Turnbull PJ, Webster R (1998). Demand reduction activities in the criminal justice system in the European Union. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 5(2): 177-184.**

**Turnbull PJ, McSweeney T (2000). *Drug Misuse in Offenders in Prison and after Release*. Conseil de l'Europe.**

Le document rend compte des résultats d'un sondage sur le traitement de la toxicomanie et l'aide postpénale offerts par les prisons en plus des résultats d'une analyse documentaire.

**Walters G et coll. (1992). The Choice Programme: a comprehensive residential treatment programme for drug-involved federal offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(1): 21-29.**

**Wexler H, Falkin G, Lipton D (1990). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behaviour*, 17(1): 71-92.**

Il s'agit de la première étude de grande envergure qui prouve que le traitement en communauté thérapeutique dans les prisons peut entraîner une réduction considérable des taux de récidive pour les hommes et les femmes.

# Mesures de réduction de l'approvisionnement en drogues

## Unités sans drogue

**Brandewiede P (1995). Drug free departments in penal institutions in Hamburg. *Drug Out in Prison: Measures Against Drug Abuse in Penal Institutions*, 49-52.**

Le document indique que les ailes sans drogue dans les prisons de Hambourg se sont avérées positives en tant que traitement pour plusieurs toxicomanes.

**Breteler M et coll. (1996). Enrollment in a drug-free detention program: the prediction of successful behaviour change of drug-using inmates. *Addictive Behaviors*, 21(5): 665-669.**

On a mené une enquête sur les prédicteurs de changement de comportement des usagers et des usagers incarcérés dans deux pénitenciers aux Pays-Bas. Les sujets ont participé soit à un programme standard ou au Drug-Free Detention Program [Programme de détention sans drogue]. On les a évalués au début de leur détention, au moment de leur mise en liberté ou de leur transfert, puis deux ans après la fin de leur détention. On a étudié les prédicteurs de contact après le programme avec des organismes de traitement ainsi que les changements de récidive criminelle, d'abus de drogues et de fonctionnement psychosocial en se servant de l'analyse de régression.

**Incorvaia D, Kirby N (1997). A formative evaluation of a drug-free unit in a correctional services setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41(3): 231-249.**

Le document présente des preuves qui proviennent de l'Australie que l'établissement d'ailes sans drogue fait une différence considérable dans la réduction de la consommation de drogues en milieu carcéral.

**Jonson U (1995). Models of drug-free departments in Swedish prisons. *Drug Out in Prison: Measures Against Drug Abuse in Penal Institutions*, 43-47.**

L'auteur souligne que chaque prison avec une aile sans drogue doit élaborer sa propre politique en matière de drogues qui définit clairement les règles, les principes et les structures. Il indique qu'afin de maintenir les changements de comportement, l'utilisateur ou l'utilisatrice de drogues doit recevoir le soutien de l'environnement social après sa mise en liberté.

**Schippers GM et coll. (1998). Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison. *Substance Use & Misuse*, 33(4): 1027-1046.**

Dans une prison de Rotterdam, on a recueilli des renseignements de 86 prisonnières qui se sont portés volontaires pour participer à un programme de détention sans drogue et de 42 prisonnières dans d'autres ailes. Après un an, le groupe de détention sans drogue a recherché plus activement le traitement et a accepté de le suivre. On n'a relevé aucune différence dans la consommation de drogue, la récidive et les problèmes physiques, sociaux et psychologiques.

**Van den Hurk A (1995). Drug free units in Dutch prisons: an interesting challenge. Dans : *Drug Out in Prisons: Measures against Drug Abuse in Penal Institutions*, 37-41.**

L'évaluation de deux unités sans drogue (USD) a démontré que l'atmosphère dans les USD est moins hostile et la communication est plus ouverte parmi les personnes incarcérées et le personnel. En comparaison avec les régimes normaux en milieu carcéral, les USD offrent une meilleure protection contre les drogues et beaucoup plus de continuité des soins après la mise en liberté. Toutefois, après deux ans de suivi, on n'a pu démontrer aucune différence entre les personnes incarcérées dans les USD et celles dans les ailes normales en ce qui a trait à plusieurs des modes de vie liés à la drogue.

## Analyse des urines

**Berger A (1995). Welcome to cell block heroin. *New Scientist* 1995; 21 Octobre: 14-15.**

L'auteur avance que le dépistage obligatoire des drogues a possiblement plusieurs effets non désirés dans les prisons. Les consommateurs et les consommatrices de cannabis se convertissent aux drogues dures afin de réduire la chance de détection au moyen de test de dépistage des drogues. Par conséquent, les personnes incarcérées peuvent augmenter leur risque de contracter le VIH par le biais d'injections intraveineuses. De plus, le dépistage des drogues obligatoire peut nuire aux recherches sur l'abus de drogues menées à l'intérieur des prisons.

**Bird AG et coll. (1997). Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315(7099): 21-24.**

Les objectifs étaient de déterminer la fréquence d'injection dans les prisons et l'usage de comprimés de stérilisation pour nettoyer les aiguilles au cours des quatre semaines précédentes; d'évaluer l'efficacité du dépistage des drogues au hasard pour détecter les prisonniers qui s'injectent de l'héroïne dans les prisons; pour déterminer le pourcentage de personnes incarcérées à qui on a offert la vaccination contre l'hépatite B à la prison de Lowmoss à Glasgow et à celle d'Aberdeen les 11 et 30 octobre 1996. Parmi les 312 personnes incarcérées dans la prison de Lowmoss, 293 (94 %) ont rempli le questionnaire et 146 (93 %) des 157 détenus de la prison d'Aberdeen ont fait de même, donnant lieu à 286 et à 143 questionnaires valides. La mesure principale des résultats était la fréquence à laquelle les personnes en prison s'injectaient au cours des quatre semaines précédentes par des détenus qui s'injectent de la drogue et qui étaient en prison depuis au moins quatre semaines. On a relevé 116 (41 %) personnes incarcérées à Lowmoss et 53 (37 %) à Aberdeen qui avaient des antécédents d'usage de drogues injectables. De plus, 42 de celles à Lowmoss (usage estimé de 207 injections et de 257 utilisations de comprimés stériles) et 31 de celles à Aberdeen (229 injections, 221 utilisations) s'étaient injectées de la drogue dans la prison au cours des quatre mois précédents.

Les auteurs ont indiqué : [Traduction] « les données combinées ont démontré que 51 % (57/112) des personnes qui s'injectent des drogues et qui étaient en prison pour plus de quatre semaines s'étaient injectées au cours des quatre dernières semaines en prison. Le nombre moyen d'injections était de 6,0 (écart type 5,7). Si nous considérons que la drogue injectée demeure dans l'urine pendant trois jours (ce qui arrive avec l'héroïne), il se pourrait alors que les personnes incarcérées obtiennent un résultat positif lors des tests de dépistage des drogues obligatoires et aléatoires un maximum de 18 jours sur 28. Cependant, si l'on n'effectuait pas de

tests de dépistage des drogues obligatoires et aléatoires au cours du week-end, comme en Angleterre et au pays de Galles, les personnes incarcérées pourraient organiser leurs injections en conséquence (par exemple, le vendredi soir et une le mardi et le mercredi soir), leurs tests pourraient être positifs beaucoup moins de jours. À titre d'exemple, 9 jours sur 28 (4 le lundi + (mercredi + jeudi + vendredi) + (jeudi + vendredi)). Selon ces hypothèses, nous nous attendrions à ce que seulement entre un tiers et deux tiers des tests des personnes qui s'injectent de l'héroïne en prison soient positifs lors de tests de dépistages des drogues obligatoires. »

Ils ont conclu qu' « il est probable que les tests de dépistages de drogues obligatoires sous-estiment de façon considérable les problèmes des personnes incarcérées en ce qui concerne des injections liées à la consommation de drogues. La sous-estimation engendre le manque de ressources dans ces prisons ainsi que dans les autres en ce qui concerne les besoins en matière de soins de santé et de réduction de drogues des personnes incarcérées qui s'injectent des drogues. »

**Chadwick T (1996). Jail drug tests encourage prisoners to switch to heroin. *Drug Forum Focus*, 12: 4-6.**

Cet article rend compte des problèmes qui surviennent à la suite de tests de dépistage de drogues obligatoires, en particulier le passage du cannabis aux opiacés moins décelables. Il indique qu'un important problème qui découle de cela est que si le test d'une personne incarcérée est positif pour les opiacés, on ne peut pas distinguer entre l'utilisation légitime d'analgésiques et la consommation d'héroïne. On peut avoir recours aux analgésiques pour masquer la consommation illégale d'héroïne. Une personne incarcérée sur quatre dont les tests se sont révélés positifs pour un opiacé a utilisé des analgésiques à titre de défense contre des accusations de consommation de drogues illicites.

**Edgar K, O'Donnell I. (1998). Mandatory Drug Testing in Prisons: The Relationship Between MDT and the Level and Nature of Drug Misuse (Home Office Research Study 189). Londres, Home Office.**

**Fraser AD et coll. (2001). Experience with urine drug testing by the Correctional Service of Canada. *Forensic Science International* 121(1-2): 16-22.**

Le document décrit le programme de dépistage des drogues dans l'urine qu'a mis en oeuvre le Service correctionnel Canada en plus de résultats de tests de dépistage des drogues dans ce programme pour 1999. Voir également MacPherson, 2001; MacPherson, 2004; et Kendall & Pearce, 2000, *infra*.

**Fraser AD, Zamecnik J (2002). Substance abuse monitoring by the Correctional Service of Canada. *J Am Acad Psychiatry Law*, 30(4): 513-519.**

Le Service correctionnel Canada a mis en oeuvre un programme de dépistage des drogues dans l'urine il y a plus de dix ans. Les délinquantes et les délinquants qui sont incarcérés dans des établissements correctionnels fédéraux et qui vivent dans la collectivité en libération conditionnelle étaient assujettis aux tests de dépistage des drogues dans l'urine. Cette étude a comme objectif de décrire ce programme de contrôle et l'étendue de la consommation de drogues par des délinquantes et des délinquants en liberté conditionnelle en 2000. Le nombre total d'échantillons analysés en 2000 étaient 38 431 (6,7 % étaient dilués). Le taux de résultats positifs pour au moins une drogue parmi les délinquantes et les délinquants en liberté



conditionnelle étaient de 27,2 % en 2000. Dans le milieu communautaire, on a testé 28 076 échantillons à concentration normale (non dilués), et 9,6 % étaient positifs pour les cannabinoïdes et 3,3 % étaient positifs pour le métabolite de la cocaïne. Parmi les 1 270 échantillons dilués recueillis des délinquantes et des délinquants en liberté conditionnelle en 2000, 12,8 % étaient positifs pour les cannabinoïdes et 10,6 % étaient positifs pour le métabolite de la cocaïne. Les auteurs concluent que les tests de dépistage des drogues dans l'urine pour analyse judiciaire donnent une mesure objective de la consommation de drogues lorsqu'on évalue les délinquants et les délinquantes qui vivent dans la collectivité en liberté conditionnelle des établissements correctionnels au Canada.

**Gore S, Bird A (1995). Mandatory drug tests in prison (lettre). *British Medical Journal*, 310: 595.**

Une lettre à l'éditeur avance que [Traduction] « les politiques décentralisées actuelles - celles de tests de dépistage des drogues obligatoires et la décision du Secrétaire de l'intérieur qui piétine depuis fort longtemps concernant les mesures de réduction des méfaits versus le modèle clinique de l'Inspectorat au sujet de la réduction de drogue et le test anonyme consenti de la surveillance du VIH financé par le Department of Health [Département de la santé] - présente des risques inacceptables à la santé des personnes incarcérées et à la santé publique. Les risques sont l'hépatite B, qui est invétéré, l'hépatite C, qui est indéterminé, et l'infection à VIH, qui n'est pas documentée en Angleterre. L'adoption de mesures concernant les soins de santé en milieu carcéral suivra seulement la cueillette de données scientifiques valides qui établissent l'ampleur et la gravité des problèmes. »

**Gore S, Bird A (1996). Cost implications of random mandatory drug tests in prison. *The Lancet*, 348: 1124-1127.**

Les tests obligatoires de dépistage des drogues dans l'urine effectués au hasard que subissent les personnes incarcérées ont été introduits en 1995 à titre de mesure de contrôle dans huit prisons en Angleterre et au pays de Galles. Malgré l'absence de preuves de leur efficacité, les tests s'étaient déjà répandus dans toutes les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles en mars 1996. Cette étude examine les coûts liés aux tests et propose des solutions de rechange pour que ces dépenses soient mieux utilisées. On a combiné les coûts liés au refus, aux tests de confirmation et aux sanctions qu'attirent les tests positifs pour comptabiliser les coûts moyens de tests de dépistage des drogues obligatoires et aléatoires. On a ensuite comparé ces coûts au budget des soins de santé pour une prison et le coût de mettre en œuvre un programme crédible de réduction de drogues pour la prison. Les coûts, estimés entre 22 800 £ et 16 000 £ pour une période de 28 jours, s'avèrent égaux au coût d'administrer un programme de réduction de drogues en établissement, et comptent pour environ la moitié des dépenses totales en matière de soins de santé pour une prison de 550 personnes incarcérées. De plus, étant donné qu'en Écosse environ 5 % des UDI sont incarcérés au même moment, ces résultats semblent indiquer que 5 % des ressources actuelles utilisées pour la prévention et le traitement de la toxicomanie et la prévention du VIH/sida ciblant les UDI devraient être dirigées vers les prisons puisque 5 % des personnes incarcérées sont au même moment des UDI.

**Gore S, Bird A, Ross A (1996). Mandatory drug tests and performance indicators for prisons. *British Medical Journal*, 312: 1411-1413.**

Cet article commence en déclarant que : [Traduction] « les tests de dépistage des drogues effectués sur des personnes incarcérées sont valables partout en Angleterre et au pays de Galles. Les données de l'étude pilote de 1995 dans huit prisons montrent que la proportion pour qui le test était positif pour les opiacés et les benzodiazépines est passé de 4,1 % à 7,4 % entre la première et la deuxième phase des tests effectués au hasard et qu'il y avait une augmentation de 20 % au cours de 1993 et de 1994 dans le total provisoire de voies de fait pour 1995. L'interprétation de ces données est difficile, mais ce n'est pas une excuse pour la prévarication par rapport au danger que cette politique puisse inciter les personnes incarcérées à passer du cannabis (qui constitue un risque négligeable à la santé publique) aux drogues injectables de classe A (un risque sérieux à la santé publique) en milieu carcéral. Les indicateurs de rendement pour l'usage de drogues à mauvais escient qui sont fondés sur les programmes de tests obligatoires effectués au hasard manquent de données pertinentes sur les covariantes concernant les personnes testées et ne sont pas fiables ou ne sont pas fournis en temps opportun aux prisons individuelles. »

**Gore SM, Bird AG, Cassidy J (1999). Prisoners' views about the drugs problem in prisons, and the new Prison Service Drug Strategy. *Commun Dis Public Health*, 2(3): 196-197.**

Parmi les 575 personnes incarcérées, 375 (222/299 toxicomanes et 153/267 personnes qui ne consomment pas de drogues) qui ont répondu à un questionnaire à remplir soi-même à deux prisons en 1997 ont fait des commentaires à propos des drogues dans les prisons. Des 176 réponses, 148 ont exprimé des opinions négatives à l'égard de tests obligatoires de dépistage des drogues et 107 ont indiqué que les tests obligatoires visant à détecter la consommation de drogues encourageaient les gens à passer à l'héroïne ou aux drogues dures ou à en augmenter l'usage. Il y en a 62 qui ont suggéré que les utilisateurs et les utilisatrices de drogues nécessitent plus d'aide ou de counseling, 52 qui ont proposé l'isolement des utilisateurs et des utilisatrices de drogues ou des ailes sans drogue et 50 qui ont suggéré d'augmenter la sécurité au cours des visites ou dans les corridors après la distribution de médicaments.

**Hughes R. (2000). Drug injectors and prison mandatory drug testing. *Howard Journal Of Criminal Justice*, 39(1): 1-13.**

En s'appuyant sur les recherches qualitatives menées parmi des hommes et des femmes qui injectent de la drogue, cet article examine leurs opinions et leurs expériences en matière des tests de dépistages de drogues obligatoires. Cinq grands thèmes ont découlé de ces données. Ils comprennent l'expérience de personnes par rapport au test, leurs stratégies pour éviter la détection de drogues, les sanctions qu'entraîne un test positif, l'effet des tests obligatoires visant à détecter la consommation de drogues sur les profils de consommation de drogues et les notions de pouvoir et de risque par rapport aux tests de dépistages de drogues obligatoires. L'article conclut avec une discussion sur la valeur de cette politique.

**Kadehjian L (1995). Drug testing in the US correctional systems. *Drug Out in Prison: Measures against Drug Abuse in Penal Institutions*, 15-18.**

L'auteur souligne que [Traduction] « les tests de dépistage des drogues dans l'urine se sont avérés un outil précieux pour aborder les problèmes de la consommation de drogues. Ce n'est qu'en identifiant avec précision les utilisateurs et les utilisatrices de drogues qu'une société peut se pencher sur ses problèmes criminels et sociaux ainsi que ceux liés aux soins de santé et peut avoir des programmes de traitement efficaces. Il existe de nombreux mythes sur le dépistage,

mais les données scientifiques prouvent son efficacité et sa fiabilité lorsqu'il est pratiqué correctement et par conséquent, les scientifiques, tout comme les tribunaux, l'ont accepté. La technologie du dépistage, surtout la méthode EMIT, a avancé au point où le dépistage sur place à l'extérieur d'un laboratoire traditionnel peut respecter les normes juridiques et scientifiques établies d'efficacité. On développe actuellement de nouvelles méthodes telles que le dépistage des drogues dans les cheveux ou la sueur, mais il reste encore beaucoup de travail à faire avant que ces méthodes soient largement acceptées par les communautés scientifiques et juridiques. »

**Kendall P, Pearce M (2000). Drug testing in Canadian jails: to what end? *Canadian Journal of Public Health*, 91(1): 26-28.**

Les auteurs analysent les données du programme d'analyse des urines du Service correctionnel Canada, dont la fin convenue est de réduire la consommation de drogues dans les prisons fédérales du Canada. À la suite de leur analyse, ils ont conclu qu'il y a lieu de s'interroger sérieusement, à savoir si le programme a réduit la consommation de drogues : « Notre point de vue est que le programme d'analyse des urines a échoué à réduire la consommation de drogues [...] Bien que le virage que l'on a craint dans l'usage de drogues excrétées lentement comme la marijuana, avec peu de risques à la santé publique, aux drogues excrétées rapidement telles que la cocaïne et l'héroïne, qui comportent de sérieux risques à la santé publique ne soit pas prouvé par les résultats rapportés ici, la possibilité d'encourager les méfaits par le biais d'un passage à la consommation de drogues plus dangereuses existe encore. Vu ce risque continu et l'absence de preuve des bienfaits, nous recommandons que le SCC arrête les analyses d'urine aléatoires et réoriente plutôt les deux millions de dollars dépensés sur le dépistage annuel [...] pour améliorer l'information sur la toxicomanie et les programmes de traitement. De plus, le SCC devrait réexaminer son interdiction actuelle des programmes d'échange de seringues [...] »

**MacDonald M (1997). *Mandatory Drug Testing in Prisons*. Centre for Research into Quality, University of Central England à Birmingham.**

Disponible au [www.uce.ac.uk/crq/publications/mdt.pdf](http://www.uce.ac.uk/crq/publications/mdt.pdf)

Ce rapport contient les résultats d'un projet de recherche qui a évalué les conséquences politiques du programme de dépistage obligatoire de drogues, qui fait partie de l'engagement du Home Office visant à réduire l'approvisionnement de drogues dans les prisons de l'Angleterre et du Pays de Galles.

Pour donner une évaluation de l'efficacité de la politique actuelle du Home Office à une importante prison locale, les recherches ont examiné les perceptions des personnes incarcérées et du personnel de la prison. Les données quantitatives ont été obtenues d'un questionnaire distribué au personnel et les observations qualitatives des résultats ont été obtenues par le biais d'entrevues en profondeur avec le personnel et des groupes de discussion formés de personnes incarcérées. Cent neuf membres du personnel ont répondu au questionnaire. On a interviewé 28 employés, et 89 personnes incarcérées ont participé aux groupes de discussions.

Une majorité d'agentes et d'agents pensaient que le dépistage obligatoire de drogues réduirait un peu la consommation de drogues, mais qu'il y aurait très peu des conséquences sur les grands consommateurs de drogues dures. Les personnes incarcérées ne croyaient pas que le dépistage obligatoire de drogues serait un moyen de dissuasion et de plus, il risquerait d'augmenter la colère, la frustration et la tension. Un tiers du personnel environ supposait qu'il y aurait un

changement de la consommation de drogues légères à celle de drogues dures. Un grand nombre a indiqué qu'il y aurait un virage évident de la consommation de drogues légères à celles de drogues dures, notamment en raison de l'opinion très répandue que les drogues dures étaient moins faciles à détecter que le cannabis; les personnes incarcérées étaient d'accord avec ce point de vue.

La moitié du personnel de correction était d'avis que le dépistage obligatoire de drogues mènerait à une augmentation dans l'utilisation de programmes de désintoxication, mais trois quarts d'entre eux pensaient que les personnes incarcérées demandaient une place dans un programme de désintoxication en raison de résultats positifs du dépistage des drogues plutôt qu'un réel désir d'aider leurs problèmes liés à la drogue.

Selon un grand nombre de membres du personnel et de personnes incarcérées, on avait introduit le dépistage des drogues sans le lier à un programme planifié de traitement de la toxicomanie. Selon certains des membres du personnel, le manque d'initiative pour le traitement de la toxicomanie était dû au manque de ressources.

Pour de nombreuses personnes qui ont participé à la recherche, réduire la demande de drogues et en restreindre l'approvisionnement étaient beaucoup plus important que le dépistage des drogues. Toutefois, quelques personnes interrogées croyaient que toutes les mesures disponibles seraient vraisemblablement très efficaces à réduire la consommation de drogue en milieu carcéral. On considérait un examen médical lors de l'admission dans la prison pour identifier les usagers et les usagères de drogues et la promotion d'une approche multidisciplinaire par le biais de formation et d'éducation du personnel de la prison pour combattre la consommation de drogue comme les mesures les plus efficaces.

L'étude a conclu qu'on a établi le dépistage obligatoire de drogues pour tenter de réduire le taux de consommation de drogue en milieu carcéral. [*Traduction*] « Tel qu'on l'avait prévu, on a concentré les ressources et les efforts sur le dépistage et la restriction de l'approvisionnement et on a fait peu par rapport au suivi. Avec un manque de services de counseling, le programme ne tente pas vraiment d'aborder la consommation de drogues en milieu carcéral. En réalité, il ajoute tout simplement à la tension en pénalisant les personnes de façon aléatoire pour la consommation de drogues, notamment le cannabis, à un point qui dépasse largement toute sanction qui serait appliquée pour la même infraction commise à l'extérieur de la prison. Le surpeuplement et l'insuffisance de fonds entravent tout programme efficace et empirent l'environnement, ce qui réduit la possibilité pour les personnes incarcérées de faire des activités constructives. Les personnes incarcérées soutiennent que la consommation de drogues est directement liée à l'inactivité. En résumé, le processus de dépistage obligatoire des drogues va à l'encontre du but recherché. Il détourne l'attention du vrai problème qui concerne les objectifs et le financement du système carcéral. Il en fait de même pour les autres secteurs cruciaux tels que la propagation du VIH et du sida en milieu carcéral. Le dépistage obligatoire de drogues augmente les tensions dans les prisons, semble encourager un passage des drogues légères aux drogues dures, augmente la charge de travail d'un personnel qui est déjà surchargé, coûte beaucoup d'argent qui pourrait être mieux dépensé et omet de fournir un traitement et un suivi adéquats. Donc, il est principalement un régime punitif sans discernement qui ajoute au surpeuplement dans les prisons de l'Angleterre en ajoutant effectivement des semaines à la peine des personnes incarcérées. En

fait, l'introduction du dépistage obligatoire de drogues était si sévère, ayant comme conséquence l'ajout de jours à la peine de nombreuses personnes incarcérées, que l'on a dû modifier le processus de façon radicale. Cela a entraîné un questionnement fondamental de la faisabilité, de la valeur concrète et de la pertinence du dépistage obligatoire des drogues. »

**MacPherson P (2001). Random urinalysis program: policy, practice, and research results. *Forum on Corrections Research*, 13: 54-57.**

Ce document décrit certains des résultats de la composante aléatoire des analyses d'urine menées par le Service correctionnel Canada. Depuis juillet 1996, 5 % des délinquants sous garde sont choisis au hasard pour subir une analyse d'urine. Les données analysées dans ce document comprennent celles de tous les tests demandés dans le cadre du programme d'analyse d'urine aléatoire à tous les établissements fédéraux du Canada de juillet 1996 à mars 2000. Le nombre total de tests demandés au cours de cette période était de 24 766. Le taux national de résultats positifs pour toutes les drogues a enregistré une légère hausse, soit de 11 % en 1996 à 12 % en 2000. Cependant, le pourcentage de délinquants et de délinquantes qui refusent de soumettre un échantillon aux fins d'analyse d'urine aléatoire a augmenté de façon considérable, soit de 9 % à 14 %. Le document indique qu'aucune preuve de changement n'a été trouvée dans les habitudes de consommation de drogues, puisqu'il n'y avait pas eu de hausse dans le pourcentage d'échantillon qui se révèlent positifs pour les opiacés ou la cocaïne durant la période de dépistage. Voir également Kendall & Pearce, 2000, *supra*.

**MacPherson P (2001). Le contrôle au hasard d'échantillons d'urine comme moyen de combattre la consommation de drogues en milieu carcéral : un examen des enjeux. Ottawa : Direction de la recherche en toxicomanie, Service correctionnel Canada (2004 N° R-149).**

Disponible au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r149/r149\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r149/r149_f.shtml)

Le rapport présente les principaux enjeux rattachés à l'analyse d'urine et donne de l'information générale sur le raisonnement pour la mise en œuvre d'un programme d'analyse d'urine aléatoire dans les prisons. Des rapports de recherches futures examineront des enjeux tels que l'incidence d'une répartition non aléatoire de demandes sur les résultats d'un contrôle au hasard d'échantillons d'urine, les tendances qui se dégagent des résultats des analyses d'urine et les conséquences de résultats positifs et du refus de fournir un échantillon. L'on reconnaît dans le rapport que l'analyse d'urine a ses limites et que les résultats d'analyses d'urine doivent être interprétés avec circonspection « étant donné la multitude de facteurs qui peuvent influencer les résultats. Outre les difficultés techniques liées à l'interprétation des résultats, tels que la variabilité dans les taux d'élimination des abus de drogues, la physiologie individuelle et la réactivité croisée des procédés de détection, des facteurs opérationnels, comme des tendances discernables dans le prélèvement d'échantillons, il y a des facteurs peuvent exercer une influence sur l'exactitude des résultats. Ces aspects constituent de graves entraves à la mise en œuvre efficace d'un programme de dépistage aléatoire d'échantillons d'urine. »

**Riley D (1995). Drug testing in prisons. *The International Journal of Drug Policy*, 6(2): 106-111.**

**Singleton N et coll. (2005). *The impact of mandatory drug testing in prisons*. Royaume-Uni: rapport en ligne du Home Office 03/05.**

Le rapport complet est disponible au <http://nicic.org/Library/020248>. Une version plus courte de quatre pages intitulée « The impact and effectiveness of mandatory drug testing in prisons » est disponible au [www.homeoffice.gov.uk/rds/rfpubs1.html](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/rfpubs1.html) (rapport n° 223).

Cette étude approfondie de l'incidence du dépistage des drogues dans les prisons commence en indiquant que [Traduction] « les recherches précédentes ont mis en doute le degré auquel dépistage obligatoire et aléatoire des drogues fournit une mesure fiable de la consommation de drogues. On a aussi suggéré que la plus grande probabilité perçue de détection du cannabis (les métabolites étant détectables pendant dix jours ou plus dans le cas de consommation excessive) peut avoir comme résultat que certaines personnes incarcérées décident d'utiliser des drogues qui ont une période de détection relativement brève (en particulier, l'héroïne) ». Trente-neuf pour cent des personnes incarcérées avaient consommé des drogues illicites à un certain moment dans leur prison actuelle, mais seulement un pour cent a signalé qu'il s'était injecté des drogues dans leur prison actuelle. L'étude indique une réduction du taux global de positivité du dépistage obligatoire et aléatoire des drogues depuis 1997, principalement attribuable à la diminution du taux de positivité du cannabis, tandis que l'usage d'opiacés est demeuré apparemment inchangé. Elle conclut que le dépistage obligatoire et aléatoire des drogues sous-estime la prévalence globale de la consommation; que le programme de dépistage obligatoire des drogues semble décourager la consommation de drogues, particulièrement l'usage du cannabis; que le dépistage obligatoire des drogues combiné à d'autres stratégies de sécurité et de contrôle a eu une importante incidence sur l'approvisionnement et l'usage de cannabis dans les prisons, mais a eu moins d'impact sur la consommation d'héroïne. Elle souligne que « de nombreux facteurs, autres que le dépistage obligatoire des drogues, sont liés à la consommation de drogues des personnes incarcérées, tels que la pression à l'uniformité, l'ennui, les changements de traitement, la disponibilité de drogues, l'emprisonnement à répétition et l'inadéquation des stimulants d'un milieu carcéral. » Un pour cent de toutes les personnes incarcérées qui ont déclaré qu'elles avaient passé du cannabis à l'héroïne ont été identifiées. Un groupe plus important (5 % de toutes les personnes incarcérées) a consommé de l'héroïne dans leur prison actuelle, mais pas pendant le mois avant d'être sous garde. La facilité d'accès et le besoin étaient les principales raisons invoquées par le groupe pour consommer de l'héroïne. Cependant, 16 % d'entre eux ont indiqué qu'un facteur était le fait que l'héroïne était plus difficilement détectable. Cela permet de penser qu'étant donné les différents statuts du cannabis et des opiacés à l'extérieur de la prison et les différents niveaux de méfaits associés à leur usage, la pratique de ne faire aucune distinction en ce qui a trait à la punition qu'entraîne un test positif pour le cannabis et un pour les opiacés devrait être réexaminée.

**Weekes J, Thomas G, Graves G (2004). FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies**

Disponible au [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

Cette FAQ contient un bon petit sommaire des questions liées à l'efficacité des programmes d'analyse d'urine en milieu carcéral pour ce qui est de réduire la consommation des délinquants et des délinquantes. Elle souligne que les examens de tels programmes brossent « un tableau non concluant en ce qui a trait à l'efficacité du dépistage obligatoire des drogues dans la réduction véritable du taux de consommation de drogues chez les délinquantes et les délinquants incarcérés et ceux qui sont mis en liberté ».

## Dépistage du VIH et counseling

Le counseling et les tests de dépistage font partie intégrante d'un programme de prévention du VIH. En même temps, ils sont nécessaires pour l'accès aux soins, au traitement et au soutien pour les personnes séropositives pour le VIH.

**Amankwaa AA, Amankwaa LC, Ochie CO Sr (1999). Revisiting the debate of voluntary versus mandatory HIV/AIDS testing in U.S. prisons. *J Health Hum Serv Adm*, 22(2): 220-236.**

Cet article présente des arguments et des questions concernant les tests de dépistage chez les personnes incarcérées. Il soutient que le dépistage obligatoire est un complément important de la réduction des conséquences liées à la propagation du virus en milieu carcéral et au sein de la population non-délinquante. Cela va à l'encontre des lignes directrices de l'OMS et de l'ONUSIDA. Voir également Jürgens, 2001, *infra*.

**Andrus JK et coll. (1989). HIV testing in prisoners: is mandatory testing mandatory? *Am J Public Health*, 79(7): 840-842.**

Andrus et ses collaborateurs ont étudié 977 délinquantes et délinquants nouvellement incarcérés en Orégon afin de comparer le dépistage volontaire au dépistage obligatoire du VIH en milieu carcéral. Toutes les personnes incarcérées se sont fait offrir des services de counseling relativement au VIH et de dépistage du virus. Après que les identifiants personnels ont été enlevés, le sang prélevé pour le sérodiagnostic de la syphilis de routine des personnes incarcérées qui ont refusé cette offre a aussi été testé pour le VIH. Les résultats ont démontré que 1,2 % (12) des personnes incarcérées étaient séropositives pour le VIH. Cependant, 62,5 % (611) des personnes incarcérées étaient jugés à risque d'infection à VIH en étant un utilisateur de drogues injectables, un homosexuel masculin ou une personne séropositive pour les anticorps anti-HBc. Le ratio des personnes incarcérées qui sont à risque mais qui n'ont pas encore été infectées à celles qui sont déjà séropositives pour le VIH était de 53 à 1. Les deux tiers de toutes les personnes incarcérées, y compris celles qui sont à risque, ont choisi de recevoir du counseling et un test de dépistage. L'étude conclut que « dans les secteurs où la plupart des personnes incarcérées à risque mais pas encore infectées, il conviendrait mieux de concentrer les activités de prévention dans les prisons sur les programmes volontaires qui mettent l'accent sur l'éducation et le counseling plutôt que sur les programmes obligatoires qui accordent une place importante aux tests de dépistage. »

**Beauchemin J, Labadie J.-F. (1997). *Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de counseling et de dépistage du VIH en milieu carcéral – Services offerts par le CLSC Ahuntsic à la Maison Tanguay et à l'Établissement de détention de Montréal. Rapport final: août 1997. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre et le CLSC Ahuntsic.***

Ce rapport de l'évaluation des services de counseling et de dépistage offerts dans deux prisons provinciales de Montréal - l'une pour hommes, l'autre pour femmes - conclut qu'il est «justifié de maintenir, voire d'améliorer l'accès aux services de counseling et de dépistage du VIH [...] dans l'ensemble des établissements de détention provinciaux ». Dans les deux établissements à l'étude, les services de dépistage et de counseling sont offerts par une clinique locale de santé

publique plutôt que par le service de santé des prisons. L'évaluation a révélé que les services rejoignaient une clientèle à risque élevé d'infection à VIH et qu'un grand nombre de clients n'avaient pas eu recours aux services de dépistage et de counseling dans la collectivité. Le rapport propose des moyens d'améliorer davantage les services de dépistage et de counseling dans les prisons.

**Behrendt C et coll. (1994). Voluntary testing for human immunodeficiency testing (HIV) in prison population with a high prevalence of HIV. *Am J Epidemiol*, 139(9): 918-926.**

Cette étude évalue le dépistage volontaire du VIH dans une population carcérale avec une séroprévalence pour le VIH élevée. Les données sur les variables démographiques et la participation au test de dépistage volontaire étaient liées à une enquête sérologique du VIH effectuée à l'insu auprès de personnes entrant consécutivement en prison au Maryland (avril à juin 1991). Parmi les 2 842 personnes entrantes, la séroprévalence du VIH était de 8,5 % (7,9 % des hommes et 15,3 % des femmes). Dans l'ensemble, 47 % des personnes entrantes ont accepté le dépistage volontaire, et une enquête sérologique a révélé que 34 % des personnes incarcérées étaient séropositives. Les personnes qui ont refusé de subir le test de dépistage étaient plus susceptibles d'avoir des tests positifs pour le VIH que celles qui acceptaient de le passer (rapport de cotes ajusté = 1,84; intervalle de confiance à 95 % 1,58 - 2,16). Parmi 100 personnes entrantes à qui on a demandé pourquoi elles avaient refusé de subir le test de dépistage, les principales raisons étaient, entre autres, le faible risque du VIH, la crainte d'obtenir un résultat positif pour le VIH et le manque d'intérêt. Les auteurs ont conclu que le dépistage volontaire semble avoir obtenu qu'un succès mitigé pour identifier les personnes incarcérées séropositives pour le VIH dans une population carcérale à séroprévalence élevée. Cependant, la solution de rechange, soit le dépistage obligatoire du VIH des personnes incarcérées, peut être interprétée comme étant discriminatoire et contraire à l'éthique alors que le dépistage semblable n'est pas imposé à la population générale. Les données présentées ici proposent des stratégies pour améliorer l'acceptation du dépistage volontaire, surtout par les personnes incarcérées à risque élevé.

**Burchell AN et coll. (2003). Le dépistage volontaire du VIH chez les détenus : corrélats sociodémographiques, comportementaux et attitudinaux. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 32(5):534-541.**

Les auteurs ont tenté de déterminer la prévalence et les corrélats du dépistage autodéclaré du VIH chez les personnes détenues dans des centres correctionnels en Ontario, au Canada. Ils ont mené une étude transversale auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 597 détenus adultes de sexe masculin et féminin. Le taux de participation était de 89 %. Dans l'ensemble, 58 % des personnes incarcérées avaient déjà subi un test et 21 % avaient subi volontairement un test l'année précédente en prison. Les principales motivations du dépistage au cours de l'incarcération étaient l'injection de drogues ou la crainte de contracter l'infection en prison lors de contacts avec du sang, de bagarres, ou même de contacts ordinaires. Les auteurs ont conclu qu'il faudrait inciter les personnes incarcérées à subir volontairement des tests de dépistage du VIH en prison et leur donner le counseling et l'information dont ils ont besoin pour évaluer les risques de façon réaliste.

**Cotten-Oldenburg NU et coll. (1999). Voluntary HIV testing in prison: do women inmates at high risk for HIV accept HIV testing? *AIDS Education and Prevention*, 11(1): 28-37.**



Cette étude examine la proportion de femmes incarcérées qui acceptent de subir un test de dépistage du VIH ainsi que les caractéristiques sociodémographiques, criminelles et celles liées au risque d'infection à VIH rattachées à l'acceptation de subir de tel tests de dépistage dans une prison d'État qui offre les tests de dépistage volontaire du VIH. On a interviewé un échantillon consécutif de 805 délinquantes admises à la North Carolina Correctional Institution for Women entre juillet 1991 et novembre 1992. Dans l'ensemble, 71 % des femmes ont accepté de subir un test de dépistage du VIH. Les auteurs ont conclu qu'un programme de dépistage du VIH en milieu carcéral semble joindre une proportion importante de prisonnières susceptibles d'être à risque de contracter le VIH.

**Curran L, McHugh M, Nooney K. (1989) HIV counselling in prisons. *Counselling Psychology Quarterly*, 2(1), 33-51.**

**Desai AA et coll. (2002). The importance of routine HIV testing in the incarcerated population: The Rhode Island experience. *AIDS Education and Prevention*, 14(5 Suppl: HIV/AIDS in Correctional Settings): 45-52.**

Le test de dépistage de routine du VIH en milieu carcéral offert à toutes les personnes incarcérées a joué un rôle important dans le diagnostic du VIH au Rhode Island. Le diagnostic et le traitement du VIH en milieu carcéral peuvent renforcer les objectifs en santé publique en ce qui a trait au contrôle du VIH, à la prévention et à l'éducation. Les tests de dépistage de routine du VIH peuvent être intégrés à des programmes de prévention primaire et secondaire dans des établissements correctionnels. Au Rhode Island, où le dépistage du VIH est routinier au moment de l'entrée dans l'établissement correctionnel, environ un tiers de toutes les personnes dont le test est positif sont identifiées. La proportion d'hommes et de femmes dont le test est positif dans l'établissement correctionnel par rapport à ceux dont le test est positif dans d'autres établissements indique une diminution graduelle, avec une baisse substantielle de tests positifs du VIH chez les femmes au cours des dernières années. Des groupes spécifiques tels que les personnes de sexe masculin, les Afro-Américains, les Afro-Américaines et les utilisateurs de drogues injectables, continuent d'être les plus susceptibles de recevoir un diagnostic dans un établissement correctionnel d'État que dans d'autres emplacements où l'on effectue des tests de dépistage du VIH. Ces différences peuvent refléter les obstacles dans le système de soins de santé que les autres initiatives communautaires n'ont pas abordés.

**Grinstead O et coll. (2003). HIV and STD testing in prisons: perspectives of in-prison service providers. *AIDS Education and Prevention*, 15(6): 547-560.**

On a interviewé 72 fournisseurs de service qui travaillent dans les prisons aux États-Unis à propos de leurs expériences et de leurs perceptions des tests de dépistage du VIH et des MTS en milieu carcéral. On présente des suggestions concernant la façon d'améliorer les services de dépistage.

**Hoxie N et coll. (1990). HIV seroprevalence and the acceptance of voluntary HIV testing among newly incarcerated male prison inmates in Wisconsin. *American Journal of Public Health*, 80(9): 1129-1131.**

On a effectué des tests de dépistage du VIH volontaires et à l'insu entre 1986 et 1988 sur des hommes entrant dans les prisons du Wisconsin. La séroprévalence du VIH était de 0,30 % en 1986, de 0,53 % en 1987 et de 0,56 % en 1988. Les taux de séroprévalence chez les entrants qui

subissent volontairement le test de dépistage ne différaient pas de ceux qui ont passé les tests à l'insu. En 1988, 71 % des hommes entrant en prison ont accepté de subir le test de dépistage. Parmi les personnes entrant en prison qui ont déclaré faire usage de drogues injectables, 83 % ont consenti à subir un test de dépistage volontaire du VIH. Ce genre de test semble être une stratégie de dépistage efficace dans les prisons du Wisconsin.

**Hughes R (2002). 'Getting checked and having the test': drug injectors' perceptions of HIV testing – findings from qualitative research conducted in England. *Eur Addict Res*, 8(2): 94-102.**

Ce document est fondé sur une étude qui s'est servi d'entretiens en profondeur avec des usagers et des usagères de drogues injectables pour explorer leurs perceptions du risque d'infection à VIH à l'extérieur et à l'intérieur des prisons. Les tests de dépistage du VIH faisaient partie intégrante de la perception du risque des usagères et des usagers de drogues injectables. Trois grands thèmes sont ressortis de l'analyse de ces données : premièrement, la raison pour ne pas subir un test; deuxièmement, les raisons pour passer un test; et troisièmement, l'impact des tests de dépistage sur les comportements subséquents. Le document termine avec un résumé et des conclusions soulignant les répercussions de recherches futures et d'élaboration de politiques.

**Jürgens R, Gilmore N (1995). Prison, sida et divulgation de renseignements médicaux. *Criminologie* 1995; 28(1)**

Une analyse juridique et éthique d'allégations voulant que les renseignements médicaux relatifs aux personnes incarcérées séropositives pour le VIH soient divulgués au personnel de correction.

**Jürgens R (2001). Test des détenus. Dans: *Test de sérodiagnostic et confidentialité: rapport final*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida (2<sup>e</sup> édition).**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/07mandatf1.html#Aperçu>  
Le rapport présente une évaluation complète des questions entourant les tests de dépistage du VIH des personnes incarcérées et conclut qu'«il n'y a aucun motif de santé publique ou de sécurité pour soumettre les personnes incarcérées à un test obligatoire du VIH [...] Au contraire, les personnes incarcérées [...] devraient être encouragées à subir volontairement un test de dépistage du VIH, avec leur consentement éclairé et explicite, et accompagné de séances de counseling avant et après le test et de garanties sur la confidentialité du résultat du test. »

**Ramratnam B et coll. (1997). Former prisoners' views on mandatory HIV testing during incarceration. *Journal of Correctional Health Care*, 4: 155-164.**

Au Rhode Island, aux États-Unis, le personnel infirmier à l'accueil encourage systématiquement toutes les personnes nouvellement incarcérées à subir un test de dépistage du VIH, mais ce dernier n'est obligatoire qu'après la condamnation. Plus de 90 % des personnes incarcérées acceptent de passer le test de routine à leur arrivée en prison. Des enquêtes menées après la mise en liberté ont montré qu'en rétrospective, 78 % des personnes anciennement incarcérées étaient heureuses d'avoir la possibilité de subir le test de dépistage lorsque ce dernier faisait partie d'un programme complet de gestion du VIH.

**Sabin KM et coll. (2001). Characteristics and trends of newly identified HIV infections among incarcerated populations: CDC HIV voluntary counseling, testing, and referral system, 1992-1998. *Journal of Urban Health*, 78: 241-255.**

Les auteurs font rapport sur les services volontaires de counseling, de dépistage et d'orientation rattachés au VIH qui sont financés par l'État et offerts aux personnes incarcérées aux États-Unis. Le nombre de personnes incarcérées qui ont eu recours à ces services s'est accru de façon constante entre 1992 et 1998, et on a découvert que 56 % des personnes qui ont subi le test étaient séropositives pour le VIH. Un grand nombre de tests qui ont enregistré les comportements à risque pour contracter le VIH indiquent que les établissements correctionnels offrent un important point d'accès pour les efforts de prévention.

**Sanders Branham L (1988). Opening the bloodgates: the blood testing of prisoners for the AIDS virus. *Connecticut Law Review*, 20: 763-834.**

L'article traite des questions juridiques qui concernent le dépistage obligatoire des personnes incarcérées pour des anticorps anti-VIH. Il conclut que le dépistage obligatoire violerait les droits des personnes incarcérées, n'a aucun motif rationnel et présente un danger grave aux intérêts personnels des personnes incarcérées.

**Turnbull PJ, Dolan K, Stimson G (1993). HIV testing, and the care and treatment of HIV positive people in English prisons. *AIDS Care*, 5(2): 199-206.**

**Varghese B, Peterman TA (2001). Cost-effectiveness of HIV counseling and testing in US prisons. *Journal of Urban Health*, 78: 304-312.**

Cette étude présente le rapport coût-efficacité d'offrir le counseling lié au VIH et le dépistage du virus aux personnes incarcérées sur le point d'être mises en liberté dans les prisons des États-Unis. On s'est servi d'un modèle décisionnel pour estimer, du point de vue social, les coûts et les avantages (cas de VIH évités) du counseling lié au VIH et du dépistage du virus comparés à aucun counseling et dépistage.

## Soins, soutien et traitement pour le VIH et le VHC

### Soins, soutien et traitement pour le VIH

**Altice FL, Mostashari F, Friedland GH (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 28: 47-58.**

Entre mars et octobre 1996, on a recruté 205 personnes incarcérées infectées par VIH qui étaient admissibles pour le traitement antirétroviral au moyen d'une enquête transversale dans quatre unités de soins ambulatoires pour le VIH en milieu carcéral. On a mené des entrevues détaillées qui comprenaient les caractéristiques personnelles, l'état de santé et les croyances ainsi que des échelles normalisées et validées qui mesurent la dépression, le champ d'autocontrôle sanitaire, la désirabilité sociale et la confiance accordée au médecin, aux établissements médicaux et à la société. Les données sur l'acceptation et l'observance ont été recueillies par autodéclaration et validées pour un sous-ensemble par examen de la pharmacie. On a obtenu les renseignements cliniques à partir d'examen standardisés des dossiers. On a défini l'observance comme le fait d'avoir pris  $\geq 80\%$  du traitement antirétroviral. L'acceptation du traitement antirétroviral (80 %) et l'observance (84 %) parmi ce groupe de personnes incarcérées étaient élevées. Des modèles de régression multiples ont démontré que les corrélats d'acceptation et d'observance du traitement différaient. L'acceptation était associée avec la confiance accordée au médecin (hausse de 8% à chaque augmentation unitaire avec l'échelle confiance accordée à un médecin) et la confiance accordée aux médicaments pour lutter contre le VIH (trois fois la réduction pour ceux qui se méfient des médicaments). Les effets secondaires (rapport de cotes = 0,09), l'isolement social (rapport de cotes = 0,08) et la complexité du régime antirétroviral (rapport de cotes = 0,33) étaient associés avec la réduction de l'observance. La prévalence des croyances en matière de santé qui suggère qu'une relation négative entre le traitement antirétroviral et l'abus de drogues était élevée (étendue de 59 % à 77 %). L'observance ne différait pas parmi ceux qui suivaient un traitement directement observé (82 %) ou autoadministré (85 %). Altice et ses collaborateurs ont conclu que l'on pouvait administrer les traitements antirétroviraux avec succès en milieu carcéral.

**Amankwaa AA, Bayon AL, Amankwaa LC (2001). Gaps between HIV/AIDS policies and treatment in correctional facilities. *J Health Hum Serv Adm*, 24(2): 171-198.**

**American College of Physicians, National Commission on Correctional Health Care, and American Correctional Health Services Association (1992). The Crisis in Correctional Health Care: The Impact of the National Drug Control Strategy on Correctional Health Services. *Annals of Internal Medicine*, 117(1): 72-77.**

Un exposé de position conjoint dans lequel on explique comment les problèmes actuels que l'on trouve dans les prisons américaines ont été exacerbés par la *lutte contre la drogue*. Les auteurs recommandent que l'on examine de nouveau la stratégie de lutte contre la drogue, stratégie selon laquelle on met l'accent sur l'incarcération; que les budgets pour les soins de santé dans les établissements correctionnels reflètent les besoins croissants de la population carcérale; que les soins de santé dans les établissements correctionnels soient reconnus comme faisant partie intégrante du secteur de la santé publique; que les soins en milieu carcéral, actuellement

dispensés en cas de maladie ou de blessure, évoluent pour devenir un système proactif qui met l'accent sur la détection et le traitement rapides de la maladie, la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

**Anonymous (1999). Decrease in AIDS-related mortality in a state correctional system – New York, 1995-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47: 1115-1117.**

Le service correctionnel de l'État de New York signalait un taux de mortalité lié au sida de 40,7 décès par 10 000 personnes incarcérées en 1990. En 1998, le taux est passé à 6,1 décès par 10 000 personnes incarcérées.

**Bobrik A et coll. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*, 26: 30-59.**

Voir aussi *supra*, « Transmission du VIH et du VHC ».

L'article offre un aperçu des conditions sanitaires, y compris le VIH/sida, dans les prisons de la Fédération de Russie afin de déterminer les grands problèmes de santé publique dans le système de justice pénale de la Fédération. Il remarque que [*Traduction*] « pour de nombreuses personnes incarcérées, l'emprisonnement présente une des seules occasions d'obtenir les soins de santé et le counseling dont elles ont grand besoin. Le fait qu'on se concentre dans le système pénal sur les personnes aux prises avec des troubles mentaux, l'alcoolisme, la toxicomanie et des maladies infectieuses crée une occasion unique de mettre en œuvre une vaste gamme d'interventions efficaces en matière de santé publique. Les services de santé en milieu carcéral qui sont bien organisés peuvent apporter beaucoup à la société en général en offrant des soins médicaux et en faisant la promotion de la santé; en détectant et en guérissant un grand nombre de cas de tuberculose et d'infections transmises sexuellement; en offrant la vaccination contre l'hépatite B et le counseling concernant le VIH; en établissant des liens entre les personnes incarcérées et les services communautaires après la mise en liberté; et en aidant au processus de réintégration dans la collectivité. La période d'incarcération devrait servir à la santé de l'individu et à la société en général ». On dénote qu'au moment de la rédaction du document, seulement 2 ou 3 % des personnes incarcérées atteintes de VIH/sida (c.-à-d, environ 1 000 personnes) nécessitaient les traitements antirétroviraux hautement actifs (parce que la majorité de PVVIH/sida (personnes vivant avec le VIH ou le sida) dans les établissements correctionnels de la Russie ont contracté le VIH entre 1998 et 2000). Mais dans 5 ans, environ 70 % (25 000 personnes) nécessiteront le traitement antirétroviral hautement actif. L'auteur souligne que la mise en œuvre d'un programme de traitement du VIH viable requiert qu'une importance particulière soit accordée à la continuité des soins aux personnes incarcérées séropositives pour le VIH lors de leur admission aux établissements carcéraux et de leur mise en liberté.

**De Groot AS, Hammett TM, Scheib RG. Barriers to care of HIV-infected inmates: a public health concern. *The AIDS Reader*, mai-juin 1996: 78-87.**

Les auteurs concluent que les limites imposées à l'accès aux services liés au VIH pourraient entraîner une augmentation générale des dépenses publiques consacrées aux soins de santé et faire augmenter la croissance de l'épidémie du VIH.

**De Groot AS, Jackson EH, Stubblefield S (2000). Clinical Trials in Correctional Settings: Proceedings of a conference held in Providence, RI, Oct 14-15 1999. *Rhode Island Journal of Medicine*, 83 (12): 376-379.**

**De Groot AS et coll. (2001). HIV Clinical Trials in Correctional Settings: Right or Retrogression? *AIDS Reader*, 11(1): 34-40.**

**Demoures B, Nkodo-Nkodo E, Mbam-Mbam L (1998). Primary health care in a prison environment, the Cameroon experience (article en français). *Santé*, 8(3): 212-216.**

Certaines organisations non gouvernementales ont entrepris des démarches pour améliorer les conditions des soins de santé dans les prisons. Cet article décrit un tel projet, mené à Ngaoundere, une ville dans la province d'Adamaoua, au Cameroun. La prison abrite 400 personnes incarcérées, la plupart étant des hommes. Des missionnaires catholiques ont participé à l'amélioration des conditions depuis 1988 à la demande d'un juge de paix d'un tribunal local. Ils ont mis en place une boutique communautaire, des travaux d'artisanat et l'enseignement de l'écriture et de la lecture, le tout réalisé par les personnes incarcérées elles-mêmes. En octobre 1992, on a demandé au Service catholique de la santé de se joindre au projet. Sa participation faisait partie de la politique provinciale visant la collaboration entre des organismes des secteurs privé et public dans le but d'améliorer les établissements de santé. Des réunions entre des travailleurs et des travailleuses de la santé et des personnes incarcérées ont donné l'occasion aux personnes incarcérées de parler de leurs problèmes et de ce qu'ils désiraient. Un comité de la santé qui comprend environ 10 prisonniers et prisonnières a pris plusieurs initiatives concernant l'hygiène. On a ensuite amélioré l'accès aux soins curatifs en augmentant le stock de médicaments pour inclure 37 médicaments, ce qui a normalisé les recommandations thérapeutiques (y compris celles du programme national contre la tuberculose) et a augmenté l'accès des personnes incarcérées aux soins de santé en rendant la pharmacie autosuffisante. Les prix dans la pharmacie sont peu élevés et on encourage les directeurs et les directrices de prison à s'en servir. Tout profit réalisé sera versé à un « fond de solidarité » géré par les personnes incarcérées, ce qui leur permet d'acheter leurs propres médicaments (le personnel infirmier voit entre trois et cinq personnes incarcérées par jour). La plupart des maladies rapportées de juillet 1994 à juillet 1995 étaient infectieuses, telles que la gale et les infections aiguës des voies respiratoires. On a procédé au diagnostic et au traitement de 15 cas de tuberculose. Le sida n'était pas un problème important dans la prison, mais on s'attendait à ce que cela change.

**Dixon PS et coll. (1993). Infection with the human immunodeficiency virus in prisoners: meeting the health care challenge. *Am J Med*, 95: 629-635.**

**Éditorial (1991). Health care for prisoners: implications of "Kalk's refusal." *The Lancet*, 337: 16 mars : 647-648.**

L'article indique que [Traduction] « les normes éthiques acceptables et la qualité des soins seraient plus faciles à atteindre si les services de santé en milieu carcéral étaient entièrement indépendants des administrations pénitentiaires ».

**Farley JL et coll. (2000). Comprehensive medical care among HIV-positive incarcerated women: the Rhode Island experience. *J Womens Health Gend Based Med*, 9(1): 51-56.**

**Flanigan TP, Rich JD, Spaulding A (1999). HIV care among incarcerated persons: a missed opportunity. *AIDS*, 13: 2475-2476.**

**Fischl M et coll. (2001). Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials [résumé analytique 528]. Dans : Program and abstracts of the 8<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Chicago). Alexandria, VA : Foundation for Retroviruses and Human Health.**

Les auteurs présentent des données qui appuient l'efficacité de la thérapie sous observation directe (TOD) pour le traitement antirétroviral hautement actif (TART) en milieu carcéral. Ils ont comparé les réponses virologiques de personnes séropositives pour le VIH incarcérées ou non qui étaient inscrites dans les mêmes groupes d'essais cliniques sur le sida qui recevait trois ou quatre schémas d'associations de médicaments. À la semaine 80 de l'étude, 95 % des personnes incarcérées qui avaient reçu des médicaments dans le cadre d'une TOD avaient des charges virales de moins de 400 copies/mL par rapport à seulement 75 % des personnes non incarcérées, même si les personnes incarcérées avaient des décomptes plus bas de cellules CD4 et des niveaux d'ARN VIH plus élevés au départ.

**Frank L (1999). Prisons and public health: emerging issues in HIV treatment adherence. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 10(6): 24-32.**

En raison de leur structure, de leur fonctionnement et de leur personnel, les établissements carcéraux peuvent présenter de nombreux obstacles au traitement du VIH et à l'adhésion à des schémas thérapeutiques du VIH qui sont compliqués et dispendieux. Frank soutient que des changements et des modifications aux prestations de soins de santé en milieu carcéral sont nécessaires pour les adapter aux besoins des personnes incarcérées séropositives pour le VIH. Les approches pour améliorer les soins et le traitement du VIH en milieu carcéral comprennent la formation du personnel soignant, l'éducation préventive offerte aux personnes incarcérées, l'accès accru aux tests de dépistage du VIH volontaire, la planification complète du traitement et la continuité des soins. Parmi les changements aux politiques pour les systèmes correctionnels, on compte l'adoption de normes en matière de soins du VIH ainsi que l'évaluation immédiate du VIH au moment de l'entrée à l'établissement et l'accès immédiat au traitement.

**Gallego O et coll. (2003). High rate of resistance to antiretroviral drugs among HIV-infected prison inmates. *Med Sci Monit*, 9(6): CR217-221.**

Le but de cette étude était d'examiner la prévalence de résistance génotypique aux traitements antiviraux au sein d'un important groupe de personnes incarcérées séropositives pour le VIH dans des établissements pénitentiaires. Les auteurs ont analysé la transcriptase inverse et le gène de protéase sur des échantillons plasmatiques recueillis de 309 personnes incarcérées séropositives pour le VIH à Madrid. En 1999 et en 2001, afin de comparer la prévalence de la résistance à différentes périodes et de déceler toute tendance au fil du temps, on a recueilli de façon aléatoire une moitié des échantillons de patientes et de patients naïfs aux antirétroviraux et l'autre moitié de sujets prétraités. Dans l'ensemble, 63,7 % des échantillons ont un ARN VIH plasmatique supérieur à 1000 copies/ml. On a obtenu des données génotypiques dans 94,4 % des cas. Parmi 127 sujets naïfs aux médicaments, on a reconnu la résistance primaire des mutations dans 13 % des sujets en 1999 comparativement à 15 % des sujets en 2001. Par contre, on a trouvé une résistance aux médicaments dans 35 % et 59 % des 182 sujets prétraités en 1999 et en 2001. Les auteurs ont conclu que la résistance aux médicaments a augmenté au cours des deux années parmi les personnes incarcérées qui recevaient un traitement antirétroviral et touche actuellement 59 % de ceux qui ont échoué dans leur traitement. On a remarqué une augmentation de presque trois fois de la résistance aux INNTI. Comparativement aux sujets séropositifs pour le

VIH à l'extérieur des prisons qui reçoivent un traitement antirétroviral, les personnes incarcérées sont plus susceptibles de subir un échec virologique, mais démontrent un taux moins élevé de résistance aux médicaments; surtout à ceux qui ont une barrière génétique basse (c.-à-d. les INNTI et le 3TC).

**Glaser JB, Greifinger RB (1993). Correctional health care: A public health opportunity. *Ann Int Med*, 118: 139-145.**

Les auteurs soulignent que les prisons sont des points clés de contact avec des millions de personnes à risque élevé d'infection à VIH qui, pour la plupart, échappent au système médical dans la collectivité.

**Griffin MM et coll. (1996). Effects of incarceration on HIV-infected individuals. *Journal of the National Medical Association*, 88: 639-644.**

Cette étude, qui date de l'époque avant les traitements antirétroviraux hautement actifs, a trouvé que les décomptes des cellules CD4 des personnes incarcérées non traitées ont diminué plus rapidement que ceux des personnes non traitées à l'extérieur des prisons. L'étude attribue la diminution au stress de l'incarcération même.

**Harding T (1997). Do prisons need special health policies and programs? *International Journal of Drug Policy*, 8(1): 22-30.**

La médecine en milieu carcéral a une drôle d'identité, perdue dans une zone mal définie, entre deux importants systèmes sociaux, soit celui de la prestation des soins de santé et celui de la justice pénale. Le statut désagréable et la marginalité de la discipline ne sont pas le résultat de choix ni d'orientations du personnel des soins de santé des prisons. Il est causé par les pressions que créent les politiques relatives au système pénal – surtout celles concernant les prisons – et des décennies de négligence par *l'establishment* de la santé : les ministères de la santé, les associations médicales et les facultés de médecine considèrent les prisons comme étant extraterritoriales en ce qui concerne les soins de santé. Jusqu'à l'épidémie du sida, l'Organisation mondiale de la Santé n'avait pas consacré une seule activité, consultation ou étude à l'environnement carcéral. Il y a encore dix ans, les grandes revues médicales ne publiaient presque jamais d'articles qui traitaient de la santé ou des préoccupations liées aux soins médicaux en milieu carcéral. Les échecs des soins de santé dans les prisons ont mené à de sérieuses préoccupations en matière de santé publique dans de nombreux systèmes carcéraux. Le fait de se concentrer sur ces échecs peut masquer un facteur important, soit que la médecine en milieu carcéral peut être un concept faux et trompeur. Les endroits de détention présentent un tel degré de diversité en ce qui concerne la population, la durée du séjour, le régime et les facteurs qui influent sur la santé que la *médecine en milieu carcéral* pourrait être subdivisée de façon utile dans un certain nombre d'éléments constitutifs : les soins de santé pour les groupes marginaux; la prestation des soins de santé dans des situations de rupture; le combat contre les environnements propices à la propagation de maladies transmises par l'air; les soins psychiatriques sous des conditions de sécurité, etc. La médecine en milieu carcéral devrait s'estomper et être remplacée par l'omniprésence d'éléments appropriés pour la santé publique, de mesures de prévention et de prestation de soins de santé.

**Jolofani D, DeGabriele J (1999). HIV/AIDS in Malawi Prisons. *Penal Reform International*.**



Il s'agit d'une étude sur la transmission du VIH et les soins des personnes incarcérées atteintes du VIH/sida dans les prisons de Zomba, de Blantyre et de Lilongwe. Elle est publiée en anglais, en russe, en tchèque et en roumain. Veuillez consulter le [http://www.penalreform.org/francais/frset\\_pub\\_fr.htm](http://www.penalreform.org/francais/frset_pub_fr.htm) pour de plus amples détails.

**Kerr T et coll. (2004) Determinants of highly active antiretroviral discontinuation among injection drug users. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 15 (suppl A): 86A.**

**Conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH. Montréal : 13 au 17 mai 2004.**

L'étude démontre que l'incarcération est associée de façon indépendante à l'interruption des traitements antirétroviraux hautement actifs.

**Médecins pour les droits de l'homme (2002). *Dual Loyalty & Human Rights in Health Professional Practice. Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms*. Médecins pour les droits de l'homme et School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town, faculté des Sciences de la santé.**

Disponible au [www.phrusa.org](http://www.phrusa.org)

Dans ce document, on reconnaît que le personnel soignant en milieu carcéral est souvent dans une position difficile et que l'on pourrait lui demander de mettre de côté sa loyauté envers ses patients et ses patientes. Le document comprend des lignes directrices liées à l'exercice professionnel en milieu carcéral.

**Miller SK, Rundio A Jr (1999). Identifying barriers to the administration of HIV medications to county correctional facility inmates. *Clin Excell Nurse Pract*, 3(5): 286-290.**

Cette étude avait pour but d'enquêter sur le processus d'administration de médicaments contre le VIH dans une prison de comté. D'après certaines données empiriques, il existe de sérieux obstacles au processus. Le personnel infirmier, qui est diplômé ou qui a reçu une formation pratique en sciences infirmières, travaillant dans un établissement correctionnel de comté au New Jersey a participé à des entrevues auprès de groupes de discussion conçus pour parler du processus d'administration de médicaments et des obstacles possibles qui s'y rattachent. L'analyse des données a révélé cinq éléments contextuels : le caractère unique du milieu dans lequel se trouve la prison de comté, les obstacles que perçoit le personnel infirmier; la perception des personnes incarcérées au sujet des infections à VIH, les obstacles au système interne et le rôle des systèmes à l'extérieur de l'établissement correctionnel.

**Mostashari F et coll. (1998). Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 18: 341-348.**

Cette étude démontre que la confiance dans le système de soins de santé en milieu carcéral est fortement corrélée à l'observance du traitement.

**Palepu A et coll. (2003). Alcohol use and incarceration adversely affect HIV-1 RNA suppression among injection drug users starting antiretroviral therapy. *Journal of Urban Health*, 80(4): 667-675.**

Parmi les utilisatrices et les utilisateurs de drogues injectables infectés par VIH qui suivent un traitement antirétroviral, toute consommation d'alcool et toute incarcération dans les six mois

avant d'entreprendre une thérapie antirétrovirale étaient associées de façon négative à l'obtention de la suppression de l'ARN du VIH-1. Les auteurs ont conclu qu'en plus du traitement de la toxicomanie pour l'usage d'héroïne et de cocaïne, l'identification et le traitement de problèmes liés à l'alcool devraient être appuyés dans cette situation. On doit également améliorer l'approche intensifiée aux toxicomanes infectés par VIH récemment mis en liberté afin d'assurer la continuité pour répondre davantage aux besoins en matière de soins de santé.

**Palepu A et coll. (2004). Initiating highly active antiretroviral therapy and continuity of HIV care: the impact of incarceration and prison release on adherence and HIV treatment outcomes. *Antivir Ther*, 9(5): 713-719.**

Dans cette étude, Palepu et ses collaborateurs se sont penchés sur les effets de l'incarcération dans les 12 mois après avoir entrepris un traitement antirétroviral hautement actif sur la non-observance et la suppression de l'ARN du VIH-1. Ils ont comparé l'observance et les résultats virologiques parmi les participants et les participantes qui faisaient partie d'un programme de traitement du VIH/sida en population générale en Colombie-Britannique, au Canada, selon les antécédents d'incarcération dans une prison provinciale. Les personnes infectées par VIH naïves aux TARTA qui participaient à l'étude et auxquelles on avait administré le traitement entre le 1<sup>er</sup> juillet 1997 et le 1<sup>er</sup> mars 2002, étaient admissibles à cette étude. Une régression logistique a servi à déterminer les facteurs associés à la non-observance et le modèle de risque proportionnel de Cox a servi à déterminer les facteurs associés à la suppression de l'ARN du VIH-1 après correction en fonction de l'âge, du genre, des antécédents de consommation de drogue, de l'ARN VIH-1 de base, du nombre de cellules CD4 de base, du type de schéma posologique d'antirétroviraux [deux nucléosides + inhibiteur de protéase comparativement à deux nucléosides + inhibiteur non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)], de l'expérience du médecin en matière du VIH pour chaque sujet et de l'observance des renouvellements en pharmacie.

Il y avait 1 746 sujets (101 incarcérés et 1 645 non incarcérés) qui ont commencé les traitements antirétroviraux entre le 1<sup>er</sup> juillet 1997 et le 1<sup>er</sup> mars 2002. De ceux qui étaient incarcérés, 50 avaient entrepris un traitement antirétroviral hautement actif alors qu'ils étaient en prison et 27 sujets ont été libérés, mais sont retournés en prison au cours de la période de suivi. Les sujets ont suivi une thérapie antirétrovirale lors de leur incarcération pour un nombre médian de quatre mois (intervalle interquartile : 2– 10). Les résultats de régression logistique multiple ont démontré que des antécédents d'incarcération dans les 12 mois après le début du TARTA ont augmenté le risque de la non-observance de manière indépendante [rapport de cotes ajusté de 2,40; intervalle de confiance (IC) à 95 % (IC à 95 %) : 1,54 - 3,75]. Des antécédents d'usage de drogues injectables étaient aussi rattachés à la non-observance (rapport de cotes ajusté de 1,49; IC à 95 % : 1,17 - 1,90). Les facteurs suivants étaient liés à la non-observance de façon négative : l'âge avancé (rapport de cotes ajusté de 0,81; CI à 95 % : 0,72 - 0,91), le sexe masculin (rapport de cotes ajusté de 0,50; CI à 95 % : 0,38 - 0,65) et l'expérience accrue du médecin en matière du VIH (rapport de cotes ajusté de 0,97; IC à 95 % : 0,96 - 0,98). De plus, des antécédents d'incarcération dans les 12 mois après avoir entrepris le traitement antirétroviral hautement actif ont réduit la probabilité d'obtenir la suppression de l'ARN du VIH-1 [rapport de cotes ajusté de 0,68; IC à 95 % : 0,51 - 0,89]. Les autres facteurs qui sont rattachés de façon négative à la suppression du virus comprennent les antécédents de l'usage de drogues injectables (rapport de cotes ajusté de 0,79; IC à 95 % : 0,69 - 0,91), deux nucléosides + inhibiteur de protéase (IP) comparativement à deux nucléosides + INNTI (rapport de cotes ajusté de 0,77; IC à 95 % : 0,69 -

0,87), une ligne de base plus élevée de l'ARN du VIH-1 (rapport de cotes ajusté de 0,66; IC à 95 % : 0,62- 0,70). L'observance accrue était associée de façon positive à la suppression du virus (rapport de cotes ajusté de 1,38; IC à 95 % : 1,34 -1,42). Parmi les 101 sujets qui étaient incarcérés dans la première année du début des traitements antirétroviraux hautement actifs, le temps passé en prison avait une corrélation positive avec la suppression de l'ARN du VIH-1 (rapport de cotes de 1,06; IC à 95 % : 1,02 -1,10). Les auteurs ont conclu que les sujets infectés par VIH avec des antécédents d'incarcération dans les 12 mois après le début du traitement antirétroviral hautement actif avaient de plus grandes chances de non-observance et, par conséquent, des probabilités plus faibles d'atteindre la suppression de l'ARN du VIH-1. Toutefois, plus la peine était longue, plus les chances de supprimer le virus étaient élevées. Le système carcéral de la Colombie-Britannique a offert un environnement structuré pour le TARTA, mais les sujets étaient incapables de continuer le niveau d'observance après la mise en liberté. Les stratégies pour assurer le maintien des soins pour le VIH/sida pour les personnes infectées par VIH qui quittent le système de justice pénale doivent être une priorité en matière de santé publique.

**Perez-Molina JA et coll. (2002). Differential characteristics of HIV-infected penitentiary patients and HIV-infected community patients. *HIV Clin Trials*, 3(2): 139-147.**

**Pontali E (2005). Antiretroviral treatment in correctional facilities. *HIV Clinical Trials*, 6(1): 25-37.**

Pontali a entrepris de relever les questions et les difficultés pertinentes qui sont liées à l'administration d'un traitement antirétroviral dans les établissements correctionnels pour ensuite en discuter. Il a effectué un examen et une analyse de la documentation et des expériences couramment disponibles sur les traitements antirétroviraux en milieu carcéral. Il a découvert que les traitements antirétroviraux sont administrés aux personnes incarcérées séropositives pour le VIH dans de nombreux pays. L'auteur relève de nombreux problèmes et on en discute. Parmi les plus pertinents, il y a la disponibilité de soins de base et de soins spécialisés pour le VIH, la prison comme point d'entrée pour les soins liés au VIH aux populations marginalisées, les politiques et les directives pour les traitements antirétroviraux, les soins spécialisés du VIH en milieu carcéral, les modalités concernant l'administration des traitements antirétroviraux, l'observance des traitements antirétroviraux et la continuité des soins entre la prison et la collectivité. D'après Pontali, le traitement antirétroviral est une intervention faisable dans le contexte des établissements correctionnels. Afin de s'assurer que les personnes incarcérées qui ont besoin de traitements antirétroviraux en bénéficient pleinement, chaque pays devrait mettre en place des plans pour l'administration du traitement antirétroviral dans les établissements correctionnels et prendre les dispositions nécessaires pour assurer l'administration du traitement antirétroviral ainsi que son observance optimale.

**Potler C, Sharp V, Remick S (1994). Prisoners' access to HIV experimental trials: legal, ethical, and practical considerations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7(10): 1086-1094.**

L'article contient une série de recommandations en matière de politiques que l'on devrait prendre en considération lorsqu'on donne accès à des agents VIH expérimentaux aux personnes incarcérées.

**Service correctionnel Canada (2004). Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale *Revue canadienne de santé publique*, 95 (suppl. 1): S1 - S63.**

Cette étude est un profil exhaustif des besoins en matière de santé des personnes incarcérées sous responsabilité fédérale au Canada. Elle commence avec un aperçu des services de santé qu'offre le Service correctionnel Canada (SCC) et une description de la population carcérale, y compris les indicateurs sociodémographiques. Les autres sections présentent la mortalité des personnes incarcérées, les états de santé physique, les maladies infectieuses et les questions liées à la santé mentale. La section finale présente un sommaire, les résultats clés et quelques conclusions. Dans le cadre de l'étude, on a découvert que l'état de santé des personnes incarcérées sous responsabilité fédérale est moins bon que celui de l'ensemble de la population canadienne de façon constante, peu importe l'indicateur choisi. En ce qui concerne les maladies infectieuses, l'étude indique que les personnes incarcérées sont plus de deux fois plus susceptibles d'être infectées par VHB, 20 fois plus susceptibles d'être infectées par VHC, plus de 10 fois plus susceptibles d'être infectées par VIH et beaucoup plus susceptibles d'être atteintes d'une infection tuberculeuse.

L'étude souligne que les services de santé dans le SCC ont traditionnellement été [*Traduction*] « fondés sur les soins individuels et sont donc réactifs » et que « l'on doit se concentrer davantage sur la santé de la population ». Elle reconnaît que la gamme de services de santé publique qui existe dans les communautés canadiennes est sous-développée en milieu carcéral et qu'il existe un besoin d'une infrastructure de la santé publique qui remplit les fonctions essentielles des services de santé publique dans les prisons (c.-à-d. d'évaluer l'état de santé des personnes incarcérées, d'avoir un système de surveillance efficace pour les maladies infectieuses ou les affections chroniques, d'appuyer le mandat des services du SCC en matière de promotion de la santé; d'avoir des interventions coordonnées afin de prévenir les maladies et les blessures et de protéger la santé des personnes incarcérées et d'évaluer l'efficacité, l'accessibilité et la qualité des services de santé. L'étude continue en indiquant qu'un [*Traduction*] « système de santé publique en milieu carcéral qui fonctionne est nécessaire pour assurer la gestion et le contrôle appropriés des maladies infectieuses. Le SCC a un intérêt marqué à assurer la prévention de la transmission de maladies parmi les personnes incarcérées ainsi que des prisonniers et des prisonnières au personnel de la prison. Les Canadiens et les Canadiennes ont tous intérêt à veiller à ce que le bassin de personnes vivant avec le VIH ou atteint du VHC, de la tuberculose ou de MTS ne soit pas élargi par le système carcéral du pays ». On conclut en indiquant que les personnes incarcérées [*Traduction*] « ont le même droit aux services de santé que les autres Canadiens et Canadiennes », et que les prisonniers et les prisonnières [*Traduction*] « sont issus de la collectivité et y retourneront ». Donc, [*Traduction*] « en répondant à leurs besoins de santé, on contribue à la réadaptation de la personne incarcérée et à sa réinsertion dans la collectivité ».

**Soto Blanco JM, Perez JR, March JC (2005). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Espagne). *Int J STD AIDS*, 16(2): 133-138.**

On a réalisé cette étude transversale dans deux prisons d'Espagne. Un groupe de 177 personnes incarcérées infectées par VIH ont été interviewées. On a mené des entrevues personnelles normalisées en se servant d'un questionnaire structuré pour évaluer les aspects sociodémographiques et les caractéristiques du milieu carcéral, les variables cliniques, le soutien social et la consommation de drogues. On a utilisé un questionnaire simplifié comportant quatre éléments concernant l'observance autodéclarée. Un total de 24,3 % était non observant. Les

prédicteurs de non-observation dans l'analyse multivariée comprenait la faible capacité ou l'incapacité de suivre un schéma thérapeutique prescrit, aucune visite au cours d'un mois, une humeur anxieuse ou dépressive, la difficulté à prendre les médicaments, le suivi d'un traitement à la méthadone, la consommation de cannabis et le vol qualifié comme raison pour l'emprisonnement. L'observance du traitement antirétroviral était plus élevée que dans la collectivité dans son ensemble. Toutefois, les autres variables liées au milieu carcéral, telles que l'attribution à l'intérieur de l'établissement, l'adaptabilité du système pénal pour autoriser l'ouverture de la cellule dans le cas où la personne incarcérée a omis de prendre ses médicaments ou une situation juridique n'avait aucun effet sur l'observance des personnes incarcérées atteintes du VIH.

**Springer et coll. (2004). Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community. *Clinical Infectious Diseases*, 38: 1754-1760.**

Le but de cette étude était d'examiner le niveau de l'ARN du VIH-1 et la réaction des lymphocytes CD4 aux TARTA au cours de l'incarcération et lors du retour dans le système carcéral. Springer et ses collaborateurs ont mené une étude rétrospective de cohortes de données démographiques et pharmaceutiques ainsi que celles de laboratoires qui sont liées longitudinalement du système carcéral du Connecticut. Au cours de l'incarcération, le décompte moyen de lymphocyte CD4 a augmenté de 74 lymphocytes/ $\mu$ L, et la charge virale moyenne a diminué de 0,93 log<sub>10</sub> copies/mL ( $P < 0,0001$ ). Parmi les sujets, il y en avait 59 % qui affichaient une charge virale de  $<400$  copies/mL à la fin de chaque période d'incarcération. Pour les 27 % des sujets qui ont été réincarcérés, le décompte moyen de lymphocyte CD4 a baissé de 80 lymphocytes/ $\mu$ L, et la charge virale moyenne a augmenté de 1,14 log<sub>10</sub> ( $P < 0,0001$ ). Bien que l'utilisation de TARTA a donné lieu à des résultats impressionnants de charge virale et de lymphocyte CD4 au cours de la période d'incarcération, le retour en prison était élevé et était associé avec un mauvais résultat. Des programmes de mise en liberté dans la collectivité sont nécessaires pour les personnes incarcérées atteintes de VIH.

**Stein G, Headley L (1996). Forum on prisoners' access to clinical trials: summary of recommendations. *AIDS & Public Policy Journal*, 11(1): 3-20.**

Afin d'établir un consensus sur des normes acceptables concernant l'inscription de personnes incarcérées à des études cliniques, on a convoqué un forum en 1994 sur l'accès des personnes incarcérées aux études cliniques. Il en est ressorti dix recommandations conçues spécialement pour bénéficier les personnes incarcérées séropositives pour le VIH.

**Stephenson BL et coll. (2005). Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Rep*, 120(1): 84-88.**

Le but de cette étude était de déterminer l'effet de la mise en liberté et de la réincarcération subséquente sur les charges virales de personnes infectées par VIH qui suivent un traitement antirétroviral hautement actif (TARTA). On a choisi quinze personnes réincarcérées infectées par VIH qui suivaient un TARTA d'une étude rétrospective d'une cohorte de personnes mises en liberté entre le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et le 31 août 1999. Les personnes qui étaient réincarcérés ont été appariés (1:2) à 30 personnes incarcérées infectées par VIH suivant un TARTA qui sont demeurées incarcérées au cours de la période de mise en liberté des personnes réincarcérées participant à l'étude. Les résultats mesurés étaient les taux d'ARN VIH plasmatique, le décompte

des lymphocytes CD4+, le pourcentage de participants incarcérés et réincarcérés avec des taux d'ARN VIH plasmatique de < 400 copies/mL et le changement médian dans les taux d'ARN VIH plasmatique des participants incarcérés et réincarcérés à la fin de l'étude. Au début de l'étude, 8 des 15 participants réincarcérés avaient des taux d'ARN VIH plasmatique de < 400 copies/mL, comparé à 15 de 30 participants incarcérés. À la fin de l'étude, seulement trois de ces huit personnes réincarcérées avaient un taux de < 400 copies/mL d'ARN VIH plasmatique, comparé à 14 des 15 personnes incarcérées ( $p = 0,0086$ ). Stephenson et ses collaborateurs ont conclu que la mise en liberté était associée à un effet néfaste sur les résultats virologiques et immunologiques. Ces données suggèrent que des efforts de planification complète de mise en liberté sont nécessaires pour s'assurer que les personnes incarcérées séropositives pour le VIH reçoivent l'accès aux soins de qualité après l'incarcération.

**Tomasevski K (1992). *Prison Health. International Standards and National Practices in Europe*. Helsinki : Helsinki Institute for Crime Prevention and Control.**

Le livre renferme les résultats de la première enquête sur les problèmes courants liés à la santé en milieu carcéral, ainsi que différents modèles pour offrir des services de santé dans les prisons en Europe et au Canada. Les questions abordées comprennent : les principaux problèmes en matière de santé en milieu carcéral (comprend une section sur le VIH/sida); la disponibilité des soins de santé; l'accès des personnes incarcérées aux soins de santé; les recherches portant sur les personnes incarcérées; et [*Traduction*] « l'établissement de normes en matière de santé en milieu carcéral » (qui comprend les normes professionnelles, éthiques et celles concernant les droits de la personne).

**Turnbull PJ, Dolan K, Stimson G (1993). HIV testing, and the care and treatment of HIV positive people in English prisons. *AIDS Care*, 5(2): 199-206.**

**Van Heerden J (1996). *Prison Health Care in South Africa*. University of Cape Town.**

**Wohl D et coll. (2000). Adherence to directly observed therapy of antiretrovirals in a state prison system [résumé 357]. Dans : *Proceedings of the 38<sup>th</sup> annual meeting of the Infectious Diseases Society of America*. (Philadelphie). Alexandria, VA : Infectious Diseases Society of America.**

Contrairement à Fischl, ci-dessus, Wohl et ses collaborateurs ont démontré qu'il n'y avait pas d'importantes différences dans l'observance, tel qu'elle est mesurée par les couvercles de surveillance électronique, entre l'automédication et le TOD.

**Wohl D et coll. (2003). Observance du traitement antirétroviral sous observation directe chez les détenus infectés par le virus de l'immunodéficience humaine *Clin Infect Dis*, 36: 1572-1576.**

Les auteurs ont effectué une évaluation prospective de l'observance du traitement antirétroviral chez 31 personnes incarcérées séropositives pour le VIH qui recevaient des antirétroviraux par l'entremise du TOD. Ils ont mesuré l'observance par l'autoévaluation, le décompte des médicaments, la méthode des couvercles de surveillance électronique et dans le cas du TOD seulement, les dossiers d'administration des médicaments. Dans l'ensemble, l'observance médiane mesurée par le dénombrement des médicaments était de 90 %; selon la méthode des couvercles de surveillance électronique, elle était de 86 %; et selon l'autoévaluation, elle était de

100 %. Selon la méthode des couvercles de surveillance électronique, l'observance du traitement était de > 90 % chez 32 % des sujets. Dans 91 % des cas, l'observance du traitement, mesurée selon les dossiers d'administration des médicaments, était supérieure à celle qui avait été enregistrée par la méthode des couvercles de surveillance électronique pour les mêmes médicaments administrés par TOD. Les méthodes objectives de mesure ont révélé que l'observance du schéma antirétroviral administré en tout ou en partie par un TOD était inférieure ou égale à 90 % chez plus de la moitié des patients. Les niveaux d'observance du traitement variaient énormément selon les méthodes employées pour les mesurer. Ces conclusions indiquent que le TOD n'assure pas l'observance du traitement antirétroviral.

**Wohl D et coll. (2004). Access to HIV care and antiretroviral therapy following release from prison. 11<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, du 8 au 11 février, résumé 859.**

Chaque année, une personne séropositive pour le VIH sur cinq aux États-Unis passe par un établissement correctionnel. Bien que les soins pour le VIH soient largement disponibles en milieu carcéral, les personnes séropositives pour le VIH qui sont mises en liberté peuvent faire face à des défis en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. De plus, on a observé une augmentation des taux de l'ARN du VIH chez les ex-prisonniers et les ex-prisonnières au cours de leurs périodes de mise en liberté. Wohl et ses collaborateurs ont étudié deux cohortes : ils ont mené des entrevues avec 86 personnes séropositives pour le VIH incarcérées dans une prison d'État dans les 3 mois avant leur mise en liberté et de 30 à 60 jours après la mise en liberté et avec 84 personnes incarcérées séropositives pour le VIH mises en liberté puis réincarcérées (des récidivistes) peu de temps après leur réincarcération. Tous ont été interrogés au sujet de l'accès aux soins du VIH lors qu'on leur a offert lorsqu'elles étaient en liberté. Des 86 sujets interviewés avant leur mise en liberté, 59 % recevaient un traitement antirétroviral. Plus de trois quarts ont convenu qu'après leur mise en liberté, [Traduction] « ils pourront recevoir des soins médicaux chaque fois qu'ils en auront besoin », mais 68 % ont déclaré que [Traduction] « couvrir le coût des visites médicales sera un problème »; 36 % ont indiqué qu'ils [Traduction] « se passeront de soins en raison du coût »; et 26 % ont affirmé qu' [Traduction] « il sera difficile d'obtenir des soins d'urgence ». On a mené des entrevues après la mise en liberté avec 95 % des personnes admissibles (2 sujets sont décédés et 5 ont été réincarcérés peu de temps après la mise en liberté) une moyenne de 36 jours après la mise en liberté. Il y en a 59 % qui ont confié qu'ils avaient consulté un fournisseur de soins de santé. Tous ceux à qui on a prescrit le traitement antirétroviral ont déclaré recevoir des médicaments pour apporter à la maison lors de la mise en liberté (un approvisionnement moyen de 32 jours), mais 15 % n'ont pas suivi de traitement antirétroviral pour > 2 jours depuis la mise en liberté. Parmi les 84 récidivistes, 34 % n'avaient pas eu accès aux soins du VIH lorsqu'ils n'étaient pas en prison; 46 % ont évalué que leur santé était demeurée la même et 28 % croyait qu'elle était pire que lors de leur dernière mise en liberté; 63 % ont suivi un traitement antirétroviral depuis leur mise en liberté, mais 41 % ne recevaient pas de traitement antirétroviral lors de la réincarcération et un tiers des sujets soignés avec le traitement antiviral avaient manqué de médicaments, en moyenne 159 jours après la mise en liberté, pour une moyenne de 203 jours. La moitié avait un travailleur ou une travailleuse en gestion de cas, 54 % croyaient que couvrir les coûts médicaux entre les incarcérations n'était pas chose facile; 39 % ont déclaré qu'ils n'avaient pas reçu de soins en raison du coût; et 26 % ont répondu qu'il était difficile d'obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin. L'étude conclut qu'après la mise en liberté, les ex-prisonnières et les ex-prisonniers séropositifs pour le

VIH ont eu du mal à entretenir les soins du VIH, à continuer le traitement médical et à avoir les moyens de payer pour les soins médicaux. On peut associer cela aux données obtenues des mêmes cohortes qui indiquent des taux élevés des comportements à risque postlibératoires liés à la transmission du VIH. Ces résultats appuient les efforts pour renforcer la continuité des soins du VIH après la mise en liberté au bénéfice de la santé publique et de celle de l'individu.

**Zaitzow BH (1999). Women prisoners and HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 10(6): 78-89.**

L'auteur souligne que les politiques pénitentiaires doivent répondre aux besoins en matière de soins de santé des prisonnières vivant avec le VIH/sida.

## Traitement du VHC

**Allen S et coll. (2003). Treatment of chronic hepatitis C in a state correctional facility. *Annals of Internal Medicine*, 138: 187-191.**

Au Rhode Island, on a traité 93 personnes incarcérées atteintes d'une infection chronique à VHC avec de l'interféron alpha et de la ribavirine. Les taux de réponse étaient semblables à ceux obtenus dans la collectivité que l'on avait publiés précédemment : le virus a été éliminé chez 63 % (50 sur 79) des patients après 6 mois de traitement et 46 % (26 sur 57) ont présenté une réaction soutenue 6 mois après le traitement. Les auteurs ont conclu que la population carcérale (qui est touchée de façon disproportionnée par la toxicomanie et les troubles psychiatriques) peut être traitée efficacement pour une infection par VHC avec de l'interféron et de la ribavirine. Le milieu carcéral peut offrir l'occasion de traiter les patientes et les patients aux prises avec ces deux facteurs difficiles de comorbidité en toute sécurité.

**Centers for Disease Control and Prevention (2003). Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52: RR-1.**

Disponible au [www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5201.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5201.pdf)

**Farley J et coll. (2005). Hepatitis C treatment in a Canadian federal correctional population: Preliminary feasibility and outcomes. *International Journal of Prisoner Health*, 1(1): 13-18.**

L'étude présente les données préliminaires sur le traitement du VHC dans un échantillon de population des pénitenciers fédéraux en Colombie-Britannique en se servant d'une thérapie combinée à base de Pegétron. Les auteurs présentent les résultats de l'ARN du VHC à la semaine 12 du traitement, un bon prédicteur de l'issue du traitement. À la semaine 12, on ne pouvait pas détecter l'ARN du VHC chez un peu plus de quatre cinquièmes (80,8 %) des patients incarcérés; les personnes incarcérées de génotype 2 et 3 ont obtenu de meilleurs résultats que celles de génotype 1. L'étude conclut que [Traduction] « ces résultats préliminaires indiquent que le traitement contre l'infection à VHC est faisable et promet d'être efficace dans nos populations carcérales. » Elle demande aux [Traduction] « décideurs des politiques et des programmes de santé en milieu carcéral du Canada [...] de fournir des ressources [...] d'offrir systématiquement le traitement contre l'infection à VHC dans le système correctionnel comme



une parmi une vaste gamme d'étapes visant à réduire la prévalence du VHC et d'autres fardeaux économiques de la maladie au sein de la population canadienne. »

**Farley J et coll. (2005). Feasibility and Outcome of HCV Treatment in a Canadian Federal Prison Population. *Am J Public Health*, 95: 1737-1739.**

**Hammett T (2003). Adopting more systematic approaches to hepatitis C treatment in correctional facilities. *Annals of Internal Medicine*, 138: 235-236.**

**Macalino G et coll. (2004). Hepatitis C and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy*, 15; 103-114.**

**Macalino G, Dhawan D, Rich JD (2005). A Missed Opportunity: Hepatitis C Screening of Prisoners. *Am J Public Health*, 95: 1739-1740.**

En 2003, les Centers for Disease Control and Prevention ont rédigé des recommandations visant à dépister l'hépatite C chez toutes les personnes incarcérées qui avaient des antécédents d'usage de drogues injectables ou d'autres facteurs risque pour le virus. Les auteurs ont comparé les facteurs de risque pour l'hépatite C avec l'état sérologique des personnes incarcérées dans le Department of Corrections [Service correctionnel] du Rhode Island. De tous les détenus de sexe masculin qui étaient séropositifs pour l'hépatite C, 66 % n'ont pas signalé l'usage de drogues injectables. Le dépistage fondé sur l'évaluation des risques sous-estime la prévalence du virus de l'hépatite C en milieu carcéral et limite les chances de diagnostiquer les infections par le virus de l'hépatite C et de les prévenir.

**Paris P et coll. (2005). Cost of hepatitis C treatment in the correctional setting. *Journal of Correctional Health Care*, 11(2).**

Trente-quatre pour cent des personnes incarcérées sont infectées par l'hépatite C. Il existe des variables significatives qui influent sur le coût de la gestion des soins thérapeutiques. Cet article donne une estimation des effets de ces variables et de la fourchette des coûts. On a attribué des données représentatives des systèmes correctionnels ayant divers protocoles de gestion de l'hépatite C à chaque variable pour estimer le coût du programme. Selon la prévalence, que la vaccination soit comprise ou non, et les étapes de la biopsie qui sont traitées, les coûts de la gestion d'une population hypothétique de 3 000 personnes incarcérées étaient très variables : de 646 768 \$ à 2 706 740 \$ du diagnostic à la fin de l'évaluation ou du traitement.

**Reindollar RW (1999). Hepatitis C and the correctional population. *American Journal of Medicine*, 107(6B): 100S-103S.**

**Skipper C et coll. (2003). Evaluation of a prison outreach clinic for the diagnosis and prevention of hepatitis C: implications for the national strategy. *Gut*, 52: 1500-1504.**

**Sterling R et coll. (2004). Treatment of chronic hepatitis C virus in the Virginia Department of Corrections: Can compliance overcome racial differences to response? *American Journal of Gastroenterology*, 99: 866-871.**

## Hébergement des personnes incarcérées séropositives pour le VIH

**Service correctionnel du Canada (1994). *Le VIH/sida en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.**

De la page 37 à 41, on analyse la question à savoir si les personnes incarcérées qui sont séropositives pour le VIH devraient être hébergées à l'écart de la population carcérale générale. On y recommande que les personnes incarcérées infectées par VIH ou atteintes du sida devraient être logées avec la population générale et devraient avoir la possibilité de participer aux mêmes programmes éducatifs, professionnels et de formation que toutes les autres personnes incarcérées.

**Lines, R. (1997/98). Contre la ségrégation en unité de soins « spécialisés ». *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 3(4)/4(1) : 30-32.**

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Hiver9798/25LINES2F.html>

**Patterson, S. et coll. (2000). Drug-susceptible Tb outbreak in a state correctional facility housing HIV-infected inmates – Caroline du Sud, 1999-2000. *Morbidity and Mortality Weekly Review*, 49(46): 1041-1044.**

La ségrégation des personnes séropositives pour le VIH incarcérées dans une prison de la Caroline du Sud a contribué à l'écllosion d'une épidémie de tuberculose où 71 % des personnes incarcérées résidant dans le même espace de logement ont connu soit un nouveau virage de leur cuti-réaction tuberculique, soit ont développé la tuberculose. Trente et un prisonniers et un étudiant en médecine de l'hôpital communautaire ont développé subséquemment une tuberculose active.

**Spaulding, A. et coll. (2002). Human immunodeficiency virus in correctional facilities: a review. *Clinical Infectious Diseases* 35: 305-312.**

On affirme que certains établissements correctionnels essaient d'isoler les personnes incarcérées séropositives pour le VIH afin de « circonscire l'épidémie » – le personnel des services correctionnels pourrait savoir « de faire plus attention » avec certaines personnes. Selon Spaulding et ses collaborateurs, cette approche ne tiendra pas compte des personnes en phase de séroconversion qui sont dans la « fenêtre sérologique » (c.-à-d., la période après l'infection et avant qu'il soit possible de détecter les anticorps par les méthodes actuelles de dépistage). Les syndicats d'agents des services correctionnels de plusieurs pays ont exercé des pressions pour la divulgation du statut des personnes incarcérées quant au VIH. Cependant le fait de ne pas respecter les précautions universelles lors d'interactions avec les personnes incarcérées séronégatives pour le VIH peut accroître le risque d'exposition professionnelle à l'hépatite B et C aussi bien qu'à la primo-infection à VIH en donnant un faux sentiment de sécurité.

# Libérations compatissantes, planification des libérations et aide postpénale

## Libérations compatissantes

**Anonyme (1995). Zambia releases prisoners with HIV. *AIDS Analysis Africa*, 5(5): 1.**

L'article rapporte qu'un porte-parole des services pénitenciers de Zambie a dit que les personnes incarcérées atteintes du sida sont libérées à cause de la propagation du VIH dans les prisons. La loi zambienne autorise la libération des personnes incarcérées qui sont en phase terminale d'une maladie. Un examen médical est requis avant l'admission dans les prisons. Si on détecte le sida, les autorités carcérales recommandent la mise en liberté. En 1995, dix de ces personnes ont été libérées. Le nombre exact de personnes incarcérées atteintes du sida n'est pas connu mais on pense qu'il est très élevé.

**Meerkotter A, Gernholtz L. (2004). Submission on the early release of prisoners with HIV/AIDS to the Jali Commission. Johannesburg : AIDS Law Project and Treatment Action Campaign.**

Disponible au [www.alp.org.za/](http://www.alp.org.za/)

## Planification des libérations et aide postpénale

**Arlene T et coll. (2005). The potential use of directly observed therapy (DOT) for the treatment of HIV-positive individuals being released from prison. *Journal of Correctional Health Care*, 11(2).**

Les personnes séropositives pour le VIH qui sont libérées de prison peuvent éprouver des difficultés à adhérer à un traitement antirétroviral très actif (TARTA), d'où la nécessité de programmes pour améliorer l'observance de la médication. Cette étude a exploré l'acceptabilité perçue de la thérapie d'observation directe (TOD) auprès de 25 personnes séropositives pour le VIH ayant des antécédents d'incarcération. Les sujets de l'étude ont été recrutés dans une clinique VIH d'un hôpital urbain et ont répondu à un questionnaire qu'un interviewer leur a distribué. Quarante-deux pour cent pensaient que la TOD pourrait les aider d'une certaine façon et 76 % envisageraient la participation à un programme TOD. Les obstacles potentiels à la TOD comprenaient la fréquence des visites et le lieu des rencontres.

**Babaei A, Afshar P. (sans date). A study of the effects of after-care services on drug demand of drug users after leaving prison and their return rate. Téhéran, Iran : article dans les dossiers de l'auteur, non publié.**

Ce document résume les résultats d'un projet d'aide postpénale entrepris à la prison centrale de Mashhad, en Iran. Le projet avait pour objectif d'étudier les effets de l'aide postpénale sur la demande de drogue et sur le récidivisme de celles qui font usage de drogues. L'étude a indiqué un effet positif à la fois sur la demande de drogues et sur le récidivisme.

**Braithwaite R et coll. (2003). Correction demonstration project: improving continuity of care for HIV-infected offenders returning to the community. Présentation à la 131<sup>e</sup> réunion annuelle de l'APHA (Association américaine de santé publique), 15-19 novembre 2003 (résumé n° 64376).**

Le projet de démonstration en milieu carcéral a été financé par les Centers for Disease Control and Prevention et la Health Resources and Services Administration pour soutenir des projets de démonstration au sein des établissements correctionnels et de la collectivité. Ces projets mettent en place des services complets sur le plan médical, social et de la santé mentale pour les personnes incarcérées infectées par VIH et celles qui sont à risque de contracter le VIH/sida. Plus précisément, On a financé une ville et six départements d'État de la santé publique pour offrir une planification de libération améliorée et des services communautaires de gestion du cas aux personnes incarcérées qui réintègrent la collectivité. Les fonds ont servi au soutien d'un programme et d'une évaluation pour coordonner l'ébauche d'une évaluation inter-sites scientifiquement valable de ces projets basés sur des outils communs. On a divisé l'évaluation quantitative en deux parties : rassembler la collecte des données pour mesurer le volume de services fournis dans toutes les composantes du programme; et une évaluation longitudinale, en ce qui concerne le client, de la planification de libération et de l'intervention communautaire de la gestion du cas seulement. Cette présentation décrivait l'utilisation autodéclarée des clients ou des clientes quant aux services de soins médicaux et en santé mentale, ainsi qu'au traitement pour l'alcoolisme et la toxicomanie pendant les six premiers mois suivant la mise en liberté, comparativement à leur utilisation de ces services avant l'incarcération.

**Burrows J et coll. (2000). The nature and effectiveness of drugs throughcare for released prisoners. Londres : Home Office Research, Development and Statistics Directorate (Résultats de recherche n° 109).**

Disponible au <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/rf2000.html>

Les auteurs ont entrepris une étude sur la nature des soins complets en toxicomanie chez des personnes incarcérées extrêmement dépendantes de la drogue qui étaient admissibles au traitement en prison. (Les soins complets en toxicomanie se rapportent au traitement et au soutien offerts aux personnes incarcérées qui font la transition de la prison à la collectivité). La plupart des personnes avaient connu des problèmes de drogues avant l'emprisonnement. À la moitié, on a offert de l'aide pour obtenir un traitement sur libération, mais seulement 11 % ont fixé un rendez-vous avec un organisme spécialisé en toxicomanie. L'étude indique que si le traitement n'est pas continué dans la collectivité, les contrevenants et les contrevenantes sont susceptibles de récidiver et donc de revenir au crime et à la prison. Quatre mois après leur libération, 86 % ont déclaré qu'ils avaient consommé une forme quelconque de drogue. Environ la moitié prenait de l'héroïne quotidiennement. L'étude fait des recommandations sur la façon d'améliorer les soins complets.

**Costall P (1999). *After-Care for Drug Using Prisoners in London. A report prepared for the Baring Foundation.* Londres, RU : Cranstoun Drug Services.**

**De Leon G et coll. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (1): 33-46.**

Les recherches actuelles concluent que la participation à l'aide postpénale suivant la libération est essentielle à l'efficacité du traitement de la communauté thérapeutique (CT) carcérale. Cette

conclusion rend impérative la compréhension des facteurs qui détermineront si le client ou la cliente poursuivra le traitement en prison et particulièrement l'aide postpénale après l'emprisonnement. Cependant, il existe actuellement peu de données quant aux prédicteurs que le client ou la cliente recherchera et continuera en CT en prison ou aura recours à l'aide postpénale suivant sa libération. Dans la présente étude, on a obtenu des liens significatifs entre la motivation initiale, la persistance, l'aide postpénale et les résultats dans un échantillon d'abuseurs de drogues traités dans un programme de CT carcéral. On parle des implications quant à la théorie, à la recherche et aux lignes directrices liées au traitement.

**Flanigan TP et coll. (1996). A prison release program for HIV-positive women: linking them to health services and community follow-up. *American Journal of Public Health*, 86: 886-88.**

Une bonne planification des sorties, commencée bien avant la mise en liberté, a réduit le taux de récidivisme à 12 mois de 39 % à 17 % chez les femmes séropositives pour le VIH de Rhode Island.

**Fox A. (2000). Prisoners' Aftercare in Europe: A Four-Country Study. Londres : The European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison (ENDHASP), Cranstoun Drug Services.**

Le but de l'étude est de déterminer et de décrire des exemples des meilleures méthodes pour l'aide postpénale en Autriche, en Suède, aux Pays-Bas et en Écosse.

**Freudenberg N et coll. (2005). Coming Home From Jail: The Social and Health Consequences of Community Reentry for Women, Male Adolescents, and Their Families and Communities. *Am J Public Health*, 95: 1725-1736.**

Chaque année, plus de dix millions de personnes entrent en maison de détention aux États-Unis, la plupart retournant chez elles en l'espace de quelques semaines. Comme les maisons de détention regroupent des personnes atteintes de maladies chroniques et infectieuses, de dépendance aux drogues, de problèmes mentaux, et que les règlements de réintégration souvent aggravent ces problèmes, les expériences des personnes qui quittent la maison de détention peuvent contribuer à des iniquités en matière de santé dans les communautés à faible revenu où elles retournent. Cette étude des expériences pendant l'année suivant le retour à la maison de 491 adolescents de sexe masculin et de 476 femmes adultes libérés des maisons de détention de la ville de New York indique que ces deux populations ont un taux d'emploi et des revenus peu élevés ainsi que des taux de réarrestation élevés. Seulement un petit nombre a reçu des services en prison. Cependant, l'usage de drogues et les activités illégales en général ont diminué de façon significative dans l'année suivant la libération. Le fait d'avoir un emploi et l'assurance santé après la libération était associé à des taux plus bas de réarrestation et d'usage de drogues. Les règlements publics sur l'emploi, le traitement pour la dépendance aux drogues, le logement et les soins de santé ont souvent empêché une réintégration réussie des personnes libérées des maisons de détention dans la société, ce qui suggère le besoin de nouvelles politiques favorisant le succès de la réintégration dans la société.

**Grinstead O et coll. (1999). Reducing post-release HIV risk among male prison inmates: a peer-led intervention. *Criminal Justice and Behavior*, 26: 453-465.**

L'article décrit le comportement à risque pour le VIH des hommes libérés de prison et vérifie l'efficacité d'une intervention de prévention du VIH menée par les pairs avant la libération et visant à diminuer le comportement à risque pour le VIH post-libération. On a recruté des détenus au cours des deux semaines précédant leur libération afin d'évaluer une intervention pré-libération de prévention du VIH. En tout, 414 sujets ont été répartis au hasard entre un groupe d'intervention et un groupe de comparaison. L'intervention consistait en une séance individuelle avec un éducateur qui était un pair détenu. Tous les sujets répondaient à un sondage initial direct. On indiquait des taux élevés de comportement à risque pré-incarcération. On a effectué des sondages de suivi par téléphone avec 43 % des sujets. Les résultats appuient l'efficacité d'une intervention pré-libération. Les sujets ayant reçu l'intervention étaient significativement plus susceptibles d'utiliser un condom la première fois qu'ils avaient un rapport sexuel après leur libération de la prison et moins susceptibles de consommer ou de s'injecter des drogues, ou encore de partager des aiguilles, pendant les deux premières semaines après leur libération de la prison. On parle des implications pour la création, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de prévention du VIH dans les prisons.

**Grinstead O, Zack B, Faigekes B. (2001). Reducing post-release risk behaviour among HIV seropositive prison inmates: the health promotion program. *AIDS Education and Prevention*, 13: 109-119.**

Les auteurs ont élaboré une intervention pré-libération de huit séances pour les prisonniers séropositifs pour le VIH afin de diminuer le comportement à risque lié au sexe et aux drogues et pour accroître l'utilisation des ressources communautaires après la mise en liberté. Les séances d'intervention étaient données à la prison par des fournisseurs de services communautaires. Les auteurs ont trouvé qu'une intervention pré-libération de réduction du risque pour les détenus séropositifs pour le VIH était faisable. Des résultats descriptifs appuient l'efficacité du programme pour ce qui est de réduire les comportements à risque liés au sexe et aux drogues et d'augmenter l'utilisation des ressources communautaires après la libération. Comparés avec les hommes qui se sont inscrits pour l'intervention mais qui n'ont pu y assister, ceux qui ont reçu l'intervention rapportaient une plus grande utilisation des ressources communautaires et une diminution du comportement à risque lié au sexe et aux drogues durant les mois suivant la libération.

**Hennebel L, Fowler V, Costall P. ENDSP 2002 Research Project: Supporting Families of Drug-Dependent Offenders. *Connections* 2003; 13: 5-6.**

Disponible au <http://www.ceendsp.net/?pid=6>.

Le but de la recherche était d'examiner les services de soutien offerts aux familles des personnes incarcérées toxicomanes en Belgique, aux Pays-Bas, en République tchèque et en Grande Bretagne. Les objectifs spécifiques étaient d'explorer quels sont les services de soutien actuellement offerts aux familles de ces personnes toxicomanes et ceux qu'elles reçoivent; quels genres de soutien les personnes incarcérées toxicomanes et leurs familles apprécient et veulent; et les effets signalés du soutien familial sur ces personnes toxicomanes. Les familles, les personnes incarcérées et les prestataires de services interrogés ont indiqué qu'un soutien particulier devrait être offert aux personnes incarcérées et à leurs familles au cours des trois périodes d'emprisonnement : l'arrestation et les premiers mois d'incarcération; l'emprisonnement; et la libération. L'étude fait plusieurs recommandations.

**Hiller ML, Knight K, Simpson DD. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94 (6): 833-842.**

L'étude a examiné les effets de l'aide postpénale en établissement sur le récidivisme suite au traitement reçu en prison pour les personnes délinquantes ayant des antécédents d'usage de drogues. Elle a conclu que le traitement en communauté thérapeutique, surtout lorsqu'il est suivi d'une postcure en établissement, est efficace pour ce qui est de réduire les taux de récidivisme post-libération. La politique sur le traitement en milieu carcéral devrait mettre l'accent sur la continuité d'un modèle de soins (de l'institution à la collectivité) avec des programmes et des services de haute qualité.

**Jarvis LA, Beale B, Martin K. (2000). A client centered model : discharge planning in juvenile justice centers. *School of Health and Nursing, University of Western Sydney*, 47(3): 184-90.**

**Jouven C. (1995).**

**The antennes toxicomanies and the quartier intermédiaire sortants. *Rapport du deuxième séminaire du Réseau européen de services aux détenus usagers de drogue. Prisoners Resource Service : Londres, à 20.***

En 1985, le ministère de la Santé et des Affaires sociales a établi le programme Antenne Toxicomanie à la prison de Fresnes. Subséquemment, 18 autres antennes ont été instaurées en France. Puis en 1992, on a créé un programme pré-libération à Fresnes, le Quartier Intermédiaire Sortants (QIS). Depuis plusieurs années les usagers et les usagères de drogues arrivent en prison dans un état de plus en plus mauvais, en ce qui a trait à la santé (40 % des participantes et des participants au QIS sont séropositifs pour le VIH) et aux problèmes sociaux et psychologiques. La vie en dehors de la prison est devenue si terrible pour la majorité de ces personnes que la libération est souvent plus stressante que l'entrée en prison. Le taux de récidivisme a donc augmenté. Le QIS garde dix personnes pendant les quatre semaines précédant leur libération. Quatre-vingts pour cent des participants et des participantes font usage de drogues. Les quatre semaines sont consacrées aux questions touchant respectivement la santé, la famille, la psychologie et la psychiatrie, ainsi que la capacité à être seul. Les participants et les participantes travaillent en groupes avec des travailleurs et des travailleuses de l'extérieur de la prison et pratiquent des sports l'après-midi. Dans ce programme nous redonnons aux participants et aux participantes un sentiment d'être des citoyens et des citoyennes à part entière qui possèdent des droits fondamentaux (au logement, à l'insertion sociale, à l'information, à la liberté d'expression et à la différence). Dans l'ensemble, ce programme a eu des résultats positifs. Quatre-vingts pour cent de ceux et celles qui quittent le QIS ont suivi les plans établis à leur intention et 50 % de ceux et celles qui avaient l'habitude de retourner en prison dans les six mois suivant leur libération n'y sont pas revenus. Le programme QIS va être introduit dans d'autres prisons françaises.

**Kennedy SS et coll. (2004). Improving access to and utilization of health and social services for HIV-infected jail and prison releasees: evaluation results from the Corrections Demonstration Project funded by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and Health Resources and Services Administration (HRSA). *Quinzième conférence internationale sur le sida (Présentation par affiches, résumé n°. ThPeE7996).***

Le Corrections Demonstration Project [projet de démonstration en milieu carcéral] étend les services liés au VIH aux personnes incarcérées et celles libérées des établissements carcéraux. Entre février 2000 et septembre 2003, six États ont servi 1 944 personnes en prison et 3 335 personnes en maison de détention. Quarante-neuf pour cent des clients et des clientes de prison et 54 % de ceux et celles de maison de détention ont été libérés et servis dans la collectivité. Environ 20 % ont participé à l'évaluation. Les personnes libérées de prison (n=247) étaient significativement plus susceptibles de voir un fournisseur de soins pour le VIH (p=0,0001), de prendre un médicament pour le VIH (p=0,0001) ou de traiter leur dépendance aux drogues et à l'alcool (p=0,02) durant le mois suivant leur libération plutôt qu'avant leur arrestation. L'étude a conclu que la planification de la libération peut aider les clients et les clientes des prisons à connaître et à utiliser les services communautaires auxquels ils ne pourraient pas accéder autrement. Par contre, les personnes libérées de maison de détention (n=237) étaient moins susceptibles d'avoir recours aux services dans le mois suivant la libération que dans les six mois précédant l'arrestation. Les personnes en maison de détention peuvent avoir été soignées dans leur milieu de vie plus récemment et les soins prodigués pendant leur court séjour en maison de détention ont peut-être fait qu'il était inutile pour eux d'en rechercher tout de suite après leur libération. L'étude recommande que les organismes de santé publique, les organismes non gouvernementaux (ONG), les maisons de détention et les prisons développent des programmes de transition pour fournir aux personnes incarcérées séropositives pour le VIH une gestion du cas intensive avant et après la libération pour améliorer l'accès aux services. Ces programmes devraient être conçus pour répondre aux divers besoins post-libération des clients des maisons de détention et des prisons.

**Kim JY et coll. (1997). Successful community follow-up and reduced recidivism of HIV positive women prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, 4: 1-9.**

**Klein SJ et coll. (2002). Building an HIV continuum for inmates: New York State's Justice Initiative. *AIDS Education and Prevention*, 14(5 Supp: HIV/AIDS in Correctional Settings) : 114-123.**

On reconnaît les avantages d'une collaboration entre la santé publique, le système correctionnel et les organisations communautaires afin de répondre aux besoins de prévention du VIH des personnes incarcérées. Chaque année, plus de 100 000 personnes incarcérées, dont la plupart ont des antécédents qui les rendent à risque d'être infectés par VIH, passent par le système correctionnel de l'État de New York. Le New York State (NSY) Department of Health AIDS Institute, le NYS Department of Correctional Services, le NYS Division of Parole, et un réseau d'organismes communautaires à la grandeur de l'État, collaborent pour répondre aux besoins de services de soutien et de prévention du VIH des personnes incarcérées, et de celles qui sont en liberté conditionnelle, à l'aide d'une continuité d'interventions et de services. Cet article décrit l'évolution de la prévention, des services de soutien, et du continuum de la planification transitionnelle. Il identifie les obstacles à la prestation des services, décrit les approches pour les surmonter, parle des moyens de répondre aux besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités des organismes communautaires. Il identifie les défis qui restent à relever et fournit des conseils pratiques à partir de l'expérience de l'État de New York.



**Lanier M, Paoline E. (2005). Expressed needs and behavioral risk factors of HIV-positive inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(5): 561-573.**

Cette étude pilote compare les besoins des prisonnières et des prisonniers séropositifs pour le VIH dans des maisons de détention. Étonnamment, les résultats illustrent peu de différences entre les hommes et les femmes quant à leurs besoins liés au VIH. *Le premier besoin identifié, à la fois par les hommes et les femmes, était le logement après la libération.* De façon quelque peu inattendue, le traitement et les soins pour le VIH arrivaient en bas de liste. On parle des implications de ces résultats.

**Loingsigh O. (2004). Getting Out, Staying Out. The experiences of prisoners upon release. Dublin: Community Technical Aid, 2004.**

[www.expac.ie/textfiles/Get.pdf](http://www.expac.ie/textfiles/Get.pdf)

Dans cet ouvrage, on parle de l'éventail des problèmes qui se présentent aux personnes incarcérées lors de leur libération (y compris les problèmes liés à l'usage des drogues et aux questions de santé comme l'infection à VIH et à VHC). On recommande la mise en place d'un système adéquat d'information et d'orientation appropriée vers divers organismes et formes de soutien auquel les personnes incarcérées peuvent avoir recours lors de leur mise en liberté.

**Martin S et coll. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: from prison to work release to aftercare. *Prison Journal*, 79(3): 294-320.**

**Myers J et coll. (2005). Get connected: an HIV prevention case management program for men and women leaving California prisons. *Am J Public Health*, 95: 1682-1684.**

Les personnes qui sortent de prison font face à des défis lorsqu'elles essaient de vivre de façon saine dans la collectivité, y compris les occasions d'adopter des comportements à risque de transmission du VIH. La gestion des cas pour la prévention du VIH (GCP) peut faciliter la liaison avec les services qui, à leur tour, peuvent aider à éliminer les barrières à un comportement sain. Dans le cadre d'un projet de démonstration financé par le fédéral, l'organisation communautaire Centerforce a fourni cinq mois de GCP à des personnes sortant de trois prisons d'État de la Californie. On a mesuré les effets du programme en évaluant les changements dans les comportements à risque, l'accès aux services, la réincarcération et la terminaison du programme. Même si, à cause des taux de réponse, on ne peut pas tirer des conclusions définitives, les comportements à risque de transmission du VIH ont diminué. Ceux et celles qui recevaient des services de santé complets, peu importe leur race, leur âge ou leur genre, étaient plus susceptibles de terminer le programme. La GCP semble favoriser des comportements sains chez les personnes qui sortent de prison.

**Pratt L, et coll. (1995). Discharge planning needs of incarcerated women living with HIV. *Conférence sur les femmes infectées par le VIH*, S14.**

Les prisonnières vivant avec le VIH sont réincarcérées à plusieurs reprises malgré une planification de libération individuelle avec leur prestataire de soins de santé et avec leur conseiller en planification de libération. Les auteurs ont analysé les raisons pour lesquelles la planification de la libération, qui comprend la liaison avec les programmes de traitement en toxicomanie, les programmes de logement et le suivi médical, peut échouer pour ce qui de

répondre aux besoins des femmes séropositives pour le VIH. Ils ont interrogé 29 femmes séropositives pour le VIH qui allaient bientôt être libérées de prison. Vingt-sept (93 %) ont répondu qu'elles avaient prévu suivre un traitement de la toxicomanie après leur libération. Huit (28 %) de ces femmes prévoyaient résider dans un centre d'hébergement offrant des soins aux toxicomanes, 4 (14 %) prévoyaient de vivre dans leur propre appartement et 17 (58 %) étaient incapables de déterminer un arrangement pour vivre de façon indépendante. Huit (28 %) des femmes ne pouvaient nommer aucune personne sur laquelle elles seraient capables de compter pour un soutien affectif après leur libération. Enfin, 16 (55 %) n'avaient rien planifié quant au suivi médical post-libératoire. Les auteurs présenteront des données sur le récidivisme et sur la réussite de la liaison avec les services après la libération, à partir d'entrevues de suivi réalisées six mois après la mise en liberté de chaque femme.

**Rich JD et coll. (2001). Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health*, 78 : 279-289.**

Project Bridge est un projet de démonstration financé par le fédéral qui fournit une gestion des cas intensive pour les ex-délinquantes et les ex-délinquants séropositifs pour le VIH qui sortent de la prison d'État de Rhode Island et qui réintègrent la collectivité. Le programme est fondé sur la collaboration entre le personnel en travail social et celui en soins médicaux qui ont des bureaux communs. Le but premier du projet est d'accroître la continuité des soins médicaux par la stabilisation sociale; il suit une philosophie de réduction des méfaits en traitant la toxicomanie. On fournit aux participantes et aux participants au programme de l'aide pour accéder à un éventail de services sociaux et médicaux. Le plan de traitement peut comprendre les étapes suivantes : triage des personnes atteintes de maladies mentales et orientation, évaluation de la toxicomanie et traitement, rendez-vous pour traiter l'infection à VIH et d'autres problèmes médicaux, et acheminement vers l'aide des programmes communautaires qui traitent des besoins de survie fondamentaux. Pendant les trois premières années de ce programme, on a recruté 97 personnes délinquantes. Quatre-vingts pour cent de ces personnes ont indiqué qu'elles avaient fait usage de drogues injectables. On en a suivi 90 % pendant 18 mois, 7 % ont déménagé à l'extérieur de l'état ou sont décédées, et on a perdu la trace de 3 % d'entre elles. Quarante-huit pour cent ont été réincarcérées au moins une fois. Parmi celles qui exprimaient le besoin d'être soignée, 75 % furent liées à des soins médicaux spécialisés de la collectivité, et 100 % ont reçu des services médicaux liés au VIH. L'article conclut que Project Bridge a démontré qu'il est possible pour les ex-délinquantes et les ex-délinquants séropositifs pour le VIH de maintenir les soins médicaux si on leur fournit des services continus de gestion des cas suite à leur libération. Les ex-délinquantes et les ex-délinquantes obtiendront des soins de santé liés au VIH à leur sortie de prison lorsqu'on leur procurera le soutien nécessaire.

**Richie BE, Freudenberg N., Page J. (2001). Reintegrating women leaving jail into urban communities: a description of a model program. *Journal of Urban Health*, 78: 290-303.**

Les femmes constituent la population à plus forte croissance dans le système de justice pénal, et les maisons de détention ont affaire à un plus grand nombre de personnes que n'importe quelle autre composante du système correctionnel. Environ un million de femmes passent par une maison de détention aux États-Unis chaque année. La plupart retournent à leurs communautés en l'espace de quelques semaines suivant leur arrestation et peu reçoivent de l'aide pour traiter la toxicomanie et les problèmes de santé, psychologiques ou sociaux qui ont contribué à leur incarcération. Les auteurs décrivent un programme type, Health Link, conçu pour aider les

usagères de drogues en maison de détention de la ville de New York à retourner dans leur communautés, à réduire l'usage des drogues et les comportements à risque d'infection par VIH, et d'éviter la réarrestation. Le programme comporte quatre volets : les services directs, y compris la gestion des cas individualisée dans la maison de détention et pendant un an après la libération; l'aide technique, la formation et le soutien financier aux fournisseurs de services communautaires qui servent les ex-délinquantes; le soutien du personnel pour un réseau de fournisseurs de services locaux qui coordonnent les services et demandes des ressources; et l'analyse et la défense des politiques pour identifier et réduire les obstacles à une réintégration réussie dans la collectivité des femmes libérées des maisons de détention. Les auteurs décrivent les caractéristiques de 386 femmes recrutées dans le programme Health Link en 1997 et 1998; définissent les composantes de cette intervention; et évaluent les leçons tirées de dix ans d'expérience de travail avec des femmes en maison de détention.

**Roberts CA et coll. (2002). Discharge planning and continuity of care for HIV-infected prison inmates in the U.S.: a survey of ten states. La XIV<sup>e</sup> conférence internationale sur le sida, résumé no. MoPeE3794 (Présentation par affiches).**

Cette étude examine les principes directeurs et les pratiques de planification des libérations pour les personnes incarcérées séropositives pour le VIH dans dix États. Elle expose les grandes lignes des questions politiques, organisationnelles et opérationnelles ainsi que des stratégies réussies. Elle a trouvé que la plupart des systèmes carcéraux offraient aux personnes incarcérées séropositives pour le VIH des services de planification des libérations, mais l'étendue et la disponibilité des services variaient grandement. Les leçons tirées pour la conception du programme comprennent : l'affectation de personnel à la planification pré-libération; des arrangements pour obtenir la collaboration du département de la santé publique de l'État et la surveillance de la continuité des soins; et l'établissement d'une collaboration avec des organisations communautaires (OC) qui rencontrent les personnes incarcérées avant leur libération et assurent un suivi dans la collectivité. L'étude conclut que la collaboration entre le service correctionnel, la santé publique, et les OC est une stratégie efficace pour faciliter la continuité des services sociaux et médicaux des personnes incarcérées qui sont en transition. Le plan de libération devrait couvrir la continuité des soins, les médicaments et les liens avec la gestion du cas, le logement, les avantages sociaux, ainsi que le traitement en santé mentale et pour la toxicomanie.

**Skolnick AA (1998). Correctional and community health care collaborations. *Journal of the American Medical Association*, 279: 98-99.**

Une bonne planification de la libération, commencée bien avant la sortie de prison, réduit le taux de récidivisme à 2 ans de 72 % à 49 % pour une cohorte d'une maison de détention au Massachusetts.

**Vigilante KC et coll. (1999). Reduction in recidivism of incarcerated women through primary care peer counseling and discharge planning. *Journal of Women's Health*, 8: 409-415.**

Non seulement la planification des libérations et la liaison avec l'aide postpénale dans la communauté maintiennent une continuité des soins médicaux mais elles facilitent aussi les efforts de prévention secondaires actuels et peuvent réduire le récidivisme.

**Wolitski RJ et le Project START Study Group (2004). Project START reduces HIV risk among prisoners after release. La XVe conférence internationale sur le sida, 2004 (résumé oral no. WeOrC1296).**

On a recruté des jeunes hommes (âgés de 18 à 29 ans) dans les prisons de quatre États aux États-Unis et les ont répartis systématiquement soit dans un groupe à intervention d'une seule séance pré-libératoire (ISS), soit dans un groupe à intervention améliorée (IA). L'IA comportait deux séances pré-libératoires, quatre séances post-libératoires (réparties sur 12 semaines), et des séances facultatives adaptées aux besoins du participant. Dans les deux cas (ISS et IA), les interventions concernaient le VIH, les MTS et l'hépatite; l'IA traitait aussi des questions de réintégration comme le logement et l'emploi. On faisait des entrevues avant l'intervention, ainsi qu'à 1 semaine, 12 semaines, et 24 semaines après la mise en liberté. On a retenu 522 hommes (âge M = 23 ans, écart type = 2,7) comme sujets d'analyse au début de l'essai clinique. Les taux de suivi variaient de 79 % to 86 %. Quatre-vingt-six pour cent des hommes de l'IA et 89 % de ceux de l'ISS (RC = 0,78, IC à 95 % = 0,46, 1,32) ont indiqué qu'ils avaient eu des rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés au cours des 90 jours précédant l'incarcération. Au suivi, on n'a pas observé de différence significative des rapports sexuels vaginaux ou anaux avant qu'on ait donné toutes les séances de l'IA (69 % IA vs 77 %, SSI à 12 semaines, RC = 0,55, IC = 0,26, 1,16), mais il existait une différence marquée à 24 semaines (68 % IA vs 78 % ISS, RC = 0,40, IC = 0,18, 0,87). On n'a observé aucune différence entre sites dans l'effet du traitement. Le projet START démontre la faisabilité d'une intervention qui fait le lien entre l'incarcération et la réintégration dans la collectivité. L'IA a mené à une réduction significative dans les rapports sexuels vaginaux et anaux non protégés chez les prisonniers, ce qui les mettait à l'abri ainsi que leurs partenaires du VIH et des MTS.

**Zack B et coll. (2004). Housing is associated with better outcomes among individuals transitioning from prison setting to the community. La XVe conférence internationale sur le sida, résumé no ThPeC7478 (Présentation par affiches).**

On a mené cette étude pour voir si une intervention intensive de gestion des cas offerte dans le cadre d'un projet de démonstration des États-Unis par l'ONG Centerforce a réussi à favoriser des comportements sains. Les auteurs ont fait des recherches pour voir si l'on réduisait le risque de VIH et le retour en prison en fournissant un éventail de services sociaux, y compris le counseling en prévention du VIH. Les personnes ont été recrutées deux mois avant leur libération dans trois prisons de Californie et ont reçu cinq mois de gestion intensive des cas (pré- et post-libération). Les auteurs ont évalué les changements dans les comportements à risque liés au VIH, l'état de santé, l'obtention d'un éventail de services sociaux et le retour en prison ou en maison de détention au moyen de deux entrevues effectuées à la première et à la dixième semaine après la libération et de rapports des gestionnaires des cas. Ils ont comparé les comportements de 53 hommes et de 35 femmes avant leur incarcération à leurs comportements post-libératoires. Ils ont trouvé que le fait d'obtenir un logement, de participer à la formation professionnelle et de recevoir un traitement médical étaient indépendamment associés au fait de rester dans le programme ( $p < .05$ ). Le logement était aussi associé avec une probabilité plus basse de retour dans un établissement correctionnel ( $p < .05$ ). Le fait de recevoir du counseling de prévention n'était pas indépendamment associé avec une diminution des comportements à risque. Cependant, les personnes qui participaient au programme ont signalé une réduction importante de l'usage des drogues et de l'alcool et des risques liés à l'activité sexuelle pendant qu'elles

participaient au programme. Les auteurs ont conclu que participer à un programme intensif de gestion des cas semble faciliter les comportements sains chez les personnes qui font la transition du milieu carcéral à la collectivité. Le fait d'obtenir un logement en particulier est associé à de meilleurs résultats pour la santé de cette population.

**Zurhold H, Stöver H, Haasen C. (2004). *Female drug users in European Prisons – best practice for relapse prevention and reintegration*. Hambourg : Centre for Interdisciplinary Addiction Research, Université de Hambourg.**

Résumé disponible à [www.zis-hamburg.de/Female\\_prisoners\\_executive\\_summary\\_2004.pdf](http://www.zis-hamburg.de/Female_prisoners_executive_summary_2004.pdf).

Cette étude étalée sur 12 mois fournit un survol des politiques et des pratiques en milieu carcéral concernant les usagers de drogues dans les prisons européennes. Les objectifs étaient de combler le manque d'information sur l'étendue du problème et sur la disponibilité des services aux toxicomanes pour cette population dans toute l'Europe.

## Solutions de rechange à l'emprisonnement

**Belenko S. (2001). Research on Drug Courts: A Critical Review. 2001 Update. New York : National Centre on Addiction and Substance Abuse.**

Un examen des études menées sur les tribunaux consacrés aux drogues aux États-Unis. On y rapporte qu'habituellement l'usage des drogues et le crime diminuent considérablement pendant que la personne participe mais que les effets à long terme sont moins clairs. Belenko note que les études sur les tribunaux consacrés aux drogues continuent d'être entravées par des périodes de suivi trop courtes et par leur tendance à conclure que le tribunal consacré aux drogues a réussi en se fondant sur les données concernant les personnes qui terminent le programme plutôt que toutes celles qui y participent.

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998). Study on Alternatives to Prison in Cases of Drug Addiction. Lisbonne : EMCDDA.**

Disponible via [www.emcdda.eu.int/](http://www.emcdda.eu.int/).

Cette étude sur les solutions de rechange à l'emprisonnement pour les auteurs d'une infraction liée aux drogues révèle que tous les États membres de l'Union européenne prévoient d'autres mesures que la prison pour les toxicomanes. La recherche décrit l'application de telles mesures et fournit des éléments pour permettre la comparaison entre la législation et l'application pratique des solutions de rechange à la prison. Jusqu'à maintenant, peu d'études ont évalué l'application de ces mesures. Évaluer l'efficacité de celles-ci, comparativement aux résultats des peines d'incarcération, pose des difficultés méthodologiques et théoriques.

**Fischer B, Roberts JV, Kirst M. (2002). Compulsory drug treatment in Canada: historical origins and recent developments. *European Addiction Research*, 8: 61-68.**

Au Canada, on a traditionnellement considéré l'usage des drogues illicites et la toxicomanie comme un problème de justice pénale et on les a abordés d'un point de vue légal. Au cours du dernier siècle, une approche médicale à la toxicomanie s'est infiltrée lentement dans l'administration de la justice pénale des auteurs d'infractions liées aux drogues. Cela s'est produit par l'agencement des principes de la punition et ceux du traitement pour toxicomanie dans la détermination des peines pour les auteurs d'infractions liées aux drogues afin de créer une application distincte de « traitement obligatoire pour toxicomanie » au Canada. Cependant, cette évolution s'est faite sporadiquement avec le temps, la punition et la coercition étant en général l'approche principale prédominante employée pour cette population. Elle a récemment culminé au Canada avec l'apparition de deux approches de justice pénale qui, face aux problèmes de toxicomanie des auteurs d'infractions liées aux drogues, incorporent plus également que jamais les concepts de punition et de traitement : l'ordonnance de sursis et les tribunaux consacrés aux drogues. Cet article souligne l'évolution historique des principes de « traitement obligatoire », parle d'exemples contemporains de « traitement obligatoire » comme l'ordonnance de sursis et les tribunaux consacrés aux drogues. Il analyse aussi les implications, les préoccupations et les défis associés à ces outils qui sont actuellement utilisés lors de la détermination de la peine pour les auteurs d'infractions liées aux drogues dans le contexte canadien.

**Fluellen R, Trone J. (2000). *Do drug courts save jail and prison beds?* New York: Vera Institute of Justice.**

Disponible via <http://www.vera.org/>.

Bref compte-rendu sur la recherche des tribunaux consacrés en matière de drogues et sur leur impact.

**Freudenberg N. (2001). *Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health.* *Journal of Urban Health*, 78: 214-235.**

Ce compte-rendu examine les interactions entre le système correctionnel et la santé des populations urbaines. Les villes ont davantage de pauvres, plus de gens de couleur, et un taux plus élevé de crimes que les régions rurales et les banlieues; donc, les populations urbaines sont surreprésentées dans les prisons et les maisons de détention de la nation. Il en résulte que les politiques et les programmes d'incarcération ont une répercussion disproportionnée sur les communautés urbaines, surtout sur celles des Noirs et des Latinos. Les problèmes de santé qui sont surreprésentés dans les populations incarcérées comprennent la toxicomanie, le VIH et d'autres maladies infectieuses, la perpétration de la violence et la victimisation qui en découle, les maladies mentales, les maladies chroniques et les troubles de la reproduction. Les systèmes correctionnels ont des effets directs et indirects sur la santé. Indirectement, ils influent sur la structure familiale, les possibilités économiques, la participation politique et les valeurs normatives de la communauté en ce qui a trait à l'enseignement sur le sexe, les drogues et la violence. Les politiques pénitentiaires actuelles détournent aussi les ressources d'autres besoins sociaux. Les systèmes correctionnels peuvent avoir un effet direct sur la santé des populations urbaines en leur offrant des soins de santé et en faisant la promotion de la santé dans les prisons et les maisons de détention, en reliant les personnes incarcérées aux services communautaires après leur libération et en aidant au processus de réintégration dans la collectivité. On propose des recommandations spécifiques pour l'action et la recherche afin de réduire les conséquences néfastes, sur le plan social et de la santé, des politiques d'incarcération actuelles.

**Goldkamp JM et coll. (2001). *Do drug courts work? Getting inside the drug court black box.* *Journal of Drug Issues*, 31: 27-72**

**Hall W (1997). *The Role of Legal Coercion in the Treatment of Offenders with Alcohol and Heroin Problems. Technical Report No. 44.* Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.**

L'article parle des justifications éthiques et examine les preuves provenant des États-Unis de l'efficacité du traitement pour la dépendance à l'alcool et à l'héroïne qui est donné sous coercition légale aux personnes contrevenantes dont la dépendance les a entraîné à commettre l'infraction pour laquelle elles ont été accusées ou condamnées. Parmi les arguments invoqués pour que ce traitement soit donné sous coercition légale, on retrouve [*Traduction*] « le souhait que les usagers et les usagères d'héroïne restent en dehors des prisons comme moyen de réduire la transmission des maladies infectieuses comme le VIH et l'hépatite ».

**Kirkby C (2003). Drug treatment courts in Canada: Who benefits? Dans : Thomas G (éd.). Perspectives on Canadian Drug Policy: Volume II. Kingston : The John Howard Society of Canada.**

Disponible au [www.johnhoward.ca/document/drugs/perspect/volume2/cover.htm](http://www.johnhoward.ca/document/drugs/perspect/volume2/cover.htm)

On fait un examen critique de la question : à qui bénéficie les tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT)? L'article commence par un bref aperçu des TTT et de la structure qu'ils ont pris au Canada jusqu'à maintenant. Kirkby examine alors de façon critique la prétention des TTT d'être bénéfiques à la fois aux clients et à la société et trouve que les avantages pour les deux sont peut-être exagérés par les partisans des TTT. L'auteure recherche alors une autre explication à la popularité grandissante des TTT au Canada. Enfin, elle se demande s'il existe une meilleure option, moins intrusive, pour atteindre les buts que se sont fixés les TTT.

**Huddleston CW et coll. (2005). *Painting the Current Picture: A National Report Card on Drug Courts and Other Problem Solving Court Programs in the United States. Volume 1, Number 2.* Washington: National Drug Court Institute.**

Disponible au <http://www.ndci.org/publications.html>

**Mauser E, Van Stelle K, Moberg D (1994). The economic impact of diverting substance-abusing offenders into treatment. *Crime & Delinquency*, 40(4), 568-588.**

Reconnaissant le lien entre les abus de drogues et le comportement criminel, la législature du Wisconsin a ordonné en 1989 l'établissement d'un «Treatment Alternative Program (TAP)» qui s'inspire du « Treatment Alternatives to Street Crime program» national. Cette étude évalue la répercussion économique du TAP en examinant les avantages et les coûts ainsi que le rapport coût-efficacité de soustraire les personnes contrevenantes du système de justice pénale pour les diriger vers un traitement de la toxicomanie. Les résultats suggèrent que les avantages du TAP excèdent ses coûts à court terme et que le TAP est moins onéreux que l'incarcération des personnes contrevenantes.

**National Drug Court Institute (2002). Drug Court Publications Resource Guide. Fourth Edition. Alexandria, VA: NDCI.**

Disponible au <http://www.ndci.org/publications.html>

**Peele S (2000). Court-ordered treatment for drug offenders is much better than prison: Or is it? *Reconsider Quarterly*, Winter 2000-2001: 20-23.**

Disponible au [www.peele.net/lib/court.html](http://www.peele.net/lib/court.html)

On soutient sur [Traduction] « l'idée que le traitement soit inévitablement préférable à l'incarcération est tellement naïve et obtuse que l'on doit la remettre en question chaque fois qu'elle est émise — même si elle vient des réformateurs de politique en matière de drogues qui ont raison de penser qu'emprisonner les usagers et les usagers occasionnels de drogues au même titre que les toxicomanes est une erreur monumentale ». Cet article décrit en termes théoriques et pratiques à quel point le traitement peut être inefficace, ainsi que certains [Traduction] « résultats absolument désastreux » d'un traitement coercitif.

**Rydell CP, Caulkins JP, Everingham SE (1996). Enforcement or treatment? Modeling the relative efficacy of alternatives for controlling cocaine. *Operations Research*, 44:687-695.**



**Stern V (éd). *Alternatives to Prison in Developing Countries*. Londres : International Centre for Prison Studies, King's College, University of London.**

Pour commander, voir <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/publications.html>

Dans de nombreux pays en développement, il existe peu de solutions de rechange à l'emprisonnement. Dans son livre, Vivien Stern montre qu'en mettant les prisons au centre de leur système judiciaire, un grand nombre de pays en développement, se conforment à des modèles imposés par d'autres. Des études de cas et des annexes offrent des conseils administratifs et législatifs qui constitueront un outil précieux pour les praticiens des pays en développement et une motivation pour ceux de l'Occident.

**Stevens A (2003). QCT Europe – Review of the Literature in English. Canterbury, Royaume-Uni : European Institute of Social Services.**

[www.kent.ac.uk/eiss/Documents/word\\_docs/English%20short%20review%201.doc](http://www.kent.ac.uk/eiss/Documents/word_docs/English%20short%20review%201.doc)

Survol de la documentation qui a été publiée en anglais sur le *quasi compulsory treatment* (QCT) [traitement quasiobligatoire] des personnes délinquantes toxicomanes. On définit le QCT comme le traitement des personnes délinquantes toxicomanes qui est mené, ordonné et supervisé par le système de justice pénale et qui a lieu à l'extérieur des prisons ordinaires.

**Wood E et coll. (2003). The healthcare and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: the impact of conventional drug control strategies and the impact of a comprehensive approach. *British Columbia Medical Journal*, 45: 130-136.**

Cette étude souligne certains des coûts fiscaux et liés à la santé qui se rattachent à une épidémie d'usage de drogues injectables. En outre, elle fait un résumé rétrospectif de la recherche effectuée à date sur la répercussion et les limites de deux approches conventionnelles primaires de la Colombie-Britannique pour aborder le problème des drogues : l'application de la loi et l'échange des seringues. Enfin, elle examine la recherche disponible sur des programmes prêtant à la controverse (comme la prescription d'héroïne et de moyens d'injection plus sécuritaires) que l'on a utilisés ailleurs avec succès. Elle prétend qu'une approche globale, qui inclut les programmes de réduction des méfaits et un traitement élargi de la toxicomanie, est nécessaire pour réduire les coûts sociaux et fiscaux d'une épidémie d'usage de drogues injectables.

**Wood et coll. (2004). Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 36: 750-754.**

Le coût des interventions pour faire appliquer la loi s'est élevé à 94 % des presque 500 millions de dollars consacrés annuellement à la stratégie contre les drogues illicites au Canada. Par conséquent, le manque de fonds pour le traitement de la toxicomanie a fait que la demande de traitement pour abus de drogues de la part des usagers et des usagères de drogues illicites a dépassé la disponibilité de ces services. Cette étude était conçu pour vérifier si les UDI (usagers et usagères de drogues injectables) qui indiquaient qu'ils étaient incapables d'avoir accès au traitement de toxicomanie étaient à risque élevé d'être infectés par VIH. On a fait une analyse prospective des facteurs associés à l'emprunt de seringues par des UDI qui étaient séronégatifs au départ et qui faisaient partie d'un groupe de participantes et de participants recrutés par la Vancouver Injecting Drug Users Study (VIDUS) [étude sur les utilisateurs et les utilisatrices de drogues injectables]. Au total, 1 157 UDI séronégatifs pour le VIH ont été recrutés dans la cohorte de VIDUS entre mai 1996 et mai 2002. Les tentatives infructueuses d'obtenir un traitement de toxicomanie étaient associées avec l'emprunt de seringues pendant le suivi. Le fait

d'être incapable d'avoir accès au traitement de toxicomanie était indépendamment associé à l'emprunt de seringues chez les UDI séronégatifs pour le VIH mais à risque d'être infectés par ce virus. Ces résultats suggèrent que la prestation limitée du traitement de la toxicomanie peut faire rater une belle occasion de réduire le comportement à risque pour la transmission du VIH chez les UDI et que l'expansion des services de traitement de toxicomanie offre de grandes possibilités de réduction des coûts humains et fiscaux de l'infection à VIH.

## Les populations carcérales ayant des besoins particuliers

Cette section contient seulement quelques-unes des ressources pertinentes spécifiques aux jeunes, aux femmes, aux autochtones et aux personnes transsexuelles ou transgenres délinquantes. Dans d'autres sections de la bibliographie, comme celles sur les comportements à risque pour le VIH et le VHC et la prévalence de ces virus, on indique des ressources supplémentaires.

## Les jeunes délinquants et délinquantes

**Batelaan L (1996). HIV/AIDS in Youth Custody Settings: A Comprehensive Strategy. Toronto : PASAN.**

Disponible au [www.pasan.org](http://www.pasan.org).

Cet article renferme 37 recommandations sur ce que l'on devrait accomplir dans les établissements pour jeunes délinquantes et délinquants afin d'aborder les problèmes liés au VIH/sida.

**Bird A et coll. (1993). Study of infection with HIV and related risk factors in young offenders' institutions. *British Medical Journal*, 308: 228-231.**

Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence de l'infection par VIH chez les jeunes délinquants en Écosse et d'obtenir des renseignements sur les facteurs de risque et les tests antécédents concernant le VIH. On a mené une recherche à base volontaire et anonyme. Parmi les 424 sujets masculins, 421 ont donné des échantillons de salive pour les tests de dépistage du VIH et ont rempli des questionnaires sur les facteurs de risque. Un total de 68 prisonniers (17 %) ont admis qu'ils avaient fait un usage à mauvais escient des drogues injectables et 17 d'entre eux (25%) ont avoué qu'ils s'étaient injectés des drogues alors qu'ils étaient en prison. Trois sujets ont révélé qu'ils avaient eu des rapports sexuels anaux alors qu'ils étaient incarcérés. Aucun des échantillons de salive n'était positif pour le VIH, mais 96 prisonniers ont demandé un test personnel confidentiel de dépistage du VIH suite à une conscience aiguë par l'étude. On a conclu que les sondages concernant le VIH et effectués sur une base volontaire et anonyme peuvent atteindre une excellente adhésion dans les prisons, et que l'intérêt généré par l'étude suggère que les prisons pourraient être un lieu propice à l'éducation et au traitement de la toxicomanie pour une population de jeunes hommes à risque élevé d'infection future par VIH.

**Calzavara LM et coll. Prevalence and predictors of HIV and hepatitis C in Ontario jails and detention centres. Final report. HIV Social, Behavioural, and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto, 8 février 2005.**

(Voir aussi *supra*, dans « VIH et VHC : Prévalence et comportements à risques liés au »)

**Carelse M (1994). HIV prevention and high-risk behaviour in juvenile correctional facilities. *AIDS Health Promotion Exchange*, (4): 14-16.**

**Cope N (2000). Drug use in prison: the experience of young offenders. *Drugs: education, prevention and policy*, 7(4): 355-366.**

Cet article étudie en détail l'usage de drogues par les jeunes délinquantes et délinquants en prison. Une recherche qualitative auprès des personnes incarcérées a mis en lumière l'importance de considérer l'usage de drogues en prison comme un continuum de comportement où la consommation de drogues pendant l'incarcération était liée à celle précédant la détention. Les personnes incarcérées ont fait des choix et pris des décisions, quant à leur usage de drogues en prison, en considérant la compatibilité des drogues avec l'environnement carcéral et leur besoin d'atteindre un certain « état euphorique ». La disponibilité de drogues était cruciale et l'article parle des voies d'approvisionnement en drogues dans les prisons au moyen des visites et du commerce au noir de la prison, où la distribution de drogues était facilitée par des réseaux d'amis incarcérés proches.

**Crosby R et coll. (2004). Health risk factors among detained adolescent females. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(5): 404-410.**

Cette étude vise à identifier la prévalence des facteurs de risque pour la santé auprès d'un échantillon d'adolescentes détenues et de déterminer s'il existe des différences raciales ou ethniques. On a recruté 197 adolescentes (âgées de 14 à 18 ans) dans huit maisons de détention. L'étude a conclu que les programmes de médecine préventive pour les adolescentes en maisons de détention sont justifiés.

**Freedman D et coll. (2005). Environmental barriers to HIV prevention among incarcerated adolescents: A qualitative assessment. *Adolescence*, 40 (158): 333-343.**

Le but de cette recherche était de déterminer les facteurs environnementaux qui ont un impact sur le risque d'infection par VIH et les MTS chez les adolescentes et les adolescents incarcérés.

**Johnson PT et coll. (2004). Treatment need and utilization among young entering the juvenile correction center. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(2): 117-122.**

On en connaît relativement peu sur les tendances en matière de besoin de traitement pour la toxicomanie et sur les expériences des jeunes incarcérés dans le système judiciaire pour les jeunes aux États-Unis. Pour étudier ce sujet, on a examiné quatre questions analytiques qui concernent la compréhension des prédicteurs du besoin de traitement et des habitudes liées à son utilisation chez les adolescentes et les adolescents entrant dans le système correctionnel pour les jeunes. Les données analysées ont été recueillies dans le cadre d'un sondage direct réalisé auprès de 401 jeunes qui entraient dans le système correctionnel pour les jeunes en Illinois vers le milieu de l'an 2000.

**Magura S et coll. (1994). Intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. *Journal of Adolescent Health*, 15: 457-463.**

Le but de cette étude était d'exécuter et d'évaluer un programme d'éducation intensif sur le sida pour les adolescents usagers de drogues. On a mené l'étude dans la maison de détention principale de la ville de New York destinée aux jeunes hommes âgés de 16 à 19 ans. On a exécuté un programme d'éducation sur le sida de quatre séances de groupe basé sur la thérapie par résolution de problèmes. Le programme était facultatif et tous les jeunes des dortoirs désignés étaient invités à participer. L'évaluation comparait les jeunes qui participaient à l'éducation sur le sida avec des témoins de listes d'attente qui étaient libérés ou transférés avant que l'on ait pu leur offrir le programme d'éducation. On a établi les résultats sur le comportement des participants à l'éducation sur le sida et des témoins à cinq mois de suivi après la mise en liberté. On a mesuré les comportements à l'aide d'entrevues personnelles au départ et au suivi. On a rassemblé des données sur les comportements à risque élevé pour l'infection à VIH, y compris l'usage d'alcool, de marijuana et de cocaïne ou le crack qui peut prédisposer les jeunes à prendre des risques de nature sexuelle : rapports hétérosexuels anaux; partenaires sexuelles multiples et à risque élevé; et utilisation nulle ou irrégulière de condoms. Les participants au programme d'éducation étaient significativement plus susceptibles que les témoins d'augmenter leur utilisation de condoms, de développer une attitude positive envers les condoms et possiblement de diminuer les relations avec des partenaires sexuelles à risque élevé. Cependant, les autres variables liées au risque sexuel étaient demeurées inchangées. L'étude a conclu qu'une éducation intensive sur le sida offerte en maison de détention peut être utile à réduire certains comportements à risque des adolescents délinquants.

**Ogilvie EL et coll. Hepatitis infection among adolescents in the Melbourne Juvenile Justice centre: Risk factors and challenges. *Youth Studies Australia*, 19(3): 25-30.**

Afin de décrire les tendances d'infection par les virus de l'hépatite A, B et C, ainsi que les risques d'infection par ces virus, chez les adolescents du Melbourne Juvenile Justice Centre (MJJC) [centre de détention pour jeunes de Melbourne], les chercheurs ont utilisé un sondage transversal sur la séropositivité pour l'hépatite A, B et C auprès de 90 résidents du MJJC âgés de 15 à 18 ans. Les résultats montrent que les résidents sont vulnérables à l'exposition aux virus transmissibles par le sang dès leur jeune âge, ce qui constitue un défi pour les programmes d'éducation en matière de santé. Selon les auteurs, une possibilité existe de minimiser les méfaits et prévenir la propagation des virus transmissibles par le sang pendant la première année d'utilisation des drogues injectables dans cette population.

**Peres CA et coll. (2002). Developing an AIDS prevention intervention for incarcerated adolescents in Brazil. *AIDS Education and Prevention*, 14(5 Suppl: HIV/AIDS in Correctional Settings): 36-44.**

L'objectif de cette étude était d'enquêter les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant le sida parmi des adolescents incarcérés au Brésil et de mettre au point une intervention de prévention du sida pour cette population. Un questionnaire distribué à 275 garçons à São Paulo englobait les caractéristiques démographiques et sociales, les drogues, la perception du risque pour le VIH et le comportement à risque pour le VIH. Ensuite, l'étude a recueilli des données qualitatives sur l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme de prévention. On a trouvé que 98 % des adolescents avaient eu des expériences sexuelles, la plupart ayant commencé vers l'âge de 13 ans; 22 % étaient pères. Un 5,5 % ont signalé qu'ils

avaient fait usage de drogues injectables, 12 % avaient échangé du sexe contre de l'argent, 35 % avaient plus de 15 partenaires et 8 % avaient eu des expériences homosexuelles. Même si 72 % avaient utilisé des condoms, seulement 9 % les utilisaient de façon constante, et seulement 35 % en avaient utilisé un lors de leur dernier rapport sexuel avant l'incarcération. Les prédictors de l'usage du condom comprenaient : transporter les condoms avec soi et souscrire à l'énoncé « J'utiliserai les condoms avec ma copine ». Un grand nombre a dit que leur vie comprenait d'autres risques plus importants que celui du sida, tels que la survie dans le milieu criminel. Les efforts initiaux de prévention, basés sur des approches que l'on utilise habituellement pour donner de l'information afin d'aider à la prise de décisions rationnelles futures, ont donné lieu à une participation limitée. Cependant, lorsque nous avons travaillé avec eux pour mettre au point des interventions selon leurs intérêts et leurs besoins, en utilisant des techniques telles que la musique, les arts hip-hop, les graffitis, et en les aidant à créer un disque compact sur la prévention du sida, ils ont répondu avec enthousiasme. Ces adolescents incarcérés sont à risque social extrêmement élevé et signalent des comportements à risque très élevé pour l'infection par VIH. Les interventions pour ces jeunes étaient mieux reçues lorsqu'on les élaborait en collaboration avec eux et on les basait sur leurs croyances, leurs aspirations et leurs cultures. Les interventions qui en ont résulté ont dépassé la question du sida pour inclure des préoccupations telles que la violence, les drogues, la sexualité et les droits de la personne.

**Siddiqui QU et coll. (sans date). Peer education programme for juvenile's jail detainees - a unique experience. Juvenile Jail, Karachi, Pakistan; Sindh AIDS Control Program, Karachi, Pakistan.**

**Templeton DJ (2005). Sexually transmitted infection and blood-borne virus screening in juvenile correctional facilities: A review of the literature and recommendations for Australian centres. *J Clin Forensic Med*, August 3.**

Les jeunes en détention sont touchés de façon disproportionnée par les infections transmises sexuellement (ITS) et les virus transmissibles par le sang (VTS) à cause de leur taux élevé de comportements à risque. On a entrepris une analyse documentaire avec l'intention de fournir des recommandations basées sur des données probantes en ce qui concerne le dépistage des ITS et des VTS dans les établissements correctionnels pour les jeunes en Australie. On a trouvé des recherches pertinentes au moyen des bases de données Premedline et Medline, puis en effectuant un examen manuel des listes de référence des articles jugés intéressants dans les bases de données. On a retenu et examiné un total de 36 publications pertinentes. L'analyse a montré que les jeunes incarcérés en connaissent très peu sur les ITS et les VTS et qu'ils ont des taux élevés de comportements à risque pour ces infections. La prévalence de celles-ci est importante. Il existe des taux élevés d'infections asymptomatiques gonococciques et à chlamydia que l'on peut facilement diagnostiquer par des échantillons auto-prélevés en utilisant la nouvelle technologie d'amplification de l'acide nucléique. Les infections par VIH sont rares, mais il faut exercer une surveillance continue à cause de facteurs de risque d'infection importants. La prévalence de l'hépatite C est élevée même si elle est beaucoup plus basse que celle des personnes incarcérées adultes, ce qui révèle une ouverture possible pour la prévention de l'hépatite C. Un grand nombre de jeunes détenus restent à risque pour l'hépatite B et il est important d'évaluer le besoin de vaccination de ce groupe. On conclut que le dépistage des ITS et des VTS chez les jeunes incarcérés est d'une importance capitale en matière de santé publique et que l'on devrait offrir à

toutes les personnes admises dans un centre de détention pour les jeunes un service de dépistage conjointement avec une éducation de réduction des risques.

**Teplin LA et coll. (2003). HIV and AIDS risk behaviors in juvenile detainees: implications for public health policy. *American Journal of Public Health*, 93(6): 906-12.**

**Teplin LA et coll. (2005). Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees. *Psychiatric Services*, 56 (7): 823-828.**  
Cette étude a établi la prévalence des comportements à risque pour le VIH de 800 jeunes personnes incarcérées, âgés de 10 à 18 ans et choisis au hasard, qui ont été arrêtés pour la première fois en 1997 et 1998. L'échantillon comprenait 340 sujets de sexe féminin et 460 de sexe masculin. L'étude a conclu que le système judiciaire pour les jeunes et le système de santé publique doivent fournir des interventions liées au VIH/sida aussi bien que le traitement des maladies mentales et de la toxicomanie.

**Organisation mondiale de la Santé. Promoting the Health of Young People in Custody.**  
Disponible en anglais et en russe au <http://www.hipp-europe.org/resources/INDEX.HTM>  
Protocole d'accord du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe qui attire l'attention sur les principes, les politiques et les pratiques qui selon tous les pays membres, offrent les meilleures possibilités de maintien de la santé et du bien-être des jeunes en milieu carcéral.

## Les prisonnières

**Boyne SM (1991). Women in prison with AIDS: An assault on the Constitution? *Southern California Law Review*, 64: 741-796.**

L'article se concentre sur les problèmes qui se présentent aux femmes vivant avec le VIH/sida dans les prisons aux États-Unis. Il soutient que le dommage collectif subi par les prisonnières diffère de celui de leurs homologues masculins et il inclut certains exemples de méfaits que subissent les femmes.

**Braithwaite RL et coll. (2005). Health disparities and incarcerated women: A population ignored. *Am J Public Health*, 95: 1679-1681.**

**Braithwaite RL et coll. (éd.) (2005). *Health Issues Among Incarcerated Women*. Rutgers University Press.**

Cet ouvrage comprend un chapitre sur les besoins liés au VIH/sida.

**Réseau juridique canadien VIH/sida (2004). Les détenues et le VIH/sida (feuillet 11 de la série des feuillets d'info sur le VIH/sida dans les prisons). Montréal : Le Réseau, troisième version révisée et mise à jour.**

Feuillet d'information de deux pages sur ce que l'on doit faire pour aborder les problèmes qui se posent aux prisonnières dans le contexte du VIH/sida. Disponible en français et en anglais au [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm). Une version révisée sera offerte en russe en 2006. La deuxième édition (2001) est aussi disponible en roumain.

**De Groot AS, Cuccinelli D (1997). Put her in a cage: Childhood sexual abuse, incarceration, and HIV infection. Dans: Manlowe J, Goldstein N (éd.). *The Gender Politics of HIV in Women: Perspectives on the Pandemic in the United States*. NY : New York University Press.**

**De Groot AS, Leibel SR (1998). Reports from the New England Regional Symposium on HIV Infection among incarcerated women. *J. Correctional Health Care*, 5(2): 125-127.**

**De Groot AS, Leibel SR (1998). The need for Compassionate Care: HIV Infection Among Incarcerated Women. *Medicine and Health*, 81(6): 209-211.**

**De Groot AS, Leibel SR, Zierler S (1998). A Standard of HIV care for incarcerated women: Northeastern United States' Experiences. *J Correctional Health Care*, 5(2): 139-177.**

**De Groot AS et coll. (1998). Setting the Standard for Care: HIV Risk Exposures and Clinical Manifestations of HIV in Incarcerated Massachusetts Women *New England Journal of Criminal and Civil Confinement*, 24: 353-378.**

**De Groot AS, Leibel S (2002). Women in Prison. A Standard of HIV Care. Dans : Altice F, Selwyn P, Watson R (éd.). *Reaching in, Reaching out. Treating HIV/AIDS in the Correctional Community*. Chicago : National Commission on Correctional Health Care.**

**DiCenso A, Dias G, Gahagan J (2003). Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C. Toronto : PASAN.**

L'étude la plus complète sur le VIH et le VHC et les femmes incarcérées. Disponible au [www.pasan.org](http://www.pasan.org)

**Fink MJ et coll. (1998). Critical prevention, critical care: gynecological and obstetrical aspects of comprehensive HIV prevention and treatment among incarcerated women. *J Correctional Health Care*, 5(2): 201-223.**

**Harris RM et coll. (2003). The interrelationship between violence, HIV/AIDS, and drug use in incarcerated women. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 14(1): 27 -40.**

**Hutton HE et coll. (2001). HIV risk behaviors and their relationship to posttraumatic stress disorder among women prisoners. *Psychiatric Services*, 52(4): 508-513.**

**Jordan K et coll. (2002). Lifetime use of mental health and substance abuse treatment services by incarcerated women felons. *Psychiatric Services*, 53(3): 317-325.**

**Lapidus L et coll. (2004). *Caught in the net: The impact of drug policies on women and families*. New York: American Civil Liberties Union, Break the Chains, and The Brennan Center at NYU School of Law.**

Disponible au <http://nicic.org/Library/020392>

On documente les répercussions néfastes des politiques en matière de drogues sur les femmes et leurs familles. Les sections que comprend ce rapport sont : un sommaire exécutif; les femmes et

les drogues – définition du problème; le contexte historique des politiques en matière de drogues; les lois actuelles sur les drogues – élargissement du filet; la répercussion de l’incarcération sur les femmes, les enfants et les familles; et la conclusion ainsi que les recommandations finales. [Traduction] « L’incarcération des femmes pour des délits liés aux drogues non seulement échoue à régler les problèmes qui en ont probablement été la cause, mais souvent elle les aggrave. »

**Magura S et coll. (1995). Evaluation of an AIDS education model for women drug users in jail. *International Journal of Addiction*, 30 (3): 259-273.**

Cet article fait un compte-rendu des résultats d’un programme d’éducation sur le sida pour les usagères de drogues en maison de détention dont la plupart faisaient un usage actuel de drogues injectables et avaient des partenaires sexuels à risque élevé qui n’utilisaient jamais de condoms lors de rapports sexuels avec pénétration. Les femmes ont participé à quatre séances éducatives, menées en petits groupes, sur la santé et le VIH. Les participantes au programme d’éducation et les témoins ont été suivis pendant sept mois après leur libération de la maison de détention; les deux groupes ne différaient pas significativement en ce qui concerne les comportements sexuels à risque pour le VIH liés à l’activité sexuelle ou à l’usage de drogues. Cependant le fait d’être traitées pour leur dépendance pendant le suivi (surtout par la méthode d’entretien à la méthadone) était associé à une diminution de consommation de l’héroïne, du crack, du trafic de drogue et des activités criminelles. La conclusion de l’étude est que, même si l’éducation sur le VIH en maison de détention est importante, de meilleurs réseaux de ressources communautaires, y compris le traitement de la dépendance aux drogues, doivent aussi être mis en place afin de soutenir les femmes toxicomanes après leur libération des maisons de détention.

**McCaa Baldwin K, Jones J (2000). *Health Issues Specific to Incarcerated Women: Information for State Maternal and Child Health Programs. Women’s and Children’s Health Policy Center, Johns Hopkins University, School of Public Health.***  
Disponible au [www.med.jhu.edu/wchpc](http://www.med.jhu.edu/wchpc)

**McClelland GM et coll. (2002). HIV and AIDS risk behaviors among female jail detainees: Implications for public health policy. *American Journal of Public Health*, 92(5): 818 – 825.**  
Cette étude a examiné les comportements à risque pour le VIH liés à l’activité sexuelle et à l’usage de drogues injectables chez 948 détenues en maison de détention. Elle conclut qu’un grand nombre de femmes à risque pour le VIH – celles qui consomment des drogues, celles qui échangent du sexe contre de l’argent ou des drogues, les femmes sans-abri et celles qui souffrent de maladies mentales vont finir par passer en maison de détention. [Traduction] « Comme la plupart des femmes en maison de détention retournent dans leurs communautés au bout de quelques jours, leur donner des programmes d’éducation sur le VIH et le sida dans ces établissements devient une priorité pour la santé publique. »

**Mullings JL, Marquart JW, Brewer VE (2000). Assessing the relationship between child sexual abuse and marginal living conditions on HIV/AIDS-related risk behavior among women prisoners. *Child Abuse Negl*, 24(5): 677-688.**

**National Minority AIDS Council. *Women & HIV/AIDS in Prisons and Jails.***



Publié par le « National Minority AIDS Council » situé aux États-Unis, ce livret de 20 pages aborde les problèmes et les défis auxquels sont confrontés les prisonnières vivant avec le VIH. Pour obtenir des exemplaires, consulter le site Internet au [www.nmac.org](http://www.nmac.org) ou appeler le NMAC au 1-202-483-6622.

**Rehman L et coll. (2004). Harm reduction and women in the Canadian national prison system: policy or practice? *Women and Health*, 40(4): 57-73.**

L'article examine les perceptions et les expériences vécues d'un échantillon de femmes incarcérées dans les prisons fédérales du Canada en ce qui a trait à l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés aux VIH et au VHC. On a mené des entrevues en profondeur auprès de 156 femmes dans des prisons fédérales canadiennes. Les thèmes émergents ont mis en lumière un écart entre les politiques et les pratiques en matière d'accès à la réduction des méfaits. Malgré la mise en œuvre des techniques de réduction des méfaits, les femmes dans les prisons canadiennes ont signalé un accès variable à l'éducation et aux méthodes de réduction de la transmission du VIH/VHC. Elles ont aussi soulevé des préoccupations au sujet du counseling avant et après les tests de dépistage du VIH/VHC. On suggère les meilleures pratiques pour la mise en œuvre de stratégies de réduction des méfaits dans les prisons pour femmes au Canada.

**Stevens J et coll. (1995). Risks for HIV infection in incarcerated women. *J. Women's Health*, 4(5): 569-577.**

**Zurhold H, Stöver H, Haasen C (2004). *Female drug users in European Prisons – best practice for relapse prevention and reintegration*. Hambourg : Centre for Interdisciplinary Addiction Research, University of Hamburg.**

Résumé disponible au [www.zis-hamburg.de/Female\\_prisoners\\_executive\\_summary\\_2004.pdf](http://www.zis-hamburg.de/Female_prisoners_executive_summary_2004.pdf)

Cette étude de 12 mois fournit un aperçu des politiques et des pratiques concernant les usagers de drogues adultes dans les prisons européennes. Les objectifs étaient de combler les lacunes en ce qui a trait à l'information sur l'étendue du problème et à la disponibilité de services liés aux drogues pour cette population partout en Europe.

## **Les personnes incarcérées autochtones**

**Barlow JK, Serkiz J, Fulton A (2001). *Cercles des gardiens du savoir. Training Kit for Inuit, Metis and First Nations Offenders as Peer Educators & Counsellors*. Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida.**

Un programme national de formation pour l'éducation par des pairs autochtones en prison, préparé par le Réseau canadien autochtone du sida, pour le SCC.

Disponible au

[www.linkup-connexion.ca/catalog/index.cfm?fuseaction=viewProducts&SubExpandList=&ExpandList=9](http://www.linkup-connexion.ca/catalog/index.cfm?fuseaction=viewProducts&SubExpandList=&ExpandList=9)

**Day C, Dolan K (2001). Characteristics of indigenous injecting drug users in Sydney: gender, prison history and treatment experiences. *Best Practice Interventions in Corrections for Indigenous People*. Canberra : Institut australien de criminologie.**

**Day C, Ross J, Dolan K (2003). Characteristics of indigenous injecting drug users in Sydney, Australia: prison history, hepatitis C testing and drug treatment experiences. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 2(3): 51-58.**

Les autochtones australiens sont surreprésentés dans les prisons et tendent à l'être aussi dans les études sur les UDI (usagers et usagères de drogues injectables). Le but de cette étude était d'examiner les différences entre les UDI autochtones et les UDI non autochtones en ce qui a trait au sexe, aux antécédents d'incarcération ainsi qu'au dépistage et à l'état sérologique relativement à l'hépatite C. Des analyses secondaires ont été menées sur des données provenant de trois enquêtes transversales auprès des UDI. Ces études ont employé des méthodologies semblables, ayant fait leur recrutement à partir de programmes en matière d'aiguilles et de seringues, de cliniques pour traitement d'entretien à la méthadone et aussi en interceptant des personnes dans les rues ou par la méthode de la chaîne. Les autochtones étaient surreprésentés dans toutes les études et étaient plus susceptibles que les UDI non autochtones d'avoir été incarcérés et de citer l'héroïne comme leur drogue préférée. Les femmes tendaient à être surreprésentées parmi les UDI autochtones. Elles étaient plus susceptibles que les UDI de sexe féminin non autochtones d'avoir été incarcérées et d'avoir laissé passer plus de temps depuis leur dernier test de dépistage de l'hépatite C. Les autochtones sont surreprésentés parmi les UDI à Sydney. Étant donné leur risque plus élevé d'incarcération, surtout chez les femmes, les UDI autochtones étaient à plus grand risque également d'exposition à l'hépatite C que les UDI non autochtones. Le milieu carcéral offre une occasion de promouvoir le traitement de la toxicomanie et le dépistage de l'hépatite C, quoiqu'il en reste encore à faire pour réduire l'usage des drogues et l'incarcération.

**Gossage JP et coll. (2003). Sweat lodge ceremonies for jail-based treatment. *J Psychoactive Drugs*, 35(1): 33-42.**

**Lines R (2002). *La lutte au VIH/sida dans les prisons : trop peu, trop tard. Un rapport d'étape.* Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida.**

Dans ce rapport, on examine des programmes liés au VIH/sida pour les autochtones dans les prisons canadiennes. Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>

**McCaskill D, Thrasher M (1993). *Final Report on AIDS and Aboriginal Prison Populations for the Joint Committee on Aboriginal AIDS Education and Prevention.***

Un des premiers rapports sur les autochtones et le VIH/sida dans les prisons.

**Réseau juridique canadien VIH/sida (2004). Les détenues autochtones et le VIH/sida (feuillet 11 de la série de feuillets d'information sur le VIH/sida et prisons). Montréal : Le Réseau, troisième version révisée et mise à jour.**

Un feuillet d'information de deux pages sur ce que l'on doit faire pour aborder les problèmes qui se présentent aux détenus autochtones dans le contexte du VIH/sida. Disponible en anglais et en français : [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm)

**Service correctionnel du Canada (1994). *Le VIH/sida en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons.* Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.**

Voir les pages 114-118 pour une analyse des problèmes spécifiques aux délinquantes et aux délinquants autochtones.

**Warhaft B (1998). *Aboriginal People and HIV in Prison – The Report*. Vancouver: Public Policy Program, Simon Fraser University.**

Rapport d'une conférence tenue en octobre 1997 sur les personnes autochtones et le VIH dans les prisons.

## Les détenus transsexuels et transgenres

**Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (1998). *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual and Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*. Toronto : PASAN.**

Disponible au [www.pasan.org/PASAN.htm](http://www.pasan.org/PASAN.htm)

L'article discute du risque d'infection à VIH chez les transsexuels et les transgenres incarcérés et résume les problèmes importants qui se posent aux prisonniers transsexuels et transgenres homme-femme. Il fait des recommandations pour agir dans les domaines suivants : la prévention de la transmission du VIH; l'usage des drogues injectables et le VIH; les services médicaux et de soutien; les droits de la personne et la confidentialité; et l'aide postpénale.

**Stephens T, Cozza S, Braithwaite RL (1999). *Transexual orientation in HIV risk behaviours in an adult male prison*. *Int J STD AIDS*, 10(1): 28-31.**

L'étude a examiné les conséquences d'être un transsexuel masculin autodéclaré et les comportements à risque pour le VIH dans un système carcéral d'État. La question spécifique de la recherche était si oui ou non l'orientation sexuelle des détenus influence le degré auquel ils manifestent des comportements à risque. Un total de 153 participants ont accepté de participer à une étude dans laquelle 31 d'entre eux se sont décrits comme transsexuels. Si on se basait sur les taux de risque et on utilisait des détenus transsexuels (DT) comme groupe de référence, ceux-ci étaient 13,7 fois plus susceptibles d'avoir un partenaire sexuel principal pendant l'incarcération [IC à 95 % = 5,28, 35,58]. De plus, les DT étaient 5,8 fois plus susceptibles que les détenus non transsexuels (DNT) de signaler qu'ils ont plus d'un partenaire sexuel en prison [IC à 95 % = 2,18, 15,54]. Les auteurs ont conclu que les DT ont besoin d'un plus grand soutien préventif que les DNT. Les DT, en plus d'être protégés des voies de fait aux mains des DNT, ont besoin de soutien social et de matériel informatif de prévention soigneusement élaborés.

**Varella D et coll. (1996). *HIV infection among Brazilian transvestites in a prison*. *AIDS Patient Care STDS*, 10(5): 299-302.**

Voir plus haut, la section « Transmission du VIH et du VHC ».

# Questions d'ordre juridique et éthique et celles liées aux droits de la personne

## Ressources essentielles

**AIDS Law Project (2004). *Your Rights in Prison*. Johannesburg: ALP.**

Disponible au <http://www.alp.org.za/>

Livret examinant les problèmes qui se posent aux personnes incarcérées en ce qui concerne le VIH, quels sont leurs droits et comment elles doivent se protéger. La publication vise aussi les personnes travaillant avec les personnes incarcérées.

**Betteridge G, Jürgens R (2004). *La santé et les droits de la personne des détenus dans le contexte de l'épidémie VIH/sida*. Montréal : Le Réseau juridique canadien VIH/sida.**

On discute des responsabilités légales des systèmes carcéraux. Disponible au [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm).

**Jürgens R, Betteridge G (2005). Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health & Human Rights*, 8(2): sous presse.**

**Nations Unies (1990). Infection with human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in prisons: Résolution 18 du huitième congrès pour la Prévention du crime et le traitement des délinquants. La Havane, Cuba, 27 août -7 septembre 1990. Dans le *Rapport du huitième congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants*. U.N. Doc. A/CONF.144/28 of 5 octobre 1990.**

**Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (1996). Commission des droits de l'homme (cinquante-deuxième séance, élément n° 8 à l'ordre du jour), HIV/AIDS in Prisons - Statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Genève.**

Cet énoncé de l'ONUSIDA à l'intention de la Commission des droits de l'homme soutient que le traitement réservé aux personnes incarcérées dans un grand nombre de pays constitue une violation de leurs droits de la personne. L'ONUSIDA incite tous les gouvernements à utiliser les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé dans l'élaboration de leurs politiques carcérales et offre son aide à tout gouvernement souhaitant mettre en oeuvre ces lignes directrices.

**Réseau juridique canadien VIH/sida (2004). Une obligation morale et légale d'agir (feuillelet 12 dans la série des feuillets d'information VIH/sida dans les prisons). Montréal : Le Réseau, troisième version révisée et mise à jour.**

Feuillelet d'information de deux pages où l'on soutient que les systèmes carcéraux ont la responsabilité morale et légale de prévenir la propagation des maladies infectieuses chez les personnes incarcérées et de leur fournir les soins, les traitements et le soutien équivalents à ceux

offerts dans la collectivité. Disponible en anglais et en français au [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm). Une version révisée sera offerte en russe en 2006. La deuxième édition, celle de 2001, est aussi disponible en roumain.

## **Autres ressources**

**Arnott H (2001). HIV/AIDS, prisons, and the Human Rights Act. *Eur Hum Rights Law Rev*, 1: 71-77.**

Cet article examine les pratiques utilisées dans le traitement des personnes incarcérées positives pour le VIH, à la lumière des droits contenus dans la Loi sur les droits de la personne et selon les normes internationales. En particulier, on examine la pratique des services carcéraux quant aux mesures à prendre pour prévenir la propagation du VIH, y compris les programmes relatifs à la fourniture de condoms et à l'échange de seringues, et on considère l'étendue des obligations positives des services carcéraux de prendre de telles mesures préventives. On examine la valeur des soins offerts aux personnes incarcérées positives pour le VIH, et les obligations qu'ont les services carcéraux en matière de confidentialité médicale. L'auteur évalue les possibilités d'actions judiciaires sous la Loi des droits de la personne et suggère que la Convention pourrait être un outil précieux pour l'élaboration de lignes directrices dans ce domaine.

**Comment (1989). AIDS behind Bars: Prison Responses and Judicial Deference. *Temple Law Review*, 62: 327-354.**

Dans cet article, on étudie la tendance des tribunaux à s'en remettre aux directions gouvernementales chargées de l'administration pénitentiaire et on prétend que [Traduction] « dans certains cas, cette politique de se soumettre aux directions législatives et exécutives, qui sont par définition plus sujettes aux préjugés et à la panique de l'électorat, ont entraîné des prises de décisions hâtives aboutissant à l'utilisation des réponses les plus extrêmes à l'épidémie du sida en milieu carcéral ». L'auteur conclut en disant que les tribunaux ont besoin d'abandonner leurs moyens restrictifs et que, [Traduction] « par un examen critique, investigateur et complet de la façon d'agir de l'administration pénitentiaire on peut veiller à ce que les droits individuels ne soient pas sacrifiés à l'ignorance et à la peur du public ».

**Dubler NN, Sidel VW (1989). On Research on HIV Infection and AIDS in Correctional Institutions. *The Milbank Quarterly*, 67(2): 171-207.**

Dans cet article il est question des problèmes rencontrés lorsqu'on effectue des recherches sur les personnes incarcérées. Les auteurs concluent que, même si le milieu carcéral ne favorise pas les choix libres et volontaires, on devrait permettre aux personnes incarcérées de choisir de participer à des recherches, y compris des essais thérapeutiques sans volet placebo, qui donnent l'impression d'apporter des bienfaits.

**Fleischner R (2004). Challenges to inadequate treatment, mandatory testing, and segregation of inmates with HIV/AIDS. Northampton, MA : Center for Public Representation.**

Feuille d'information disponible au <http://www.centerforpublicrep.org/cat/770>

**Elliott R (1996). Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles et à de l'eau de Javel. Annexe 2 dans R. Jürgens. VIH/sida et Prisons : rapport final. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida.**

Disponible en français au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/prtitrF.html>  
Les personnes incarcérées ont-elles droit aux moyens qui leur permettraient de se protéger contre la transmission du VIH et d'autres maladies en milieu carcéral ? Les systèmes carcéraux devraient-ils avoir l'obligation de leur fournir des condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles stériles? La loi peut-elle et doit-elle servir à changer les politiques des prisons en ce qui a trait au VIH et au sida? Dans l'article on discute de ces questions. En particulier, on analyse si le fait de refuser aux personnes incarcérées l'accès à des aiguilles stériles est une violation de leurs droits constitutionnels.

**Hale J, Young A (1992). Policy, Rights and the HIV Positive Prisoner. Dans : Wheeler S, McVeigh S (éd.). Law, Health and Medical Regulation. Dartmouth Publishing Company.**

**Hammett TM, Dubler NN (1990). Clinical and Epidemiological Research on HIV Infection and AIDS among Correctional Inmates. Evaluation Review, 14(5): 482-501.**

Un article où l'on traite de la participation des personnes incarcérées aux recherches cliniques et épidémiologiques, en concluant que l'accès à des traitements validés et à ceux qui sont encore sous investigation devrait être un choix pour les personnes incarcérées comme c'est le cas pour les autres personnes séropositives pour le VIH.

**Kelly J (1992). AIDS, prisoners and the law. New Law Journal, 7 février: 156-158 & 165.**

On étudie les similitudes et les différences entre les prisons anglaises et celles de New York et plus particulièrement en ce qui concerne l'isolement des personnes incarcérées vivant avec le VIH/sida et la participation à des visites conjugales de ces personnes avec leur conjoint ou conjointe. Dans l'article, on conclut que [Traduction] « si l'on ne reconnaît pas que la transmission du sida, l'usage de drogues injectables et les rapports homosexuels sont interreliés, quand les personnes incarcérées retourneront à la communauté, elles contribueront à propager le VIH ».

**Kerr T et coll. (2004). Harm reduction in prisons: a "rights based analysis". Critical Public Health, 14(4): 345-360.**

**Kloeze D (2002). Poursuite d'un détenu contre le SCC. Dans Jürgens R (éd.). VIH/sida et prisons : Nouveaux développements. Revue canadienne VIH/sida et Droit, 6(3) : 13-19, de 13 à 15.**

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol6no32002/prison.htm>

**Knepper K (1995). Responsibility of correctional officials in responding to the incidence of the HIV virus in jails and prisons. N.E.J. on Crim & Civ. Con., 21: 45.**

**Jacobs S (1995). AIDS in correctional facilities: Current status of legal issues critical to policy development. Journal of Criminal Justice, 23(3): 209-221.**

**Lazzarini Z, Altice FL (2000). A review of the legal and ethical issues for the conduct of HIV-related research in prisons. *AIDS & Public Policy Journal*, 15(3/4): 105-135.**

Cet article décrit les obstacles à l'accès aux essais cliniques, les données démographiques sur le VIH/sida dans les prisons des États-Unis, la situation unique que posent les possibilités de recherche sur le VIH en milieu carcéral, et on y étudie l'histoire de la recherche à laquelle participent les personnes incarcérées aux États-Unis. L'article comprend une réflexion sur les réponses morales et légales à la réalisation d'essais cliniques dans les prisons; il offre des recommandations en ce qui concerne les conditions requises pour mener des recherches conformes à l'éthique en milieu carcéral; et demande la collaboration entre les systèmes carcéraux et les chercheurs et les chercheuses des essais cliniques afin qu'un plus grand accès aux essais cliniques devienne réalité.

**Malkin I (1995). The role of the law of negligence in preventing prisoners' exposure to HIV while in custody. *Melbourne University Law Review*, 20: 423-480.**

On analyse le rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des personnes incarcérées au VIH pendant leur détention. On soutient que le refus des systèmes carcéraux de prendre toutes les mesures raisonnables et nécessaires afin de réduire les possibilités de transmission du VIH dans les prisons équivaut à de la négligence dangereuse, et que les systèmes carcéraux doivent rendre compte de ce comportement en faisant l'objet d'une action en négligence.

**Malkin I (1997). Australia - Not giving up the fight: prisoners' litigation continues. *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 3(2/3): 32-33.**

[www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/Spring1997/23MALKINE.html](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/Spring1997/23MALKINE.html)

La Cour Suprême de la Nouvelle-Galles-du-Sud faisait face à une demande en dommages-intérêt de la part d'un détenu qui prétendait avoir contracté le VIH en prison à cause de la négligence des responsables de l'administration et de la gestion du système carcéral de la Nouvelle Galles – le gouvernement de cet État.

**McLeod, C. (1996) Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral? *Bulletin canadien VIH/sida et Droit*, 2(4), 22-23.**

Disponible au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>

**Mosoff J (1992). Do the Orthodox Rules of Lawyering Permit the Public Interest Advocate to "Do the Right Thing"?: A Case Study of HIV-Infected Prisoners. *Alberta Law Review*, 30(4): 1258-1275.**

L'auteure fait une étude approfondie du domaine des litiges d'intérêt public en utilisant son expérience en tant qu'avocate d'une personne incarcérée infectée par le VIH.

**Note (1987). AIDS in Prisons: Are We Doing the Right Thing? *New England Journal on Criminal & Civil Confinement*, 13: 269.**

**Note (1988). Sentenced to Prison, Sentenced to AIDS: The Eighth Amendment Right to be Protected from Prison's Second Death Row. *Dickinson Law Review*, 92: 863-892.**

L'auteure soutient que les programmes de prévention du VIH ont une place constitutionnellement mandatée dans le système carcéral des États-Unis et qu'ils découlent du droit de la personne incarcérée à la sécurité personnelle. Selon l'auteure, les responsables de l'administration pénitentiaire qui font abstraction du risque en n'y répondant pas par des politiques protectrices appropriées violent la proscription constitutionnelle contre la punition cruelle et inusitée. Elle souligne qu' [Traduction] « une peine d'emprisonnement ne devrait pas entraîner aussi une condamnation à contracter le sida » mais insiste ensuite que pour s'assurer que cela ne se produise pas, les responsables de l'administration pénitentiaire doivent prendre [Traduction] « une action positive qui comporte des enquêtes épidémiologiques, une ségrégation basée sur les privilèges et de la formation informative ». De telles mesures coercitives coûteraient cher, seraient inefficaces pour prévenir l'infection par le VIH et constituent une intrusion exagérée dans les droits des personnes incarcérées infectées par le VIH. Elles ont été rejetées presque universellement.

**Note (1989). AIDS in Correctional Facilities: A New Form of the Death Penalty? *Journal of Urban and Contemporary Law*, 36: 167-185.**

Dans l'article, on se penche sur la question de la responsabilité des autorités pénitentiaires dans la transmission du VIH en milieu carcéral. On soutient à tort que [Traduction] « le fait d'isoler les personnes incarcérées vivant avec le sida dans des infirmeries médicales et loger celles qui sont séropositives pour le VIH avec celles qui ont le syndrome associé au sida (ARC) constitue une garantie de protection pour toutes les personnes incarcérées ».

**Parts M (1991). The Eighth Amendment and the Requirement of Active Measures to Prevent the Spread of AIDS in Prisons. *Columbia Human Rights Law Review*, 22: 217-249.**

**Potler C, Sharp V, Remick S (1994). Prisoners' access to HIV experimental trials: legal, ethical, and practical considerations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7(10): 1086-1094.**

Voir *supra*, la section sur les « soins, soutien et traitement pour le VIH et le VHC ».

**Sinkfield RH, Houser TL (1989). AIDS and the criminal justice system. *The Journal of Legal Medicine*, 10(1): 103-125.**

Cet article est parmi les premiers et traite d'un grand nombre de questions d'ordre juridique et politique soulevées dans le système de justice pénale comme conséquence du VIH/sida : le dépistage des anticorps anti-HIV, l'hébergement des personnes incarcérées infectées, la confidentialité de l'information médicale, les dispositions relatives à la criminalité en ce qui concerne la transmission du VIH et la prise en considération de l'état sérologique lors des décisions concernant la peine infligée, la probation et la libération conditionnelle.

**Takas M, Hammett TM (1989). Legal Issues Affecting Offenders and Staff. Washington DC: US Department of Justice. *National Institute of Justice AIDS Bulletin* May 1989.**

On résume les développements juridiques aux États-Unis et leur incidence au niveau politique dans les domaines suivants : la prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral; les droits des délinquantes et des délinquants vivant avec le VIH/sida; les questions juridiques relatives au personnel; et les questions de sécurité publique.



**Valerio Monge CJ (1998). HIV/AIDS and human rights in prison. The Costa Rican experience. *Med Law*, 17(2): 197-210.**

Cet article comprend une analyse des divers types de situations impliquant le VIH/sida rencontrées en milieu carcéral. On y examine les recommandations internationales et la façon dont le système juridique et carcéral de la République du Costa Rica les a adoptées en conformité avec son système juridique et les caractéristiques de ses prisons nationales.

**Valette D (2002). AIDS Behind Bars: Prisoners' Rights Guillotined. *The Howard Journal*, 41(2): 107-122.**

On examine, à la lumière des expériences internationales, comment on peut utiliser la Convention européenne des droits de l'homme pour que les personnes incarcérées conservent leurs droits dans le contexte du sida.

**Young A, McHale JV (1992). The dilemmas of the HIV positive prisoner. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 31(2): 89-104.**

L'article étudie l'approche adoptée pour les soins aux personnes incarcérées séropositives pour le VIH en Angleterre à la lumière d'arguments à propos des droits des détenus. On examine quatre domaines : le dépistage des anticorps anti-VIH; la confidentialité de l'information concernant les personnes incarcérées séropositives pour le VIH; le contraste qui existe entre les services de soins dispensés aux personnes séropositives pour le VIH dans les prisons et ceux qui leur sont offerts à l'extérieur; la participation des personnes incarcérées séropositives pour le VIH dans les études expérimentales de médicaments. On conclut en examinant le rôle d'une analyse fondée sur les droits dans l'élaboration de politiques de soins des personnes incarcérées séropositives pour le VIH.

## Périodiques

### *AIDS Policy & Law*

Bulletin publié toutes les deux semaines sur les lois, les règlements et les litiges concernant le sida. Il renferme de brefs résumés sur les nouveaux développements aux États-Unis, particulièrement en ce qui concerne les poursuites.

### *Infectious Diseases in Corrections Report (anciennement le HEPP Report)*

Disponible au [www.idcronline.org](http://www.idcronline.org)

Ce périodique offre des mises à jour sur le VIH destinées aux praticiens du milieu carcéral. Il s'adresse aux administrateurs des établissements correctionnels et aux dispensateurs des soins de santé en matière de VIH/sida. Il leur fournit les toutes dernières informations sur les traitements pour le VIH, les méthodes efficaces pour administrer ces traitements en milieu carcéral, ainsi que des actualités se rapportant au VIH dans les prisons des États-Unis et du monde. Il est publié mensuellement.

### *International Journal of Prisoner Health*

De l'information supplémentaire est disponible au [www.tandf.co.uk/journals/titles/17449200.asp](http://www.tandf.co.uk/journals/titles/17449200.asp)

Revue internationale servant de forum de discussions sur un grand éventail de questions liées à la santé et qui touchent à la fois les personnes incarcérées et le personnel de correction.

### *Revue canadienne VIH/sida et droit*

Disponible en anglais et en français au

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm>

Une lecture incontournable pour tous ceux et celles qui oeuvrent dans le domaine du VIH/sida en milieu carcéral ou pour ceux et celles qui s'y intéressent. La revue fournit des mises à jour régulières et des chroniques sur les politiques et les programmes de partout dans le monde.

## Sites Internet

### **Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé**

**<http://www.euro.who.int/prisons>**

La section du site consacrée au projet « Santé en prison » comprend de l'information sur le projet ainsi que de nombreuses publications. Voir aussi [www.hipp-europe.org](http://www.hipp-europe.org)

### **Centerforce**

**[www.centerforce.org/](http://www.centerforce.org/)**

Centerforce fournit des services aux personnes incarcérées, aux personnes libérées et aux membres de leurs familles en Californie. Leur site Web comprend une grande liste de liens ainsi que de nombreux articles, surtout en ce qui concerne les questions d'éducation et de services postpénaux.

### **Centre International d'Études Pénitentiaires**

**<http://www.kcl.ac.uk/icps>**

### **Corrections HIV Education and Law Project**

**<http://www.correcthelp.org/index.htm>**

La mission de « CorrectHELP » est de défendre les intérêts des personnes incarcérées positives pour le VIH à Los Angeles, aux États-Unis; de réduire la propagation du VIH dans les prisons et les maisons de détention; et de baisser le taux de récidivisme des personnes infectées par VIH.

### **European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison**

**<http://www.endipp.net/>**

Entre autres, ce site comprend le « Digest of research on drug use and HIV/AIDS in prisons » dont la huitième édition a été publiée en juillet 2005.

### **Human Rights Watch**

**<http://hrw.org/>**

Voir, en particulier, la section sur « Prison conditions and the treatment of prisoners » [conditions des prisons et traitement des personnes incarcérées] et celle sur le « VIH/sida ».

### **Irish Penal Reform Trust**

**<http://www.iprt.ie/>**

Ce site offre un grand nombre de ressources sur les prisons et les droits des personnes incarcérées, y compris les questions liées au VIH/sida, ainsi qu'une bonne liste de liens vers des sites d'autres organisations.

### **Medical Advocates**

**<http://www.medadvocates.org/marg/incar/main.html>**

La page « prisoners » offre une liste d'articles scientifiques sur des questions de santé concernant les prisonniers.

### **National Hepatitis C Prison Coalition**

**www.hcvinprison.org**

Sur ce site, on peut trouver un recueil de directives en matière de traitement du VHC dans le système correctionnel des États-Unis.

**Penal Reform International**

**<http://www.penalreform.org/>**

Ce site offre beaucoup d'informations sur les activités de réforme pénitentiaire liée au VIH/sida, ainsi que des documents spécifiques sur le VIH/sida, tels qu'un rapport sur le VIH/sida dans les prisons du Malawi.

**Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN)**

**www.pasan.org**

Ce site contient des documents et des rapports de politique, du matériel éducatif à utiliser dans les prisons, et le bulletin trimestriel *Cell Count*

**Réseau juridique canadien VIH/sida**

**www.aidslaw.ca**

**<http://www.aidslaw.ca/francais/accueil.htm>**

On peut y trouver de nombreux rapports et articles au sujet du VIH/sida en milieu carcéral dans une section spéciale au <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>

**The Body**

**www.thebody.com/whatis/prison.html**

Le Body est un des «super-sites» sur le sujet du VIH/sida. La page des références sur les prisons offre des liens vers de nombreux articles et publications.